

Residências Multiprofissionais em Saúde: problematizando a formação do psicólogo para o SUS**Multiprofessional Residencies in Health:** problematizing the psychologist's training for SUSAna Helena Araújo Bomfim¹Magda Dimenstein²Candida Maria Bezerra Dantas³**Resumo:**

O objetivo do artigo é problematizar a formação de psicólogos para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de experiências nas Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). Foi realizado estudo qualitativo por meio de entrevistas semiestruturadas com 17 psicólogos(as) egressos(as) de diferentes programas de um estado do Nordeste. Por meio de análise de conteúdo temática foram estabelecidos quatro eixos de análise: trajetória profissional, experiência na RMS, experiência docente e relação entre trajetória docente e RMS. Em relação à experiência na RMS, os entrevistados apontaram contribuições para inserção no mercado de trabalho, para qualificação na área da saúde, para a ampliação da visão de mundo e das possibilidades de compreender e do fazer em saúde. É um processo desafiador devido à intensa carga horária (60 horas semanais), às dificuldades estruturais dos serviços de saúde e às questões relacionadas diretamente à organização e funcionamento de cada programa. Conclui-se que diante das transformações ocorridas na atuação e formação em psicologia nas últimas décadas, especialmente em relação às ferramentas e ao aparato teórico-conceitual tradicionais da categoria, as experiências nas RMS podem acionar outros modos de fazer psicologia coerentes com os princípios e diretrizes do SUS.

Palavras-chave: Formação profissional; Residência multiprofissional.; Psicologia; SUS.**Abstract:**

This work aims to look into how psychologists in the Sistema Único de Saúde (SUS) are trained, from the experiences in the Residências Multiprofissionais de Saúde (RMS). A qualitative study was made through semi-structured interviews with 17 psychologists from different programs in a Northeast state. Through thematic content analysis four analysis axis were established: professional trajectory, RMS experience, teaching experience and the relation between teaching and RMS trajectory. In relation to the experience in the RMS, in the interviewees pointed to contributions to insertion in the labor market, to qualifications to the health area, to broadening their world view and the possibilities of understanding and acting on health. It's a challenging process due to the intensive work hours (60 hours a week), the structural difficulties of the services and the questions directly related to the organization and functioning of each program. We conclude that in face of the transformations occurring in the training and practicing psychology in the last decades, specially in relation to the tools and conceptual-theoretical

¹ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Docente do curso de Medicina da UNINTA (Sobral/CE). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9632-8972>. E-mail: anahelenaqueiroz@gmail.com.

² Doutora em saúde mental pela Universidade do Rio de Janeiro. Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Bolsista PQ/CNPq 1A. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5000-2915>. E-mail: magda.dimenstein@ufrn.br.

³ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4778-9400>. E-mail: candida.dantas@gmail.com.

apparatus of the category, the RMS experiences can activate other ways of making psychology more coherent with the SUS' principles and directives.

Keywords: Professional training; Multiprofessional residency; Psychology; SUS.

Introdução

O objetivo do presente artigo é discutir as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como estratégia privilegiada de qualificação de psicólogos para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das experiências de egressos(as). Em termos da formação dos profissionais de saúde no Brasil, desde o final da década de 1970, houve diversas experiências de integração ensino-serviço-comunidade e de mudanças curriculares nos cursos da saúde pelo país, que buscavam avançar de um modelo de formação especializado e centrado no ensino no hospital para uma formação generalista, baseada nos princípios da Reforma Sanitária (CECCIM, 2008). A formação voltada para o mercado, marcada pelo produtivismo e pela dificuldade em desenvolver práticas interdisciplinares, são algumas das críticas às formações na área da saúde que também se aplicam à Psicologia (HECKERT; PASSOS, 2009).

Regulamentadas a partir da Lei nº 11.129 (BRASIL, 2005), as RMS configuram-se como modalidade de Pós-Graduação Lato Sensu, com duração de dois anos, nos quais são realizadas atividades práticas, teóricas e teórico-práticas, sob supervisão acadêmica e nos serviços de saúde. A residência é reconhecidamente uma formação “padrão ouro” para assistência à saúde (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009) uma vez que possibilita o treinamento no contexto de trabalho. Tendo como proposta pedagógica a Educação Permanente em Saúde (EPS), as RMS apostam na formação a partir da problematização do cotidiano de trabalho e na construção de relações de cuidado por meio de práticas interdisciplinares e de redes intersetoriais (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

Desde a década de 1990, o processo de institucionalização do SUS enfrenta o desafio de resistir mediante as propostas neoliberais. Nesse contexto, após um período de fechamento de programas, o Ministério da Saúde (MS), juntamente com atores do Movimento Sanitário, se articulou para “criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família” (CAMPOS, 2006, p. 6), no contexto de extensão de cobertura por meio da Atenção Básica. No entanto, é partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), em 2003, e do lançamento da Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que as RMS vão se configurando como estratégia de formação profissional.

