

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE
PROGRAMA – SAÚDE DA CRIANÇA
NÚCLEO – SERVIÇO SOCIAL

Isadora Brinckmann Oliveira Netto

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

**A Residência Multiprofissional como estratégia para o cuidado integral da
saúde da criança: considerações acerca do trabalho dos Residentes
Multiprofissionais**

Porto Alegre
2018

Isadora Brinckmann Oliveira Netto

**A Residência Multiprofissional como estratégia para o cuidado integral da
saúde da criança: considerações acerca do trabalho dos Residentes
Multiprofissionais**

Relatório de Trabalho de Conclusão de Residência apresentado a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora Prof.^a Dr.^a Vanessa Maria Panozzo Brandão

Co-orientadora M^a Simone Beier

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Netto, Isadora Brinckmann Oliveira

A Residência Multiprofissional como estratégia para o cuidado integral da saúde da criança: considerações acerca do trabalho dos Residentes Multiprofissionais / Isadora Brinckmann Oliveira Netto. -- 2018.

67 f.

Orientadora: Vanessa Maria Panozzo.

Coorientadora: Simone Beier.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Residência Multiprofissional em Saúde. 2. Trabalho dos residentes. 3. SUS. 4. PNAISC. I. Panozzo, Vanessa Maria, orient. II. Beier, Simone, coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a toda a população brasileira que contribui com seus impostos para a manutenção e o financiamento do Sistema Único de Saúde. Aos trabalhadores do SUS e seus defensores, obrigada pela luta diária e pela resistência nas ações com os usuários e nas tensões contra a PEC do Fim do Mundo (PEC95).

Agradeço, imensamente, ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela excelência no cuidado e na assistência prestada aos pacientes. Foi uma honra poder realizar a minha residência nesta instituição.

Ao Serviço Social do HCPA, por ter se tornado minha segunda casa nesses dois anos. Pela troca, pelos aprendizados, pelas lições de vida e pelos exemplos de profissionais comprometidas com a garantia dos direitos dos usuários e suas famílias.

Ao Programa da Saúde da Criança, principalmente aos meus colegas R2, que compartilharam comigo o afeto e o amor no cuidado aos nossos “babys” e por me ensinarem, com muita excelência, a atuação das outras profissões dentro da pediatria.

À Prof.^a Clarissa e ao Prof.^o Maróstica, por serem exemplos de pediatras que trabalham na perspectiva ampliada de saúde e trabalham (de fato) como equipe multiprofissional, valorizando e dando visibilidade ao trabalho do Serviço Social dentro da pediatria.

A todos os profissionais da pediatria: contratados, preceptores, tutores, médicos, residentes médicos, secretárias, técnicas de enfermagem, entre outros. O trabalho de todos é essencial na vida dessas crianças. Foi uma honra fazer parte dessa equipe por dois anos.

À Manu, à Thais, à Grazi, à Carol e à Géssica, por terem se tornado minhas irmãs nesse processo. Não teria chegado até aqui se não fosse por vocês e por nossos momentos de afeto e cuidado. E também à Bia, Lola e Lidi (minhas “R3”), que fazem muita falta nessa rotina dura e cansativa.

À minha co-orientadora, preceptora, mas mais que tudo, AMIGA, Simone Beier. Te ter do meu lado nessa jornada foi essencial. Serei sempre grata pelos momentos leves que compartilhamos, pelas conversas diárias às 7h da manhã, pela indignação compartilhada nos casos que acompanhamos

juntas, pelos conselhos de vida e por proporcionar, dentro das 60h, um ambiente de família e amor.

À Prof.^a Vanessa, toda minha admiração e gratidão por aceitar mais essa tarefa numa rotina nada tranquila. Por não ter desistido frente a todas as dificuldades burocráticas. Pelas orientações (não só acadêmicas), mas de futuro profissional e de possibilidades de vidas futuras. Pelo exemplo de mulher, de mãe, de assistente social, de resistência e de ser humano! Obrigada Prof.^a, por me ensinar tanto nesse momento tão (in)tenso.

Por fim, agradeço aos meus pais pelo apoio e por possibilitarem que eu realizasse a residência. Pelo cuidado de sempre e por compreenderem a dificuldade desse processo e as transformações pelas quais eu passei.

Concluo a residência uma pessoa totalmente diferente daquela que entrei. Diferente em todos os aspectos. E serei eternamente grata a todo esse processo que resultou na pessoa na qual me tornei!

Viva o SUS!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	9
3. OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4. MÉTODO	19
4.1 Tipo de Estudo	19
4.2 Programa de Estudo	20
4.3 Participantes	20
4.4 Coleta de Informações	21
4.5 Análise das Informações	21
4.6 Aspectos Éticos	23
5. RESULTADOS	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	58
APÊNDICE A	58
APÊNDICE B	60
ANEXOS	61
ANEXO A	61
ANEXO B	62

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é pré-requisito para a obtenção de título de especialização em Saúde da Criança, através do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ele é resultado de inquietações que surgiram no primeiro semestre de prática nesse programa, e que suscitaram leituras e estudos acerca do tema proposto.

A formação em Serviço Social possibilitou a inserção da autora na área da saúde, sendo uma das políticas em que o assistente social pode atuar. Dessa maneira, a residência se mostra como uma alternativa de aprofundar esse conhecimento a respeito da política de saúde e experienciar um trabalho com equipe multiprofissional.

O trabalho surge a partir da experiência como assistente social residente no programa da saúde da criança de um hospital de alta complexidade, que tem sua intervenção ligada aos direitos de crianças e adolescentes hospitalizados. Como parte da rotina da unidade, diariamente acontecem os *rounds*, onde cada equipe discute todos seus pacientes. Nessa atividade, toda equipe assistente está presente: professor, residente médico, residentes multiprofissionais e demais contratados. É nos *rounds* que as condutas e intervenções são decididas e que informações são compartilhadas para um cuidado integral do paciente e de sua família.

A participação nessa atividade inspirou a presente pesquisa, a fim de refletir acerca do trabalho realizado pelos residentes multiprofissionais, na lógica de concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e da integralidade.

Para além da experiência prática, se faz necessário conhecer o processo histórico do programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no Brasil para compreender o que ele significa e qual seu papel na política de saúde. Entende-se que é importante identificar o processo histórico de surgimento da residência para assim dar sentido ao trabalho executado diariamente.

Segundo Closs (2013), a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde existe no Brasil desde 1976, com a Residência da Unidade Sanitária

São José do Murialdo, em Porto Alegre. Além desses, outros programas de residência antecederam a legislação pertinente implementada a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (1990).

Porém, foi em 2005 que a Residência Multiprofissional em Saúde surgiu amparada legalmente como programa de pós-graduação, para fortalecer o SUS na sua concepção ampliada de saúde, bem como concretizar seus princípios e “superar a fragmentação e especialização em áreas, congregando diferentes profissões numa formação pautada pelo trabalho em equipes multiprofissionais” (CLOSS, 2013, p. 24).

A análise histórica da política de saúde no Brasil remete a um período onde a assistência médica (havia pouco envolvimento de outros profissionais na saúde) era um direito restrito àquela parcela da população que estava inserida formalmente no mercado de trabalho. Nesse contexto, em conjunto com uma crise política e social, o Movimento da Reforma Sanitária surge, em meados da década de 1970, como resistência ao modelo de saúde hegemônico, propondo uma nova concepção de saúde e de trabalho embasada na premissa: direito de todos e dever do Estado.

Nos inúmeros desdobramentos desse processo histórico, destacamos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que surgiu em 2015 com o objetivo de proteger e promover a saúde da criança e o aleitamento materno, garantindo o cuidado de saúde. Antes da PNAISC, a atenção à criança tinha como amparo legal principalmente o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (1995) e o próprio Sistema Único de Saúde (1990).

A **relevância** do tema proposto circunda a história da residência multiprofissional em saúde no Brasil e no hospital de estudo, bem como a necessidade de analisar se o trabalho realizado pelos residentes está em consonância com os princípios do SUS e com os eixos estratégicos da PNAISC. Assim, a partir disso, será possível pesquisar se o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no Programa da Saúde da Criança do referido hospital tem cumprido seu papel em oferecer às crianças o acesso ao cuidado integral à saúde, para que seus direitos sejam efetivados. Nesse sentido, a concepção de integralidade será um dos temas abordados no trabalho, sendo de fundamental importância para a análise de saúde no

programa em estudo.