A proposta das RMS carrega consigo as bandeiras de lutas da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva por mudanças nos tradicionais modelos assistenciais e de formação na saúde (PASINI; GUARESCHI, 2010), com marca hospitalocêntrica e biologista, no qual gestores e profissionais resistem à inovação, além das interferências político-partidárias e de escassez de recursos (MENESES et al., 2018). O marco regulatório das residências em saúde foi o Pró-Jovem (BRASIL, 2005), que criou a Residência em Área Profissional da Saúde. No período de 2005 a 2014 houve aumento do financiamento e do número de vagas das RMS pelo governo federal (UCHÔA-FIGUEIREDO; RODRIGUES; DIAS, 2016). É importante destacar que há desencontros nas informações acerca das vagas e recursos alocados nas residências em saúde na gestão anterior do presidente Michel Temer e na atual, impossibilitando-nos de verificar o impacto dos cortes nas contas públicas no financiamento das RMS.

A Psicologia está inserida no rol das profissões da saúde (Resolução CNS nº 287/1998) e tem sido uma das categorias profissionais que mais participam das RMS no país. No contexto de redemocratização do Brasil e de universalização das políticas sociais, a partir da década de 1980, a psicologia foi deixando de ser uma profissão marcadamente liberal-privatista, voltada para a parte da população que podia pagar pelos seus serviços, para tornar-se uma profissão assalariada, com grande expansão do mercado de trabalho nas políticas públicas (FERREIRA, 2017). Foi no âmbito da saúde mental que grande parte dos psicólogos se inseriram na saúde, alinhados ao movimento de luta antimanicomial e de proposição de novas modalidades de serviços extra hospitalares de cuidado, realidade que ampliou consideravelmente o mercado de trabalho em nível municipal e estadual. Os avanços no processo de desinstitucionalização abriram espaço para práticas inovadoras, que incluíram a psicologia no rol de saberes capazes de romper com a concepção tradicional de saúde mental e com práticas manicomiais (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Com a Atenção Primária a Saúde (APS) como ordenador dos cuidados e serviços de saúde por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), implantados a partir de 2008, os psicólogos são convocados a intervir em contextos de maior vulnerabilidade e riscos sociais nos territórios, por meio de ações interdisciplinares em equipes multiprofissionais, evidenciando as limitações de suas ferramentas de trabalho e seu aparato teórico-técnico (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; FERREIRA, 2017).

Aliado ao processo de expansão do mercado de trabalho, observou-se um movimento de interiorização da formação a partir de reformas educacionais, tendo como resultado o

aumento de cursos de graduação nas cidades grandes e médias do país. Esse novo cenário produziu importantes questionamentos sobre as competências profissionais para atuar em diferentes contextos, especialmente nas cidades de pequeno e médio porte (MACEDO; DIMENSTEIN, 2013). Ademais, houve importantes mudanças na formação de psicólogos como o estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o Programa Nacional de Reorientação Profissional para a Saúde (Pró-Saúde). As DCN deslocaram o eixo da formação dos conteúdos curriculares para o desenvolvimento de competências para a atuação, exigindo novos cenários de prática a serem experimentados ao longo do curso.

Apesar da existência de diversas experiências extramuros anteriores ao SUS, os cursos da área da saúde permaneciam com modelos curriculares fragmentados, com pouco contato com os serviços de saúde e divididos entre ciclo básico e profissional. Nesse sentido, o principal propósito do Pró-Saúde foi aproximar a universidade e os serviços de saúde, visando assegurar uma formação pautada na integralidade, favorecer o processo de ensino-aprendizagem e o cuidado em saúde. Entretanto, considera-se que as reformas curriculares não produziram grandes mudanças nas práticas psicológicas no SUS (YAMAMOTO, 2012). Várias críticas foram dirigidas às estratégias de ensino e aprendizagem na direção de uma atuação condizente com os princípios e diretrizes do SUS, da ESF e da Atenção Psicossocial (AP) (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012). Além disso, inúmeros questionamentos foram feitos em relação ao modelo tecno-assistencial e ético-político de atuação hegemônico do psicólogo no campo da saúde pública. Nesse cenário, é imprescindível interrogar se os Programas de Educação pelo Trabalho (PET/Saúde) e as residências multiprofissionais, por exemplo, vêm conseguindo provocar mudanças na formação e atuação de psicólogos ao apostar no aprendizado coletivo a partir da problematização da realidade (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

É importante destacar que há uma carência de estudos acerca dos egressos das RMS para todas as categorias profissionais, incluindo a psicologia (CAMPELO, 2015; SILVA, 2014). Esse tipo de estudo permite analisar a relação entre a formação e a prática profissional, subsidiando mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação da área da saúde, nas políticas de formação e de inserção profissional. Esse artigo visa contribuir nesse sentido.

1. Metodologia

Este artigo fez parte de pesquisa de doutorado cujo objetivo geral foi analisar a política de inserção de psicólogos(as) das RMS na docência a partir dos saberes, práticas e processos de subjetivação envolvidos na atividade acadêmica. Foi realizada pesquisa qualitativa no campo

da Saúde Coletiva a partir dos pressupostos da pesquisa-intervenção no sentido articular as experiências vividas no período da formação nas RMS e as interferências na trajetória profissional e prática docente de egressos(as). Elegemos programas do Ceará que possuíam ênfase comunitária (Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde Coletiva) e excluímos os do âmbito hospitalar. Realizamos esse recorte por considerar que a necessidade de articulação no território e da rede de atenção à saúde exigidos em programas denominados comunitários colocam quotidianamente em questão a formação especializada do psicólogo em cenários menos clássicos de atuação.

Identificamos 51 psicólogos(as) egressos(as) dos seis programas que haviam formado turmas até o final da coleta de dados (julho de 2016). A partir da plataforma Lattes, que é amplamente utilizada entre os docentes brasileiros, identificamos os egressos com experiência docente. Do total de egressos, 23 registraram que atuaram ou estavam atuando na docência. Foram entrevistados 17 egressos na modalidade presencial e online (Skype) no período de outubro de 2015 a julho de 2016.

Tomamos como referência a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre as Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Resolução CNS nº 510/2016). Os participantes foram informados sobre todas as condições da pesquisa, sobre a garantia do sigilo e sobre a possibilidade de desistir a qualquer momento por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Realizamos a análise de conteúdo temática (BARDIN, 2011). Em uma primeira etapa, o material transcrito foi submetido a leitura flutuante e, posteriormente, à um primeiro nível de categorização por eixos a partir das questões do roteiro de entrevista (trajetória profissional; experiência nas RMS; experiências docentes; e relação entre RMS e Docência). No presente artigo, abordaremos o eixo “Experiência nas RMS” a partir das seguintes categorias: motivos para a escolha por esse tipo de formação, as contribuições e os desafios.

2. Resultados e Discussão

Foram entrevistados 17 psicólogos(as) egressos(as) das RMS do Ceará que tiveram experiência de docência. As idades variaram entre 28 a 39 anos, com a maior parte dos entrevistados acima de 35 anos (8 participantes). Em sua maioria tem mais de 10 anos de formados (8 participantes) e pouco mais da metade fez a graduação em IES pública (10 participantes). Em relação ao tipo de residência multiprofissional cursada, 16 fizeram em Saúde da Família (RMSF) e um (1) em Saúde Mental (RMSM). A maioria cursou ou está cursando



mestrado (5 participantes) e doutorado (7 participantes) nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde Pública, Saúde da Família, Psicologia e Educação.

No intuito de problematizar as RMS como espaço de formação de psicólogos para o SUS, abordaremos como essa experiência afetou os (as) psicólogos (as) egressos (as). Partindo da concepção de experiência como acontecimento e de cognição como autopoiese (MATURANA; VARELA, 2001), interessa-nos refletir acerca da potência de um processo educativo baseado no saber da experiência (BONDÍA, 2002) para a produção de outros modos de fazer saúde e psicologia, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Iniciamos com o questionamento sobre os motivos da escolha pela RMS. Os(as) entrevistados(as) apontaram que tal escolha se deu como estratégia de inserção (primeiro emprego) e de qualificação na saúde; por ser uma formação remunerada, com estabilidade profissional de dois anos; e por possibilitar a articulação teoria e prática. Essas expectativas em relação à RMS estão profundamente relacionadas ao movimento de expansão e interiorização da profissão, que, se por um lado, amplia as possibilidades de trabalho por meio das políticas públicas de saúde, por outro, arremessa os profissionais em condições precárias de trabalho, marcadas pelas dificuldades de recursos e de estrutura adequada; por questões político-partidárias de difícil manejo; por baixos salários, desvalorização profissional e múltiplos vínculos; e demandas por intervenções em contexto rurais e em cenários de pobreza nas periferias das grandes cidades, que desafiam o instrumental teórico-técnico e exigem novos posicionamentos ético-políticos (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; FERREIRA, 2017).