É importante ressaltar a dificuldade em encontrar referências na literatura referente ao trabalho exercido pelos residentes multiprofissionais na garantia dos princípios da PNAISC e do SUS. Foi possível acessar diversas produções em relação à história da residência, seu surgimento e seus objetivos. Porém, um material que relacionasse a residência multiprofissional com a PNAISC não foi encontrado.

Para o programa da Saúde da Criança, o presente trabalho se torna essencial para pensar e problematizar o trabalho desenvolvido pelos residentes multiprofissionais, bem como seu papel enquanto profissionais da saúde em formação. Busca-se, então, realizar uma pesquisa que analise o trabalho dos residentes multiprofissionais no programa da saúde da criança, a partir da perspectiva de preceptores e não preceptores, de um hospital terciário para identificar como se concretizam os eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e os princípios Sistema único de Saúde (SUS). A análise do trabalho dos residentes visa ampliar a discussão acerca da história e do papel político da residência enquanto estratégia de concretização dos princípios do SUS, bem como avaliar a percepção dos profissionais preceptores e não preceptores do hospital em relação ao conceito de integralidade.

Neste sentido, apresenta-se como **problema de pesquisa**: Qual é a contribuição do trabalho dos residentes multiprofissionais do programa da saúde da criança em 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)?

Para discussão deste tema, se propõe como **questões norteadoras**:

- Qual o papel político da implementação do programa de residência para a efetivação e materialização do SUS?
- Há semelhanças e diferenças na percepção do trabalho exercido pelos residentes multiprofissionais no cuidado ao paciente pediátrico na efetivação dos eixos estratégicos da PNAISC, entre preceptores e não

preceptores?

- Qual a compreensão dos profissionais preceptores e não preceptores do programa da saúde da criança a respeito do conceito de integralidade?

2. REVISÃO DE LITERATURA

A educação superior em saúde no Brasil surgiu em 1808, com a chegada da família real portuguesa. Rio de Janeiro e Salvador sediaram as duas primeiras Escolas Médicas, que posteriormente, em 1832, passaram a oferecer também a educação farmacêutica. A partir daí, outras escolas e cursos foram surgindo, como a Escola de Farmácia em 1839, o primeiro curso de odontologia em 1879, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras em 1890, e assim por diante. Porém, foi somente entre 1934 e 1939 que outros cursos da saúde foram surgindo no Brasil, como Biologia, Serviço Social, Educação Física e Nutrição (CECCIM; CARVALHO, 2005).

Nesse início, predominava uma concepção conservadora e utilitária a respeito do corpo, quando a educação dos profissionais da saúde se baseava no paradigma biologicista (CECCIM; CARVALHO, 2005). Os direitos civis e sociais, ou seja, o acesso à saúde, por exemplo, estavam vinculados à posição do indivíduo no mercado de trabalho, e não contemplavam uma perspectiva universal. Porém, com o quadro de crise econômica, social e política, agravada pelo déficit operacional da Previdência Social (que ampliou a cobertura de beneficiários sem a criação de novas formas de financiamento que assegurassem os recursos necessários) e com o agravamento das condições de vida de diversas camadas da população brasileira, o governo se viu incapacitado de financiar o setor saúde (PAIM; et al., 2011)

Foi nesse contexto que a redemocratização do país, a partir de meados da década de 1970, em conjunto com a proposta de reforma do setor saúde no Brasil, começou a ganhar forma. A população denunciou suas condições de saúde, o centralismo autoritário do regime militar e propôs alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática. Além disso, a saúde começou a ser debatida não como, exclusivamente, uma

questão biológica, e sim a partir do programa das ciências sociais e humanas. Neste sentido, o movimento da reforma sanitária surgiu como um movimento político e com a proposta de repensar o sistema de saúde.

Vale ressaltar que esse movimento foi conduzido pela sociedade civil, através de articulações entre as populações da classe média, sindicatos, professores e profissionais da saúde. O movimento da Reforma Sanitária surge, então, como resistência e com o objetivo de transformar um modelo de formação hospitalocêntrico centrado na doença apenas como fator biológico, a fim de propor um conceito ampliado de saúde (PAIM; et al., 2011). Além disso, eram reivindicações e temas de debates do Movimento da Reforma Sanitária: a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local pela determinação de novos mecanismos de gestão (BRASIL, 2013).

Foi em 1986, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que a proposta da Reforma Sanitária foi concretizada, a partir da aprovação do conceito de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Além disso, foi nesta conferência que se delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), com base no desenvolvimento de várias estratégias administrativas organizacionais, sendo considerado o grande evento fundador do SUS.

Após a Conferência, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988), o Movimento da Reforma Sanitária concretiza suas reivindicações e, concomitante a esse acontecimento, a nova Constituição Federal de 1988 é elaborada.

A Constituição Federal de 1988, considerada a Constituição Cidadã, legitima os princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de reafirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Traz como diretrizes da política de saúde a descentralização, o **atendimento integral** e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Após a Constituição, é em 1990 que a Lei nº 8.080 foi promulgada, regulando o Sistema Único de Saúde, discorrendo sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Nela, encontramos os treze princípios

que devem ser desenvolvidos nas ações e serviços de saúde. Destes, destacam-se a **universalidade do acesso**; a **integralidade de assistência**; a igualdade da assistência; a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990)

Segundo Closs (2013), para além do desafio da universalização e da garantia da saúde como direito, a Lei Orgânica da Saúde propõe o desafio de uma “mudança qualitativa do fazer saúde” (CLOSS, 2013, p. 55). E essa mudança, segundo a autora, acontece através de “iniciativas voltadas para a inovação no plano assistencial que tenham como foco a integralidade na atenção às necessidades de saúde” (CLOSS, 2013, p. 56).

Além dos princípios, a legislação traz que o SUS tem como determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, a renda, a educação, o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990).

Para o presente trabalho, foi aprofundada a discussão acerca do princípio da integralidade, pois esta

[...] pressupõe práticas de inovação em todos os espaços de atenção à saúde, práticas em diferentes cenários (todos aqueles em que se dá produção de saúde e do cuidado) e práticas de análise crítica de contextos, problematizando saberes e o desenvolvimento profissional no âmbito das competências específicas de cada profissão (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 78).

Frente a essas grandes mudanças que ocorreram ao longo da história do país e que transformaram a realidade da saúde pública brasileira, é imprescindível destacar a importância das mudanças que ocorreram também no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde.

A partir dessa compreensão, diversos movimentos em prol de discussões a respeito de reformulações dos currículos e da formação em saúde aconteceram. Mais precisamente, entre 2001 e 2004, as diretrizes nacionais para os cursos de graduação da área da saúde foram aprovadas, afirmando que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde” (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 77).

Além disso, a relevância de iniciativas direcionadas à qualificação dos trabalhadores do SUS

[...] é demarcada pela necessidade de mudanças no processo de trabalho e no modelo assistencial em saúde, tendo em vista efetivar práticas qualificadas, que contemplem o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção (CLOSS, 2013, p. 29).

A Residência Multiprofissional em Saúde surge, no contexto da Reforma Sanitária e da instauração do SUS, como uma estratégia para fortalecer e qualificar os serviços desse sistema. Pois, segundo a Constituição Federal de 1988, “ao SUS compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

Dessa maneira, pensa-se a residência como um caminho para que o SUS seja reafirmado enquanto política pública, direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Logo, se fosse comparado o modelo de atenção proposto pelo SUS, tendo a universalidade, integralidade e equidade como diretrizes, com os modelos curriculares para formação dos trabalhadores em saúde, é possível perceber significativas contradições.

Tais contradições se apresentavam, principalmente, através de formações fragmentadas, visando especialidades e práticas isoladas, onde o indivíduo não é compreendido em sua totalidade, pois como traz Mattos (2001), “a população precisava dirigir-se a unidades diferentes conforme suas necessidades dissessem respeito à assistência médica ou às práticas da saúde pública” (p. 54).

Nessa perspectiva,

[...] uma reorientação dos cursos de formação em saúde para a integralidade implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde trabalha na construção do seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 78).

Segundo Olschowsky e Ferreira (2008), o SUS propõe um conceito ampliado de saúde que ultrapassa procedimentos curativos e considera as condições de vida das pessoas como um todo. Todavia, “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).

Nesse sentido, o Programa de Residência propõe

[...] especializar profissionais da saúde para atuarem, imbuídos pelos princípios do SUS, trabalhando em equipe interdisciplinar, buscando novas alternativas para o trabalho e objetivando uma atenção integral em saúde (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p.140).

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação deveria englobar adequado conhecimento do SUS, produção de habilidades técnicas e de pensamento, além da produção de subjetividade. Além disso,

A formação para área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

E também

[...] é preciso que o exercício profissional altere positivamente a realidade de saúde. É preciso que a formação estabeleça íntima relação com as necessidades de saúde da população e se oriente pelos padrões epidemiológicos (CECCIM; CARVALHO, 2005, p. 79).

Em 2005, no Brasil, a Residência em Área Profissional da Saúde foi instituída a partir da Lei nº 11.129, que a define como pós-graduação *lato sensu*, “voltada para a educação em serviço e destinada às categoriais profissionais que integram a área de saúde” (BRASIL, 2005). Além disso, tal lei afirma que a residência deverá favorecer a inserção qualificada de profissionais no SUS, bem como deverá ser realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

A formação em serviço mostra-se como uma proposta apropriada, “pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 51). Além disso, o programa de residência **objetiva a superação da fragmentação e segmentação do conhecimento e do cuidado/atenção em saúde**, visando a

VI - 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).

Outras portarias também foram implementadas a fim de regulamentar o funcionamento de tal programa. A Portaria nº 1.111, de 2005, que visa fixar as normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, e a Portaria Interministerial nº 2.117, também de 2005, que institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde.

Porém, é com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que a residência é estabelecida e definida. Conforme o Art. 1º, a residência é caracterizada como um curso de especialização por ensino em serviço, possuindo carga horária semanal de 60 horas e duração mínima de dois anos; já o Art. 2º traz que o Programa de Residência será orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, seguindo 12 eixos norteadores.

Percebe-se, assim, que 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).

Dessa maneira, percebe-se que o programa de residência pode ser considerado “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).

Além disso, visa estabelecer um

[...] sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS (MEC/MS, 2009).

Nesse sentido, 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).

Tais constatações reafirmam a formação crítica a partir da residência, como uma estratégia de formação em serviço que não torne o profissional alienado no cotidiano das relações de trabalho, permitindo reflexões a respeito do processo de trabalho em equipe, do SUS e da instituição na qual se está inserido.

O hospital no qual a pesquisa foi realizada entende a residência como uma possibilidade de exercitar novas formas de cuidado em saúde, colocando-se diante de um contexto de desafios e mudanças ocasionados pela consolidação do SUS (HCPA, 2017). Além disso, a residência

[...] propõem o desenvolvimento de um processo educativo que capacite o pós-graduado a trabalhar em conjunto com os outros profissionais da área de saúde, no sentido de romper com o cuidado fragmentado ao usuário, valorizando de forma prioritária as necessidades de saúde da população e considerando, sobretudo, a ação preventiva, a partir de uma visão de cuidado integral e de valores éticos e culturais, preparando os profissionais da saúde para atuarem em equipe de saúde multiprofissional (HCPA, 2017, p. 9).

Para tal, tem-se a interdisciplinaridade como um dos eixos principais e é entendida como um compartilhamento sistemático e integrado de saberes, na tentativa de provocar a produção conjunta de práticas e conhecimentos a partir do diálogo contínuo entre os trabalhadores dos diferentes núcleos de profissões (HCPA, 2017).

O Programa de Residência Integrada em Saúde (RMS) do hospital em estudo tem por objetivo geral: Especializar profissionais, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de modo interdisciplinar, a partir dos princípios do SUS e considerando as necessidades em saúde da população (HCPA, 2017).

No hospital, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde teve seu primeiro processo seletivo em 2009, com a primeira turma iniciando sua formação em fevereiro de 2010. Na ocasião, foram oferecidas 28 vagas para cinco áreas de concentração: Adulto Crítico (4 vagas), Controle de Infecção Hospitalar (2 vagas), Onco-Hematologia (7 vagas), **Saúde da Criança (11 vagas)** e Saúde Mental(4 vagas).

Já no processo seletivo realizado em 2016 para início em março de 2017, identifica-se uma mudança em relação ao número de vagas oferecido,

bem como o número de áreas de concentração/programas de atuação. Na ocasião desta seleção, foram oferecidas 46 vagas para o total de 8 áreas de concentração: Adulto crítico (7 vagas); Atenção Básica em Saúde (4 vagas); Atenção cardiovascular (3 vagas); Atenção Integral ao Usuário de Drogas (6 vagas); Controle de Infecção Hospital (4 vagas); Onco-hematologia (5 vagas); **Saúde da Criança (14 vagas)** e Saúde Mental (3 vagas).

Assim, percebe-se que o Programa da Saúde da Criança existe desde o início da RMS no hospital em questão, e se caracteriza por ser o maior programa em número de residentes (14) e com representantes de todos os núcleos profissionais (educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e serviço social). No que se refere ao apoio pedagógico, o Programa da Saúde da Criança conta com uma coordenadora de programa, três tutoras e 17 preceptores de núcleos (Educação física – 1; Enfermagem – 4; Farmácia – 1; Fisioterapia – 2; Fonoaudiologia – 2; Nutrição – 2; Psicologia – 2 e Serviço social – 2).

O Programa da Saúde da Criança, conforme documento da instituição, visa oportunizar a compreensão e o exercício dos princípios do SUS em diferentes contextos socioculturais, envolvendo uma ampla diversidade de problemas de saúde (HCPA, 2017). Tem como objetivo geral: Especializar os residentes da Saúde da Criança, através da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde interdisciplinarmente nos diferentes contextos e nas diversas etapas do processo saúde – doença, em consonância com as diretrizes do SUS (HCPA, 2017). Constituem-se como cenário de prática do programa: a Unidade de internação pediátrica (10º andar, alas norte e sul), Unidade de terapia intensiva (UTIP) e especialidades pediátricas (internação e ambulatorios), onde atuam profissionais de diversos núcleos de saberes, permitindo “estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerários de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar” (MEC/MS, 2009).

Percebe-se que, neste documento institucional que regula e contextualiza as atividades do programa da saúde da criança, não é possível encontrar nenhuma referência à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), apenas ao Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e à Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado (1995).

A 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). Ela tem por objetivo

[...] promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (MS, 2015).

Vale ressaltar que, para fins de atendimento em serviços de pediatria do SUS, a PNAISC contempla crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, ou seja, contempla todos os pacientes atendidos na internação pediátrica do hospital em estudo.

A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, que servem para orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde. 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.

Dessa maneira, percebe-se que todas as ações de saúde desenvolvidas no hospital de estudo devem ser guiadas e reforçadas por essa portaria, que descreve as ações a partir de eixos estratégicos, tendo a intersetorialidade como uma diretriz para que essas ações sejam efetivadas.

Para além dos eixos estratégicos, a PNAISC traz a capacitação e educação permanente como um dos caminhos para que ela seja efetivada de maneira integral. Esse ponto reforça a importância do tema em estudo e do problema de pesquisa, pois como essa educação permanente será realizada se essa portaria não consta no documento institucional que organiza o programa de residência no programa da saúde da criança?

No que tange o conceito de integralidade, Matos (2001), afirma que esta pode ser compreendida a partir de três visões: a partir das práticas dos profissionais de saúde; como um princípio de organização do processo de trabalho e a terceira como as ações contempladas em uma política especial.

A terceira abordagem considera as configurações de algumas políticas específicas ou políticas especiais como uma estratégia para a integralidade. Políticas destinadas a uma determinada população com uma determinada

demanda. Nesse sentido, o autor traz que essas políticas deveriam englobar tanto ações voltadas à prevenção quanto ações voltadas à assistência (MATOS, 2001). Nesse aspecto da integralidade, pode-se identificar a PNAISC como uma estratégia governamental que visa atender uma determinada população a partir de uma atenção integral.