Como contribuições das RMS, os(as) entrevistados (as) abordaram as interferências na trajetória profissional, na dimensão técnico-instrumental e ético-política. As RMS são espaços reconhecidos de inserção para os psicólogos e outros profissionais da saúde (SANTOS, 2018), além da possibilidade de qualificação de profissionais que já estão inseridos no serviço (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017). Tornam-se ainda mais atrativas considerando o valor atual da bolsa (R\$ 3.330,43) em comparação com os salários ofertados em média (R\$ 2.487,00) para psicólogos no Nordeste (DIEESE, 2016). Além disso, diante de questões político-partidárias e da rotatividade profissional no campo das políticas sociais, a RMS proporciona certa estabilidade laboral de dois anos: “A bolsa era boa, melhor do que as prefeituras estavam pagando” (E13); “Decidi fazer residência porque estava cansada de fato de algumas questões políticas no município que eu trabalhava, interferindo diretamente sobre o serviço, funcionamento do CAPS. Já estava muito desgastada e eu resolvi mudar a minha vida” (E9).

A RMS foi considerada um espaço de qualificação para o trabalho em saúde, no qual o arcabouço teórico-técnico pôde ser colocado à prova.

Isso foi fantástico, o que eu aprendi, o que eu tive que ressignificar tudo aquilo que eu aprendi na universidade, descartar uma grande maioria de coisa que não foi útil, mas aplicar outras coisas que foram extremamente... revisitar! Revisitar os clássicos, revisitar conceitos, “ó, tem que ler aquilo de novo! Tem que ver onde foi que eu botei aquela apostila que tinha alguma coisa que me ajudasse aqui”, aí... isso não teve preço (ENTREVISTADO 16, 39 anos, bolsista de pós-graduação).

Nesse sentido, para os(as) entrevistados(as) foi possível ampliar os conhecimentos sobre o SUS e sobre a rede de atenção à saúde; ter contato com uma diversidade de metodologias para atuar em diferentes contextos; aprender a trabalhar em equipe multiprofissional e experimentar a docência por meio da condução de rodas/reuniões e no exercício do apoio matricial.

Por ser uma formação em serviço, a RMS possibilita questionar a divisão teoria e prática construída desde a graduação, estimulando um aprender-fazendo. Para Figueiredo (2010), o que o psicólogo faz não é aplicar teorias, mas sim construir teorias sob medida, fazendo da experiência base para a produção de conhecimentos. O cuidado integral em saúde exige mergulhar no território e no cotidiano, conhecendo as dinâmicas comunitárias e estabelecendo vínculos (DIMENSTEIN et al., 2018). Assim, lidar com a diversidade de situações e de demandas no cenário de prática produz questionamentos acerca do próprio arcabouço teórico-metodológico, abrindo espaço para invenções no fazer e nas relações entre os atores envolvidos, produzindo outras aproximações com o SUS.

A necessidade de articular teoria e prática aparece como anseio para os recém-formados (SANTOS, 2018), diante de um ensino de psicologia predominantemente baseado em conteúdos e distante da realidade. Ferrarini e Camargo (2014) destacam que parte dos problemas da formação de psicólogos tem suas raízes no histórico educacional vivenciado por alunos e professores, no qual o professor “aprende” o conteúdo e depois “ensina” para o estudante. Essa compreensão do processo de ensino-aprendizagem considera o conhecimento como universal e generalizável, tendo pouca utilidade no momento das intervenções práticas.

Então eu queria uma experiência profissional, mas que me proporcionasse também essa formação, não queria ter que emendar já no mestrado, continuar na vida acadêmica, puramente acadêmica. Já vinha da graduação, estava com sede da prática, aí, eu tentei unir essas duas vontades, de continuar minha formação e vivenciar a prática. A residência eu acho que deu conta, e eu já tinha essa expectativa antes, então ela até superou a minha expectativa (ENTREVISTADO 03, 31 anos, preceptora em RMS e docente).

O trabalho multiprofissional que é um dos pilares das RMS, juntamente com a articulação teoria e prática, aparece como contribuição e, também, como um desafio. Pasini e Guareschi (2010) afirmam que a organização por meio de equipes multiprofissionais é uma exigência atual diante da complexidade das demandas e da necessidade de resolutividade do SUS. Porém, nem sempre se estabelece um ambiente propício às trocas. É necessária uma postura de abertura ao trabalho coletivo, compartilhamento das informações e problematização das fronteiras disciplinares, colocando a integralidade como meta do trabalho.

Eu era um outro psicólogo que conseguia fazer justamente uma psicologia mais complexa, uma psicologia que conseguia observar outras perspectivas de atuação e intervenção, por compreender que existe outras formas de cuidar, que existe outras formas de ler o mundo. Então esse contato com a multiprofissionalidade me permitiu um olhar ampliado dentro da minha categoria (ENTREVISTADO 02, 32 anos, docente em IES privada).