Por fim, independente se se entende a integralidade

[...] como princípio orientador das práticas, orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura ao diálogo (MATTOS, 2001, p. 61).

Dessa maneira, importante ressaltar que a PNAISC surge como uma portaria com diretrizes e objetivos, porém o trabalhador da área da saúde deve ir além do aparente aos olhos, e, a partir da integralidade (em suas mais diversas formas), conseguir compreender aquela criança para além do seu diagnóstico.

3. OBJETIVOS

3.1 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).

3.2 Objetivos Específicos

- Refletir sobre a evolução e o papel político do programa de residência multiprofissional em saúde no que diz respeito à materialização da política de saúde;

- Identificar se há semelhanças e/ou diferenças na percepção do trabalho exercido pelos residentes multiprofissionais no cuidado ao paciente pediátrico na efetivação dos eixos estratégicos da PNAISC, entre preceptores e não preceptores;

- Analisar a compreensão dos profissionais preceptores e não preceptores do programa da saúde da criança a respeito do conceito de integralidade, a fim de verificar como esse princípio se concretiza nas ações no programa da saúde da criança.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um projeto de pesquisa qualitativo, pois ele visa “compreender e aprofundar os fenômenos, que são explorados a partir da perspectiva dos participantes de um ambiente natural em relação ao contexto” (SAMPLERI et AL. , 2013, p. 376). Além disso, segundo Minayo (2010), é a partir da realidade social que o método qualitativo se concretiza, pois aborda “o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas representações sociais, nas expressões da subjetividade, nos símbolos e significados” (MINAYO, 2010, p. 14).

Nesse sentido, “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema na vida prática (MINAYO, 2010, p. 16). Assim, o problema de pesquisa foi antes vivenciado no itinerário da residente no programa da saúde da criança, suscitando tais indagações. Dessa maneira, para responder os objetivos propostos, a abordagem qualitativa se torna essencial para alcançar tais respostas, pois ela se aprofunda no mundo dos significados.

Dentro da abordagem qualitativa, a pesquisa seguirá o método dialético crítico, pois propõe analisar “os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos, as relações sociais de produção e de dominação com a compreensão das representações sociais (MINAYO, 2010, p. 24).

4.2 Campo de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de Fevereiro a Maio de 2018.

4.3 Participantes

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais preceptores e não preceptores do Programa da Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que compõem as equipes de pediatria geral e que atuam nos itinerários do primeiro ano dos residentes.

Critérios de inclusão:

- Os profissionais dos diferentes núcleos profissionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que atuem nas equipes onde os residentes do primeiro ano estão inseridos;
- Os preceptores de núcleo dos R1 do programa da saúde da criança;
- Os professores médicos responsáveis pelas cinco equipes de pediatria geral, as quais são itinerários dos residentes do primeiro ano;
- Profissionais médicos do setor da pediatria que atuam em contato com os residentes multiprofissionais;

Critérios de exclusão:

- Serão excluídos os profissionais preceptores e não preceptores que atuam nos itinerários de R2, visto que estes itinerários são compostos por diversas equipes multiprofissionais de especialidades (como transplante hepático infantil, UTI Pediátrica, Pneumologia Infantil, entre outros), ampliando de forma demasiada o universo de profissionais a serem entrevistados.

4.4 Coleta de Informações

A coleta das informações foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, orientadas por um formulário com perguntas abertas e fechadas. Para os registros, foi utilizada a gravação de áudio para a aproximação e integridade das falas dos profissionais que atuam no programa da saúde da criança. A partir dessas entrevistas e nos relatos dos sujeitos entrevistados, foram buscadas as informações necessárias para a materialização do processo da pesquisa e para responder aos objetivos propostos pela mesma.

A entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) teve um roteiro previamente estabelecido. No que diz respeito à amostra, segundo Minayo (2017), ela deve estar relacionada aos objetivos da pesquisa e deverá privilegiar “os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer” (MINAYO, 2017, p. 4). O número de entrevistas realizadas foi de 14 sujeitos. Este universo foi composto por profissionais preceptores e não preceptores de cada núcleo profissional. A amostra se constituiu como intencional, pois o que interessa é a “opinião (ação, intenção, etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 52). Dessa maneira, seguindo os critérios descritos anteriormente, tem-se uma amostra composta da seguinte maneira: *educação física* – 1 contratado e 1 preceptor; *enfermagem* – 1 contratado e 1 preceptor; *farmácia* – 1 contratado/preceptor; *Fisioterapia* – 1 contratado e 1 preceptor; *fonoaudiologia* – 1 contratado/preceptor; *nutrição* – 1 contratado e 1 preceptor; *psicologia* – 1 contratado/preceptor ; *serviço social* – 1 contratado/preceptor; *médicos pediatras* – 1 contratado e 1 preceptor.

Para a validação do instrumento de coleta da pesquisa foi realizado um pré-teste com um dos profissionais do programa da saúde da criança (não selecionados para a amostra) com o intuito de verificar se o roteiro estava coerente à proposta da pesquisa. As informações aí coletadas não foram utilizadas para a análise.

4.5 Análise das Informações

Para a análise das informações da pesquisa, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2011). Para essa autora, a análise de conteúdo pode ser compreendida como um conjunto de técnicas de análise

que visam obter indicadores (quantitativos ou não) a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos das mensagens selecionadas, que permitam a dedução de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção destas mensagens, que tem por objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.

A opção por este método se dá a partir do entendimento de que, nesta análise, “o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração” (CÂMARA, 2013, p. 182). A fim de alcançar os objetivos da pesquisa, a análise dos dados será dividida entre as respostas das entrevistas dos preceptores e dos não preceptores.

Bardin (2011) indica que a utilização da Análise de Conteúdo deve ser realizada em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

A primeira fase, de pré-análise, pode ser considerada como a fase da organização dos materiais. É nela que o pesquisador terá um primeiro contato com os documentos em análise. No caso de pesquisas que envolvem entrevistas, é nessa fase que estas serão transcritas pelo pesquisador. Esta fase é composta por quatro momentos: leitura flutuante, quando o pesquisador estabelece o primeiro contato com os materiais; a escolha dos documentos; a formulação de hipóteses e objetivos; a referência dos índices e indicadores e por fim a preparação do material (momento no qual as entrevistas realizadas serão transcritas).

Já a segunda fase contempla a exploração do material, onde as unidades de codificação serão escolhidas. Estas unidades de codificação compreendem as unidades de registros e as escolhas das categorias que serão analisadas. A partir dessa codificação, teremos a etapa de classificação e categorização.

Por fim, na terceira fase será realizado o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Quando as informações serão destacadas para ser analisadas, em um momento de intuição e de análise crítica e reflexiva.

4.6 Aspectos Éticos

As Resoluções nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de Abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contêm aspectos éticos que devem ser cuidadosamente observados em pesquisas envolvendo seres humanos. Para tal, na presente pesquisa será aplicado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que considera a livre participação do sujeito e será apresentado aos participantes, lido e assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o entrevistador e a outra com o entrevistado.

Além disso, as gravações das entrevistas serão devidamente autorizadas pelos sujeitos, transcritas e armazenadas sob responsabilidade da pesquisadora e da orientadora responsável, pelo prazo de cinco anos. A identidade dos participantes será preservada; as entrevistas serão identificadas apenas através de números sequenciais, não sendo revelado o núcleo de formação dos entrevistados. Tais números serão utilizados durante todas as etapas da pesquisa e posteriormente na análise final.

Os riscos nesta pesquisa são mínimos. As questões abordadas podem suscitar sentimentos que provoquem emoções ou desconforto aos participantes. A pesquisa não oferece nenhum benefício direto aos participantes, porém contribuirá na produção de conhecimento para o programa de atuação da saúde da criança.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob Nº CAAE: 81737917.6.0000.5327.

5. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa são apresentados em forma de artigo científico, que será enviado para a Revista Trabalho, Educação e Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, com a intenção de publicação.

Abaixo segue o artigo.

**“RESIDENTE DÁ TRABALHO” x “RESIDENTE É TUDO DE BOM”:
(re)pensando o papel da Residência Multiprofissional na formação em saúde**

“RESIDENT GIVES WORK” x “RESIDENT IS ALL GOOD”: (re)thinking the role of
Multiprofessional Residency in health training

Isadora Netto^a
Vanessa Maria Panozzo Brandão^b
Simone Beier^c

Resumo: A pesquisa teve como objetivo analisar a contribuição do trabalho dos residentes multiprofissionais do programa da saúde da criança de um hospital escola de alta complexidade na consolidação dos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É um estudo qualitativo, com amostra de 14 sujeitos que foram selecionados de forma intencional, sendo 8 profissionais preceptores e 6 profissionais não preceptores. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados obtidos foram analisados a partir da Análise de Conteúdo segundo Bardin (2011). A pesquisa revelou que a compreensão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) está diretamente relacionada ao aumento de profissionais para execução do trabalho demandado na unidade de pediatria do hospital em estudo, ficando o caráter de formação para o SUS em segundo plano. Além disso, identificou-se que o trabalho multiprofissional e o cuidado integral foram reconhecidos e reafirmados a partir da entrada do programa de residência, sob a lógica do conceito ampliado de saúde. Por fim, a pesquisa demonstrou uma apropriação superficial em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Palavras-chaves: Residência multiprofissional em saúde; trabalho dos residentes; SUS; PNAISC.

Abstract: The aim of the present research was to analyze the contribution of the multiprofessional residents work in the field of child health in a high complexity university hospital in Porto Alegre, in consolidating the strategic guidelines of the National Policy on Comprehensive Care for Child Health (PNAISC) and the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS). It is a qualitative study, with a sample of 14 subjects, who were selected in an intentional way, being 8 preceptors and 6 nonpreceptor professionals. Semi-structured interviews were carried out covering all subjects, which were recorded and transcribed. Data obtained were analyzed from the Content Analysis according to Bardin (2011). The study revealed that the understanding of the Multiprofessional Health Residency Program (RMS) is directly related to the increase of available professionals to perform the work demanded in the unit of pediatrics of the hospital under study, being the character of training for the SUS in the background. In addition, it identified that the multiprofessional work and the integral care were recognized and reaffirmed from the entrance of the residence program, under the logic of the extended concept of health. Finally, the research demonstrates a superficial appropriation in relation to the National Policy of Integral Attention to the Health of the Child.

Keywords: Multiprofessional Residency in health; resident's work; SUS; PNAISC.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é resultado da pesquisa realizada para a conclusão e obtenção de título de especialista da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde de um Hospital Escola de Porto Alegre (Março/2017 a Fevereiro/2019), com ênfase no Programa Saúde da Criança.

A formação em Serviço Social possibilita a inserção de profissionais na área da saúde, sendo esta uma das políticas em que o assistente social pode atuar. Dessa maneira, a Residência surge como uma alternativa de aprofundar esse conhecimento a respeito da política de saúde, proporcionando uma atuação profissional articulada com formação e produção de conhecimento.

A ideia do presente trabalho surgiu a partir da participação nos *rounds*¹, atividades nas quais a equipe discute todos os casos de seus pacientes. Nessa atividade, toda equipe assistente está presente: professor da pediatria, residente médico, residentes multiprofissionais e demais contratados. É nos *rounds* que as informações são compartilhadas e as condutas e intervenções são definidas, a fim de garantir um cuidado integral ao paciente e sua família.

Os estudos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a evolução do Programa de Residência, bem como a experiência nos *rounds*, levaram à elaboração do Projeto de Pesquisa intitulado: “A Residência Multiprofissional como estratégia para o cuidado integral da saúde da criança: considerações acerca do trabalho dos Residentes Multiprofissionais”. O Objetivo geral do projeto foi: 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

¹ Reunião de equipe/discussão dos casos, com a presença de representantes de todos os núcleos profissionais. É coordenado pelo professor médico responsável pela equipe.

Sistema Único de Saúde (SUS). Já os objetivos específicos foram: a) Refletir sobre a evolução e o papel político do programa de residência multiprofissional em saúde no que diz respeito à materialização da política de saúde; b) Identificar se há semelhanças e/ou diferenças na percepção do trabalho exercido pelos residentes multiprofissionais no cuidado ao paciente pediátrico na efetivação dos eixos estratégicos da PNAISC, entre preceptores e não preceptores; c) Analisar a compreensão dos profissionais preceptores e não preceptores do programa da saúde da criança a respeito do conceito de integralidade, a fim de verificar como esse princípio se concretiza nas ações no programa da saúde da criança.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois visa “compreender e aprofundar os fenômenos, que são explorados a partir da perspectiva dos participantes de um ambiente natural em relação ao contexto” (SAMPLIERI et al. , 2013, p. 376). Além disso, segundo Minayo (2010), é a partir da realidade social que o método qualitativo se concretiza, pois aborda “o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nas representações sociais, nas expressões da subjetividade, nos símbolos e significados” (MINAYO, 2010, p. 14).

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 8 (oito) perguntas abertas². Para os registros, foi utilizada a gravação de áudio para a

² 1) Qual sua compreensão a respeito do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde? 2) Em termos da sua inserção no Programa da Residência, como você avalia o trabalho dos residentes multiprofissionais no programa da saúde da criança? 3) Você percebe a relação do trabalho dos residentes com os princípios e diretrizes do SUS? Quais deles? 4) O que você entende por integralidade? 5) Qual a importância deste conceito para o trabalho no programa da saúde da criança? 6) Qual a importância deste conceito no trabalho dos residentes multiprofissionais do programa da saúde da criança? 7) Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança? O que você pensa da Política? Destaca algum conceito/ conteúdo dela? 8) Você percebe que existe a relação da PNAISC com o trabalho dos residentes?

aproximação e integridade das falas dos profissionais que atuam no programa da saúde da criança. Por fim, a análise dos dados será apresentada a partir do método de Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2011).

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado no dia 10 de Agosto de 2018 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital em estudo, com CAAE de nº: 81737917.6.0000.5327. Além disso, o Projeto também foi aprovado pelo WebGPPG do referido hospital.

CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais preceptores³ e não preceptores do Campo da Saúde da Criança de um hospital escola de Porto Alegre, componentes das equipes de pediatria geral que atuam nos itinerários do primeiro ano dos residentes multiprofissionais, totalizando 14 entrevistados.

Dessa forma, o universo da pesquisa foi composto por profissionais das seguintes áreas: educação física – 1 contratado e 1 preceptor; enfermagem – 1 contratado e 1 preceptor; farmácia – 1 contratado/preceptor; fisioterapia – 1 contratado e 1 preceptor; fonoaudiologia – 1 contratado/preceptor; nutrição – 1 contratado e 1 preceptor; psicologia – 1 contratado/preceptor ;serviço social – 1 contratado; médicos pediatras – 1 contratado e 1 preceptor.

É importante ressaltar que algumas categorias profissionais possuem apenas um profissional destinado à pediatria. Sendo assim, este profissional exerce a função de preceptores em algumas equipes e de não preceptores em outras, porém para os fins da

³ Art. 13 A função do preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculada à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

§ 1º O preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática. (BRASIL, 2012).

pesquisa foi inserido no grupo de preceptores, justificando o universo de 8 (oito) preceptores (P) e 6 (seis) não preceptores (NP).

No que se referem à descrição dos sujeitos, algumas características são importantes destacar. Do universo de 14 sujeitos, todos são mulheres, o que demonstra um predomínio de profissionais do sexo feminino na pediatria. Autores como Matos; Toassi; Oliveira (2013) apontam que 70% da força de trabalho é feminina no setor saúde, o que demonstra modificações do mundo contemporâneo, tais como a queda da taxa de natalidade, famílias monoparentais, casais sem filhos, realização profissional e uma maior escolarização do público feminino. Tal constatação é muito presente em profissões que antes eram dominadas pelo sexo masculino, como medicina e odontologia, e que hoje cresce cada vez mais o número de mulheres nestas ocupações.