E aí quando eu cheguei na residência, que eu passei a integrar uma equipe multiprofissional que apoiava uma equipe de referência na unidade, isso no início foi bastante desafiador porque os outros núcleos profissionais vêm de uma base de formação assim bem diferente, bem técnica. E aí eu já vinha com essa formação mais subjetiva. Então no início eu tive vários embates até com colegas da equipe (ENTREVISTADO 03, 31 anos, preceptora em RMS e docente).

A experiência da RMS foi considerada, de maneira recorrente, como “divisor de águas”, “como agenciador”, “como provocador da formação”, que induz mudanças “nas leituras da vida”, afirmando seu potencial disruptivo: “Como eu tinha te falando, né, a questão da residência realmente despertou em mim coisas que até então eu nunca tinha visto, nunca tinha ouvido, nunca tinha sentido” (ENTREVISTADO 17, 28 anos, docente em IES pública).

Em termos de formação do que eu vivi hoje, foi mesmo um divisor de águas porque essa coisa do aprender fazendo, de você ter o contexto de trabalho e o contexto de aprendizagem, mais real, sem ser só teoria, sem ser ficção, de fazer isso de verdade mesmo, na prática, ser incentivado a fazer isso! (ENTREVISTADO 16, 39 anos, bolsista de pós-graduação).

Porque até então era muito técnica, de avaliação, de psicodiagnóstico. E na saúde da família, através da residência, eu pude resgatar as vivências dentro da área social, comunitária...E realmente me senti uma pessoa em crescimento pessoal e profissional. Eu acho que esse foi o grande divisor de águas, a residência para mim (ENTREVISTADO 11, 39 anos, docente em IES privada).

Os(as) entrevistados (as) destacaram que foi possível ampliar o olhar para a clínica e para o trabalho comunitário, atualizando o que haviam aprendido na graduação e possibilitando novas experimentações, produzindo algo novo na psicologia.

Trouxe uma maturidade para pensar algumas questões que, como eu fiz parte do currículo antigo na psicologia... Primeiro, minha formação não me possibilitou pensar questões relacionadas a saúde, principalmente, dentro de uma concepção de saúde

pública, sistema de saúde pública, e a saúde já ampliou esses horizontes que hoje vem sendo discutidas dentro do currículo do psicólogo mais aliado a uma prática. Então a residência abriu esses horizontes, para que eu pudesse pensar algumas questões mais próximas de nossas atuações dentro da clínica, dentro do trabalho comunitário, até questões ligadas à psicologia (ENTREVISTADO 01, 36 anos, bolsista de pós-graduação).

Segundo Dimenstein e Macedo (2012), apesar de mais de vinte anos de inserção no SUS, a presença de psicólogos no cotidiano dos serviços não implicou, necessariamente, em mudança no modo da categoria atuar na saúde e nem dos demais profissionais. É uma atuação clínica-especializada; voltada para a remissão de sintomas e prescrição de condutas de adesão ao tratamento; com baixa articulação intersetorial e interprofissional; pouco interessada nas necessidades de saúde do território; e de esquiwa das ações de gestão clínica e dos serviços de saúde; não responde aos princípios e diretrizes do SUS.

Diante disso, a formação de psicólogos por meio das RMS pode acionar mudanças nas práticas e tensionar as fronteiras disciplinares do campo, uma vez que favorece o desenvolvimento de um olhar crítico e ampliado para o processo de saúde e adoecimento, da capacidade de trabalho em equipe e produz envolvimento na produção das políticas de saúde (PASINI, 2010). Oliveira (2009) afirma que “a RMS se apresenta não apenas como uma iniciativa de formação técnica, mas como um importante movimento político e de ordenação social para garantia da consolidação do SUS” (p. 76).

Os estudos desenvolvidos a partir das experiências de psicólogos nas RMS enfatizam como principais contribuições à formação profissional: a capacidade de trabalho em equipe e de produção de práticas interdisciplinares; articulação intersetorial e experimentações em cenários de cuidado menos clássicos (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015; LIMA, 2016). Além dos desafios comuns às diversas categorias profissionais no campo da saúde pública, os psicólogos precisam lidar com as expectativas dos demais atores por atendimento clínico individual, que é o modelo hegemônico da categoria (MEIRA; SILVA, 2011; NASCIMENTO; AVARCA, 2017).

Os desafios apontados são comuns à grande parte dos programas e ao residentes de diferentes categorias: a intensa carga horária (60 horas semanais); dificuldades estruturais do SUS para realizar um trabalho qualificado, questões relacionadas diretamente à organização e funcionamento das RMS (dificuldade de contratação e qualificação dos docentes, falta de articulação com programas de residência do mesmo município, necessidade de articulação com a gestão municipal e estadual) e empregabilidade após a RMS. A fala a seguir pode ilustrar como as condições de trabalho podem ser um desafio para uma formação qualificada: “No caso

específico da residência, o ensino teórico acabou sendo um pouco prejudicado, pelo formato da residência e as políticas que envolvem isso, contratação de professor, isso acabou sendo um prejuízo” (ENTREVISTADO 04, 30 anos, docente em IES privada); “Porém, no decorrer da residência nós tivemos vários desafios, tanto de relacionamento entre os colegas como também no município, porque deixou muito a desejar algumas questões estruturais mesmo. As condições de trabalho em si” (ENTREVISTADO 15, 29 anos, preceptora em RMS e docente).

As RMS são financiadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação por meio das bolsas dos residentes. Os demais recursos para a implantação e execução dos programas dependem de articulações com as gestões estaduais e municipais de saúde, que são diretamente impactadas por questões político-partidárias e de mudanças de gestão. Outro desafio apontado é que

O residente carrega a incumbência de “levar o novo”, de ser “o questionador das práticas”. A gente como residente é colocado para levar o novo. A vida nova. É dado a gente essa mochila, no início da residência. “Vocês vão espalhar o novo”, e a gente fica muito angustiado porque a gente fica com esse... É quase um peso e fica carregando isso para ter que fazer o novo e eles resistindo (ENTREVISTADO 08, 30 anos, docente em IES privada).

Os tensionamentos são diários e produzem práticas de resistência, que interferem nas políticas já instituídas. Nesse sentido, as RMS são dispositivos de transformação das práticas e potencializador de agentes micropolíticos comprometidos com o SUS (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012).

Não sei se existe, existe essa coisa de um vírus que pega (risos), eu acho que assim, a forma como a gente vive esse processo de residência, vive o SUS dentro desse processo, faz com que a gente acredite de fato nele, e aí talvez por acreditar, a gente acabe querendo fazer com que outras pessoas acreditem também, aí vai mais pelo contágio assim né? (ENTREVISTADO 04, 30 anos, docente em IES privada).

Vargas (2015) destaca que os processos de formação que tomam como base a EPS estão envolvidos com uma produção subjetiva e não apenas com conhecimentos técnicos ou sobre o SUS. Nesse sentido, colocam em questão a todo momento “os modos hegemônicos de ser trabalhador, de ser estudante, de realizar a gestão do trabalho” (VARGAS, 2015, p. 115). Ao abordar as contribuições e desafios da RMS, os(as) entrevistados(as) expressaram que essa experiência é marcada por “riqueza e sofrimento”:

Então ao mesmo tempo em que foi uma experiência mais rica, mais intensa, mais diversa da minha vida, mais engrandecedora, mas também foi a experiência, assim, de mais desgaste, porque exigiu muito de mim, muito mesmo, no sentido de articulação teórico-prática que o contexto não permitia (ENTREVISTADO 17, 28 anos, docente IES pública).

A “riqueza” aparece relacionada às possibilidades de transformação no modo de ver o mundo e de fazer saúde. RMS também é “sofrimento” principalmente pela dificuldade de colocar em prática muito do que é visto e discutido na formação. Para Dallegrave e Ceccim (2016), a residência “é a possibilidade de experimentar determinados estados. É um aprendizado sentido no corpo. Saber do corpo. Saber para cuidar do corpo. Do próprio corpo e do corpo do outro. É intenso, é limítrofe. Em alguma medida pode ser violento” (p. 383).

São 60 horas que tu vive (sic.), dorme, eu até casei dentro da residência, descasei, namorei dentro da residência. Então assim, você vive esse processo muito intensamente e aí você vive esse processo dentro do campo da saúde na vida das pessoas. Então se isso se isso não mexesse com você de alguma forma, seria uma mera especialização. Mas não, a pessoa começa a ter uma outra leitura dos processos de construção do conhecimento. E é muito rico isso, que é justamente a perspectiva da formação em serviço (ENTREVISTADO 02, 32 anos, docente em IES privada).

É evidente o caráter adoecedor dos processos educacionais nas residências, em especial, pelo contexto de intensa carga horária (60 horas semanais) e precarização do trabalho (SANTOS, 2018). Importante destacar que, assim como há iniciativas inovadoras, existem movimentos de captura e repetição, que transformam a proposta inicial de “formação pelo trabalho em formação no trabalho” (SILVA; CABALLERO, 2010), destacando o diferencial de uma formação voltada para a problematização do processo de trabalho e não somente para a aquisição de conteúdo.