A idade dos sujeitos entrevistados oscilou entre 26 e 51 anos, sendo divididos da seguinte maneira: 2 (dois) com idade entre 23-30 anos; 2 (dois) entre 30-35 anos; 5 (cinco) entre 35 e 40 anos; 3 (três) entre 40 e 45 anos e 2 (dois) entre 50-55 anos. Em relação à formação, o ano de conclusão de graduação se deu entre 1988 e 2014, sendo que 1 (um) sujeito graduou-se entre 1985-1990; 1 (um) entre 1990-1995; 2 (dois) entre 1995-2000; 5 (cinco) entre 2000-2005; 3 (três) entre 2005-2010 e 2 (dois) entre 2010-2015. Além disso, apenas 1 (um) sujeito realizou Residência Multiprofissional em Saúde e outros 3 (três) realizaram Residência Uniprofissional.

Acerca do tempo de trabalho no hospital em estudo, identificam-se profissionais trabalhando na instituição há 1 ano e 8 meses e há 23 anos, sendo que 3 (três) sujeitos trabalham no hospital em estudo entre 1-5 anos; 6 (seis) de 5-10 anos; 2 (dois) de 10-15 anos; 1(um) de 15-20 anos e 2 (dois) de 20-25 anos. Nesse período, 7 (sete) sujeitos tiveram experiência de trabalho prévio ao início da Residência Multiprofissional e os outros 7 (sete) ingressaram no hospital com a Residência já implementada.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: FORMAÇÃO OU FORÇA DE TRABALHO?

A Residência Multiprofissional 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, além de outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988).

Segundo Olschowsky e Ferreira (2008), o SUS define um conceito ampliado de saúde, que ultrapassa procedimentos curativos e considera as condições de vida das pessoas como um todo. Todavia, no que se refere à formação em saúde no Brasil, “[...] 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). Nesse sentido, o Programa de Residência propõe

[...] especializar profissionais da saúde para atuarem, imbuídos pelos princípios do SUS, trabalhando em equipe interdisciplinar, buscando novas alternativas para o trabalho e objetivando uma atenção integral em saúde (OLSCHOWSKY; FERREIRA, 2008, p.140).

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 categoriais 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.

Além disso, tal lei afirma que a residência deve favorecer a inserção qualificada de profissionais no SUS, bem como deve ser realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Segundo

Silva (2016), em 2005 havia 22 (vinte e dois) programas da RMS financiados pelo Ministério da Saúde. Já em 2015, esse número era de 1.500 (mil e quinhentos) programas, demonstrando um crescimento significativo da residência multiprofissional. A partir destes dados é possível considerar que as Residências, na atual conjuntura, se tornaram um espaço de inserção para os profissionais, devido à falta de oferta de vagas de trabalho remuneradas no mercado. Consta-se que os profissionais têm buscado a Residência, para além da formação em serviço, como um lugar que possam receber remuneração para sua sobrevivência.

Pensar no processo da residência como formação em serviço é caracterizá-la como uma estratégia de superação 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).

Ainda, propõe “[...] articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 51). 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 locus de ensino e aprendizagem” (CLOSS, 2013, p. 24).

Dessa maneira, é possível inferir que o programa de residência visa superar o modelo de saúde historicamente hegemônico de cuidado, centrado na atuação do médico que visava apenas um resultado curativo. Entende-se que “esse processo de “desfragmentação” 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).

Nesse sentido, 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).

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, 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).

Nesse sentido, 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 sujeitos entrevistados apresentam ainda uma contradição daquilo que se propõem 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, conforme demonstrado na Tabela 1:

Tabela 1 – Sistematização das respostas em relação à compreensão da RMS⁴

Sujeitos entrevistados	Formação	Trabalho
Preceptores (P, 8)	3 sujeitos de 8	7 sujeitos de 8
Não preceptores (NP, 6)	5 sujeitos de 6	6 sujeitos de 6

Fonte: Sistematização da autora

De acordo com os dados demonstrados, destaca-se que a compreensão da RMS como uma proposta de formação está mais presente no universo dos não preceptores do que do universo dos preceptores. É possível perceber a identificação do aspecto da formação segundo as falas:

“[...] Então acho que a residência, o fato de ter a residência para fazer a formação dos profissionais é o pulo do gato assim, faz toda a diferença (NP1)”.

“Mas eu acho que é uma oportunidade única, pro profissional [...] a residência é um passo básico para tua formação profissional [...] a residência é um diferencial em termos de formação profissional mesmo (P11)”.

O fato da compreensão da RMS como um processo de formação e especialização dos profissionais de saúde ser maior entre os sujeitos não preceptores indica uma problematização importante a ser destacada. Os preceptores, além de estarem vinculados ao programa da residência através do Ministério da Educação, participam dos momentos de formação e de discussões preconizados tanto na legislação da RMS quanto no Projeto Político Pedagógico da Residência do hospital em questão. Entre essas atividades, estão: preceptorias, tutorias, discussões de caso, elaboração de trabalhos científicos, avaliação das atividades desenvolvidas pelos residentes e estudos sobre o programa e o núcleo que estão inseridos (HCPA, 2017). Além disso, segundo Resolução nº 2 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) de 2012, ao preceptor compete: exercer a função de orientador de referência;

⁴ Cabe ressaltar que em uma mesma resposta é possível identificar a compreensão de ambos: trabalho e formação.

orientar e acompanhar as atividades práticas e teórico-práticas do residente; participar das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção do conhecimento, entre outros (BRASIL, 2012).

Desta forma, esperava-se que a compreensão da residência como formação e qualificação fosse predominante entre os preceptores, visto que, além das atividades descritas anteriormente, eles também participam de momentos de formação para preceptores oferecidos e organizados pelos hospitais em que estão inseridos.

Tal afirmação/ indagação corrobora com a constatação de que, no momento que novos programas de residência são criados ou o número de vagas aumenta dentro dos programas já existentes, há ainda o aumento da demanda daqueles profissionais responsáveis por absorver tais residentes. Absorver os residentes no núcleo profissional ou no programa de atuação requer condições físicas, organizacionais e profissionais comprometidos com a residência, para que os residentes não se tornem apenas “mão de obra de baixo custo” (SILVA; CAPAZ, 2013, 206).

Além desse aspecto, os profissionais da instituição se deparam com uma sobrecarga de trabalho, consequência do aumento da demanda, que se torna superior ao número de trabalhadores nos serviços. Isto ocorre em virtude da retração do Estado no investimento das políticas sociais, o que atinge diretamente os processos de trabalhos, prejudicando o atendimento da população e também ao fato de o número de profissionais não abarcar as reais necessidades do programa, tanto no que diz respeito à assistência ao paciente como no processo de ensino-aprendizagem para os residentes.

Logo,

[...] 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).

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.

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 que se propõe a residência, e 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). A fala de um preceptor revela 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. [...] E eu até discuto amigavelmente com colegas que, contratados “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.(P11)”

Outro aspecto a ser destacado a partir das falas dos entrevistados refere-se ao processo de execução do trabalho como a compreensão a respeito da RMS. Dos 14 (quatorze) sujeitos entrevistados, 13 (treze) apresentam essa compreensão, conforme um sujeito verbaliza:

“O que eu acho do programa? Eu acho que ele é um programa que veio somar, eu acho que ele é assim... primeiro eu acho que a residência é uma força de trabalho pro hospital. Então hoje se pensar no hospital sem residentes não tem como (P13).”

A fala do sujeito demonstra uma fragilidade no significado do Programa da Residência, que sobrepõe a mão de obra para o funcionamento da unidade e do hospital,

ao invés da formação em serviço. A implementação dos Programas tem enfrentado dificuldades para garantir os eixos da sua proposta, pois a atual conjuntura é extremamente desfavorável, “marcados pelo sucateamento, precarização e privatização dos serviços públicos de saúde” (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).

A carga horária semanal de 60 (sessenta) horas ainda é um tópico bastante discutido entre os residentes em nível nacional (conforme pauta no Encontro Nacional de Residências em Saúde de 20018⁵), entre outros assuntos. Importante reforçar que tal carga horária contribui para essa concepção do residente como “mão de obra”, pois estes permanecem na instituição por mais tempo que os profissionais contratados.

Entretanto, percebe-se que, concomitante com o entendimento de força de trabalho, o trabalho exercido pelos residentes é trazido nas falas dos entrevistados como essencial para uma melhora na assistência ao paciente (10 dos 14 entrevistados levantaram essa questão) e ainda uma ação mais qualificada no que se refere ao trabalho multidisciplinar, conforme as falas:

“Mas o que eu percebo de prática do trabalho desde que a gente tem os residentes multiprofissionais o trabalho ficou muito mais multiprofissional mesmo. Os nossos pacientes

⁵ Para mais informações: <https://enrs2018.com.br/programacao/>

são melhores atendidos, porque aumentou, de certa forma aumenta, não é somente esse o objetivo, mas aumenta a força de trabalho (NP4)”;

“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 ela é parte integrante da pediatria para funcionar a equipe multi aqui (P8).”

“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 assim, de potencializar um trabalho de fato multiprofissional (P10)”.

“O diferencial é que como a gente tem várias atividades, 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... porque dificilmente não tem um residente num *round*, 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, de todo mundo assim, e de uma melhora enorme na assistência ao paciente” (NP1).”

A partir das falas, é possível identificar a relação que existe entre o trabalho exercido pelos residentes com a sua formação enquanto profissionais do/para o SUS. Visto que, além de identificar a força de trabalho para atender a demanda e para dar conta daquilo que é necessário, as falas dos sujeitos sinalizam esse trabalho relacionado com uma concepção de trabalho multidisciplinar, com a qualificação da assistência prestada aos usuários, bem como com uma formação a partir das atividades assistenciais desenvolvidas pelos residentes.

Identifica-se nas falas dos sujeitos o quanto o trabalho exercido na pediatria se tornou de fato multiprofissional (6 dos 14 sujeitos) com a entrada dos residentes, o que demonstra uma possibilidade de “superação” do modelo de saúde hegemônico anterior que era o modelo médico-centrado. Porém, como contraponto, mesmo com a implementação da RMS, percebe-se que há ainda o modelo conservador do cuidado em saúde, conforme a fala:

“[...] eu acredito muito na residência, espero que assim... claro que as modificações elas tem que vir, se a gente for ver hoje o quanto houve um crescimento, um amadurecimento da residência

aqui dentro do hospital. Uma valorização, ela tem ocupado cada vez um espaço dentro das equipes, já fazendo parte das equipes. Nós somos uma equipe. Porque antes parecia que tinha uma equipe, que era o médico, que era uma equipe de contratados e a equipe da residência. Hoje eu vejo que tá interligado, que os trabalhadores, junto com os residentes, nós somos uma equipe. [...] Então o quanto que a residência veio ocupar com mais força e mais qualidade alguns espaços, até o próprio round médico.. porque ainda é o modelo médico-centrado né, mas é o round... Dificilmente eu tenho ouvido falar ah o round médico... é o round né. E ali tem a participação dos diversos profissionais. [...] Acho que o modelo médico é que tem que se aproximar do multidisciplinar e quem sabe num futuro né, seja uma residência única. Eu acho que isso não é uma utopia, eu acho que é uma questão de tempo, porque o objetivo é o mesmo, é a saúde, é o bem-estar... Então eu acho que a gente tem que aproximar, criar estratégias para isso... Mas são assim passinhos de formiguinha...” (P7)

Mesmo reconhecendo essa superação de um modelo médico-centrado na formulação do SUS, percebe-se que ainda é preciso evoluir em relação ao trabalho exercido pelos residentes dentro do programa da saúde da criança no hospital em questão. Em todas as falas, os sujeitos trazem a identificação do trabalho exercido de maneira multiprofissional a partir da equipe multiprofissional, mas em termos conceituais podem-se apresentar equívocos, necessitando distinguir tais definições. O primeiro ponto a ser considerado se refere à equipe multiprofissional, que é formada por profissionais de diversas áreas; e o outro, é o trabalho exercido por essa equipe, que pode ser tanto multidisciplinar como interdisciplinar.

Para a compreensão do termo multidisciplinaridade, as autoras escrevem que ela “[...] evoca uma simples justaposição, num trabalho determinado pelos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe coordenado” (SILVEIRA; MENDES, 2009, p.53). Nesse sentido, o trabalho realizado de forma multidisciplinar exige apenas um agrupamento, onde as disciplinas não interagem de maneira a serem enriquecidas e alteradas (SILVEIRA; MENDES, 2009).

No entanto, 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).

Ainda, 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).

Nesse sentido, a RMS, segundo Silva (2016), para além de uma formação que compartilha saberes, ela 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” (...). 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. Conforme HCPA 2017, o objetivo geral da residência no programa da saúde da criança consiste em: “Especializar os residentes da Saúde da Criança, através da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde interdisciplinarmente nos diferentes contextos e nas diversas etapas do processo saúde – doença, em consonância com as diretrizes do SUS” (HCPA, 2017). Além disso, “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).

Do mesmo modo, é possível perceber que, para os preceptores, o papel do residente inserido em um local de trabalho ainda carece de compreensão. Os sujeitos trazem dúvidas quanto à inserção do residente dentro dos serviços 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 assim. O quanto deve ser cobrado como profissional e o quanto não deve ser cobrado porque ainda é um estudante. O quanto o serviço deve... como o serviço deve lidar com essa pessoa que não é nem profissional do serviço...” (P13)

Tal afirmação remete a questões levantadas anteriormente, e que reforçam a importância de espaços formativos e de discussões a respeito dos programas da RMS dentro das instituições em um sentido geral, como em unidades específicas (ex: pediatria) e dentro dos serviços de cada profissão (ex: serviço de enfermagem, serviço de psicologia, etc.).

Ainda, no que se refere ao papel político da residência e no seu reconhecimento como estratégia de fortalecimento do SUS, apenas 1 (um) profissional entrevistado aborda tal questão:

“Então o projeto surgiu em 2010 né, eu acho que ele veio com muitas pessoas se envolvendo e dando sangue, vestindo realmente a camiseta e se envolvendo de corpo e alma, assumindo tanto a questão da assistência e também da residência, se experimentando, não abrindo mão de suas atividades enquanto profissionais assistenciais, se envolvendo na pesquisa e no ensino, com a intenção de qualificar esse espaço. E realmente aproveitar essa oportunidade que o hospital tem de ser ensino, de ser pesquisa e de ser assistência com excelência né. Acho que isso já tava caindo de maduro, só faltava pessoas estratégicas e também que se comprometessem em levar essa bandeira à diante. (NP6)”.

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 um distanciamento entre aquilo que é pensado a partir dos processos de trabalho e aquilo que é preconizado e sustentado pela legislação da RMS.

Cabe destacar que NP6 é o único sujeito da pesquisa que realizou residência multiprofissional, o que demonstra a relação desta formação com uma clareza do real papel do programa para a formação de novos profissionais em defesa do SUS e de sua afirmação enquanto política pública.

Neste sentido, como seria possível aproximar os profissionais da proposta da residência? Quais os caminhos possíveis para garantir uma formação que privilegie 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. Além disso, o processo de formação profissional em saúde requer

[...] estudar o mundo do trabalho, da educação, da saúde, trazendo as práticas reais dos atores e das instituições de educação e de produção de cuidados para o programa desta formação e isso, não é de menor importância, é fundamental e estratégico para as profissões da saúde [...] (DUARTE, 2014, p.314).

POLÍTICAS DE SAÚDE E INTEGRALIDADE: (DES)CONHECIMENTO E PRÁTICA⁶

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, encontra-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.

⁶ Tem-se a clareza que o termo utilizado para a formação profissional se refere ao conceito de “trabalho” (BARROCO, 2009), uma vez que ele preconiza uma teleologia para a relação com o objeto, isto é, uma finalidade/intencionalidade. O termo prática mencionado representa neste espaço institucional o cotidiano dos profissionais.

Dentre as questões da pesquisa, foi possível identificar a compreensão dos sujeitos na realização do trabalho dos residentes a partir das diretrizes e princípios do SUS. Porém, é importante destacar que 2 (dois) sujeitos optaram por não responder essa questão (um do universo de preceptores e outro do universo de não preceptores). Além disso, chama a atenção o fato de 1 (um) sujeito identificar que o trabalho dos residentes não está relacionado com o SUS, conforme demonstra a Tabela 2.