Chamou-nos atenção a referência da RMS como “bolha”, na qual o residente se protege e é protegido. A passagem a seguir ilustra essa questão: “mas a gente vive numa certa bolhinha, numa bolha no sentido de puder interrogar, puder dizer que não faz porque enquanto trabalhador você não pode” (ENTREVISTADO 08, 30 anos, docente em IES privada). Assim, entendemos que o residente se coloca na condição “estudante” e faz da residência uma “bolha” como modo de resistir ao assujeitamento enquanto profissional de saúde que trabalha em condição precarizada.

Os diferentes cenários de aprendizagem, os diferentes modelos e as teorias chegam de modo diferente a cada residente, produzindo também diferentes efeitos do processo de formação por meio das RMS. Apesar de projetos pedagógicos muito semelhantes, cada programa do Estado tem realidades institucional e loco-regional bastante diversas, apresentando importantes diferenças nas possibilidades de formação, inclusive entre uma turma e outra. Lobato et al. (2012) destacam que “a cada turma surgem novas conformações, novos fluxos conectivos, novos saberes e poderes intervindo nos processos produtivos, podendo, assim, desencadear novos processos de subjetivação no mundo do trabalho” (p. 1280). E cada residente

assume uma caminhada, juntamente com sua equipe e em determinado território, e constrói sua experiência de residência.

A Residência pode operar como convite a realizar uma travessia feita de encontros e desencontros, sustentada pelo grupo chamado de equipe. Durante essa trajetória, ocorrem as mais variadas e ricas situações das quais se participa ativamente ou apenas se presencia os encontros fortuitos ou desafortunados. São essas situações que parecem ter o poder de engendrar uma construção da experiência de formação daquele que realmente aceita aquele convite (MEDEIROS, 2016, p. 25).

As residências em saúde apostam na construção de Projetos Pedagógicos Singulares, que acolhem os saberes e práticas produzidos no cotidiano do fazer, contrapondo-se ao modelo hegemônico de ensino de conteúdo de um currículo pré-estabelecido (FERLA *et al.*, 2017). Assim, exigem metodologias inventadas no mundo do trabalho e que têm potencial de renovarem-se e de produzir outros modos de aprender. Não é possível prever e planejar plenamente as aprendizagens nesse processo. Cada residente é produtor de um currículo singular no qual os conhecimentos prévios são postos a prova cotidianamente.

Considerações finais

Levando em conta que o setor saúde como uma das áreas de maior contratação de psicólogos, as RMS têm se configurado importante estratégia de inserção profissional e de qualificação da categoria. A RMS é uma formação *lato sensu* com grande potencial de questionamento das práticas e qualificação para o SUS, uma vez que ocorre no cotidiano dos serviços, exigindo de todos os envolvidos (profissionais, usuários, residentes, docentes e gestores) intervenções contextualizadas e, nesse sentido, produzem aprendizagens singulares.

O trabalho em equipe multiprofissional, a diversidade de demandas nos territórios e uma certa liberdade para problematizar o processo de trabalho são aspectos fundamentais no processo formativo que favorecem a criação de estratégias de cuidado em cenários menos clássicos, produzem questionamentos acerca do arcabouço teórico-metodológico dos diversos campos de saberes em disputa no SUS e do modelo de atuação clínico-individual, que é ainda pregnante na formação das diversas categorias profissionais. Isso foi o que identificamos como resultado da nossa investigação. Consideramos, dessa forma, que a RMS tem o potencial de provocar uma torção ético-política-pedagógica diante do modelo hegemônico de formação em saúde e de acionar outros modos de fazer psicologia. Pesquisas com psicólogos residentes e egressos têm grande potencial para pensar estratégias pedagógicas para uma formação comprometida com o SUS e com uma prática universal, integral e equânime.

É importante destacar que a RMS é atravessada pela conjuntura atual de desmonte das políticas sociais, em especial a política pública de saúde e dos cortes para ajustes orçamentários. Um cenário futuro ainda incerto e assustador com o congelamento do financiamento para próximos 20 anos. Composto esse plano de análise, a gestão federal atual vem dando indícios de mudanças que representam retrocessos na saúde diante das lutas dos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, como, por exemplo, o incentivo a lógica manicomial ao colocar o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas no centro da atenção à saúde mental em detrimento do cuidado de base territorial e de construção de autonomia dos sujeitos; ou como a política de prevenção e cuidado de pessoas com HIV/Aids, que está sendo colocadas em risco em meio às discussões acerca de onde e quando os temas relacionados à sexualidade devem ser abordados, avizinhandose um aumento preocupante de novos casos na faixa etária de jovens. Esse contexto anuncia maiores dificuldades para a formação profissional e de oferta dos serviços de saúde de modo universal e integral, convocando a todos – profissionais, usuários, gestores, pesquisadores - a contribuir e defender o que foi conquistado nos últimos trinta anos.

Referências bibliográficas

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BRASIL, C. C.; OLIVEIRA, P. R. S.; VASCONCELOS, A. P. S. M. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **SANARE**, v. 16, n. 1, p. 60-66, jan./jun. 2017.

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. Diário Oficial da União, 1, 2005.

CAMPELO, G. O. **A residência multiprofissional em saúde da família: revelando sentidos dos profissionais egressos**. 2015. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Campus Sobral, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2015.

CAMPOS, F. E. A. A trajetória da residência multiprofissional em saúde no Brasil. In: Ministério da Saúde (Org.), **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: MS, 2006, p. 11-16.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun 2008.

CEZAR, P. K.; RODRIGUES, P. M.; ARPINI, D. M. Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: vivências da residência multiprofissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 1, p. 211-224, jan./mar. 2015.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. Expressões do processo de governamentalização nas residências em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 57, p. 377-388, abr./jun. 2016.

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**, v. 13, n. 28, p. 213-226, mar. 2009.

DIEESE. **Relatório Final**: Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro. São Paulo: DIEESE, 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/08/Relat%C3%B3rio-final-Projeto-2-1.pdf>. Acesso em: 04 maio 2022.

DIMENSTEIN, M. et al. A saúde mental e atenção psicossocial: regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Salud & Sociedad**, v. 9, n. 1, p. 70-85, jan./abr. 2018.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 232-245, nov. 2012.

FERLA, A. A. et al. O aprender no trabalho como formação em residências e como desenvolvimento das práticas: perspectivas em mosaico de experiências de equipes, serviços e redes. In: Ferla, A. A. et al. (Orgs.). **Residências em saúde e o aprender no trabalho**: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 9-32.

FERRARINI, N. L.; CAMARGO, D. O professor de psicologia diante da multiplicidade e diversidade teórica da psicologia: lugar de incertezas e de desafios. **Psicologia Ensino & Formação**, v. 5, n. 1, p. 32-49, 2014.

FERREIRA, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS** (2ª ed.). São Paulo/Belo Horizonte: Escuta/Fapemig, 2017.

FIGUEIREDO, L. C. Epistemologia, história, e além: reflexões sobre uma trajetória pessoal. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, p. 140-148, dez. 2010.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E. Pesquisa-intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E. B.; FERIGATO, S. (Orgs.). **Conexões**: saúde coletiva e política da subjetividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009, p. 376-393.

LIMA, M. O encontro de psicólogos com profissionais de saúde em uma residência multiprofissional em saúde mental, na Bahia - Brasil. **Integración Académica en Psicología**, v. 4, n. 10, p. 35-50, 2016.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, jan. 2012.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Saúde coletiva e ampliação dos saberes e práticas para a

formação de psicólogos. In: CRUZ, R. T.; GUSMÃO, E. E. S. (Orgs.). **Psicologia: conceitos, técnicas e pesquisas**. Curitiba: CRV, 2013, p. 201-226.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Pala Athenas, 2001.

MEDEIROS, R. H. A. **Residência integrada em cenas: ensaios críticos acerca da formação do profissional em saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

MEIRA, M. A.; SILVA, M. O. Atuação da psicologia na estratégia saúde da família: a experiência de um psicólogo em uma residência multiprofissional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 369-376, 2011.

MENESES, J. R. et al. Residências em saúde: os movimentos que as sustentam. In: CECCIM, R. B. et al. (Orgs.). **Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva**. Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 33-48.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 28, de 8 de outubro de 1998**. Relaciona categorias profissionais de saúde para atuação do Conselho. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 04 maio 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 04 maio 2022.

NASCIMENTO, A. K. B.; AVARCA, C. A. C. Inserção do psicólogo na estratégia de saúde da família: relato de experiência na residência multiprofissional. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 107-118, dez. 2017.

OLIVEIRA, C. F. **A residência multiprofissional em saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde**. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

PASINI, V. L. **Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação para o SUS**. 2010. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. F. A emergência do SUS e as necessidades de reconfigurações no mundo do trabalho em saúde. In: GUARESCHI, N. M. F. et al. (Orgs.). **Psicologia, formação, política e produção em saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010, p. 118-140.

SANTOS, C. C. **O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das Residências em área profissional da saúde**. 2018, 169 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018.

SILVA, A. L. F. **Programas de residência multiprofissional em saúde da família: repercussões no exercício profissional dos egressos de educação física.** 2014. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2014.

SILVA, Q. T. A.; CABALLERO, R. M. S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 61-74.

UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. **Percursos interprofissionais: formação em serviço no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde.** Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

VARGAS, E. R. **Experiência em produção de conhecimento: A afirmação do público na Educação na Saúde.** 2015. 178 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2015.

YAMAMOTO, O. H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, p. 6-17, nov. 2012.