Tabela 2 – Sistematização das respostas do trabalho dos residentes em relação ao SUS

Sujeitos entrevistados	Sim	Não
Preceptores (7)(um sujeito não respondeu)	6 sujeitos/6	1 sujeito/6
Não preceptores (5)(um sujeito não respondeu)	5 sujeitos/5	-

Fonte: Sistematização da autora

O fato de 2 (dois) sujeitos 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 sujeito 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 né. [...] 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... Pro residente é difícil muitos vezes sair da fantasia, ou quando sai imagina que vai dar certo e não dá. (P11)”

Em relação à identificação dos princípios e diretrizes do SUS, apenas alguns foram citados: universalidade e equidade (3 vezes cada), integralidade e igualdade (2 vezes cada) e prevenção (apenas 1 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 sujeitos entrevistados. O que se verifica é que este conceito está diretamente relacionado com uma concepção ampliada de saúde, conforme apontado nas respostas (14/14), e também como este princípio - integralidade - se concretiza a partir da inserção da RMS na pediatria (9/14), conforme se apresenta na fala:

“[...] a gente é um hospital de alta complexidade mas 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 no que se refere ao cuidado quanto no que tem disponível assim... e a gente propiciar isso para as pessoas... Então não só assim, ah então a gente fez um atendimento aqui na alta complexidade e tá... mas e depois ele vai pra casa e como que ele vai acessar os serviços? Como que ele vai, enfim... até os próprios direitos assim, de benefícios ... então tudo isso é o cuidado integral ao paciente, não só tu olhar pro braço que tá quebrado, pro pulmão que ta estragado...” (NP1).

A fala desse sujeito 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 sujeito da frase acima, 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 à medida em que os sujeitos 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).

Outras falas dos sujeitos que merecem ser destacadas em relação ao conceito de integralidade:

“Eu percebo... eu entendo na verdade, integralidade muito mais do que a liga de todas as partes assim... eu acho que o conceito de integralidade, é lógico, tu olhar o todo, olhar o contexto da criança, inserida na família, inserida numa comunidade, que tá inserida num território, que faz parte... e assim sucessivamente, dentro de um bairro, dentro de uma sociedade, de um contexto de um país... e aí filosofando mais, eu vejo a integralidade no cuidado mais longitudinal.” (NP6)

“O que que eu vejo assim né.. o cuidado integral dentro do hospital...vou trazer um pouquinho não é só daquele cuidado clínico, curativo, 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.” (P7)

As falas acima 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, e demais serviços oferecidos.

Nesse sentido,

“Parte-se do pressuposto de que a integralidade fundamenta-se na compreensão abrangente das necessidade 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 (trabalho) realizada pelos residentes, tem-se a seguinte fala:

“Eu entendo por integralidade o atendimento pro paciente considerando os diversos aspectos que compõem esse paciente, não só a saúde em si, mas os outros contextos que ele está inserido. Os contextos sociais e o contexto de saúde geral, não só a parte que a gente é especializado. 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.” (P9)

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 vários fatores que intervêm nela. E assim “não fragmentar os usuários enquanto partes de um corpo ou desvinculados do seu contexto sócio-econômico-cultural” (ASSUMPÇÃO; MIOTO, 2009, p. 6).

Assumpção e Miotto (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 (ASSUMPÇÃO; MIOTO, 2009, p. 6).

Dessa maneira, é possível identificar que os sujeitos 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 (tanto preceptores como não preceptores), que em suas práticas diárias não conseguem identificar essas ações de um cuidado integral à saúde.

A precarização da realidade do trabalho frente ao aumento incontrolável de demandas dentro da política de saúde e a realidade de não contratação de novos profissionais, traz para o cotidiano processos que limitam a relação daquilo que poderia ser efetivado na assistência em saúde bem como para o processo de formação. Além disso, é necessário problematizar o quanto a instituição possibilita que este profissional, preceptor ou não, 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 sujeitos, 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 sujeitos 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 tem 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 sujeitos 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 abaixo:

“eu acho que em relação a isso de Políticas Públicas, princípios do SUS, a própria questão da Política de Humanização dentro de um hospital como o nosso, eu acho que isso talvez seja algo que os residentes multi contribuem muito. Porque eles vem com este olhar e eu acho que isso se ampliou aqui no hospital desde que a residência multi iniciou” (P10)

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 hospital em estudo, tal política é estudada em uma disciplina do eixo transversal⁷ da RMS, o que representaria uma potencialidade para que ela seja estudada, reconhecida e adotada nas ações realizadas pelos trabalhadores da área da pediatria. Porém, a disciplina é oferecida apenas para os

⁷ Eixo transversal são as aulas que abrangem todos os residentes multiprofissionais do hospital.

residentes e não é divulgada entre os profissionais da instituição, ficando “a parte” da execução dos processos de trabalho.

Constata-se que a RMS possui o compromisso com todos os atores envolvidos nesse processo: residentes, preceptores, tutores, trabalhadores da instituição bem como com os usuários. E 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).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa permitiu a identificação de uma maior compreensão do Programa da RMS como um espaço de formação em serviço entre os profissionais não preceptores do que os profissionais preceptores. Tal constatação nos remete a necessidade de uma problematização que abrange a conjuntura política, econômica e social atual, que interferem diretamente no trabalho realizado dentro da instituição.

Além disso, a importância do trabalho desenvolvido pelos residentes foi unânime entre os sujeitos entrevistados, e foi diretamente relacionado com o desenvolvimento de ações interdisciplinares visando o cuidado integral do paciente e sua família. O que nos mostra como a RMS tem o potencial de qualificar a assistência e problematizar as práticas profissionais instauradas nos locais em que está inserida.

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 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 demonstram que é necessário o movimento para efetivar a 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 o benefício do usuário do sistema.

Assim, 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, como o trabalho dos residentes é compreendido pelos profissionais, é fruto de uma conjuntura e de um sistema que vem desgastando os profissionais 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 no trabalho 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 que a Residência como processo de resistência para a efetivação da política pública universal é um dos caminhos profícuos daquilo que se processa na formação dos profissionais.

Notas

^a Assistente Social Graduada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Residente do Programa Saúde da Criança do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

^b Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora e Coordenadora do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

^c Mestre em Serviço Social pela PUCRS e Assistente Social da pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, Patrícia Freitas Schemes; MIOTO, Regina Célia Tamaso. *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

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, Roseni et 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, p. 41-65, Jan/Jun. 2004.

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, Tamaría Monique Silva; COSTA, Maria Dalva Horácio da. Formação profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade 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.

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: 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente trabalho possibilitou uma maior compreensão a respeito da política de saúde, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e sobre o trabalho que é executado pelos profissionais no Programa da Saúde da Criança do hospital em estudo. Tal aprofundamento nessas questões permitiu uma maior aproximação com a problematização a respeito da legislação da RMS, bem como seu funcionamento nas instituições e das consequências na vida dos residentes.

O processo de realização da pesquisa, desde a elaboração do projeto bem como da coleta de dados, foi bastante intenso e cansativo. Por diversos momentos pensei “em largar tudo” frente ao cansaço físico e mental.

Porém, trabalhar na pediatria e no núcleo de Serviço Social oportunizou um crescimento pessoal e profissional imensurável. Foi um privilégio conviver e me aproximar de pessoas que me ensinaram diariamente sobre um trabalho humano, sobre cuidado e afeto. Além disso, as expressões da questão social que foram identificadas, os desafios, as relações profissionais e as indignações marcaram essa trajetória.

A atual conjuntura política contribuiu (e muito) para o desespero de terminar a residência e encarar o desemprego, bem como contribuiu para reafirmar a posição na defesa intransigente dos direitos humanos e das políticas sociais.

O tema pesquisado se tornou uma grande reflexão sobre todo esse processo, e fez compreender àqueles que estão “do outro lado”: os preceptores, tutores, coordenadores, chefes de serviços e chefes das equipes. É necessária essa “lente de aumento” para identificar a totalidade em que estamos inseridos para compreender os movimentos da sociedade e de como isso afeta o trabalho diário.

Assim, é imprescindível ressaltar que a busca pelo aprimoramento e pela qualificação do Programa de Residência no HCPA, dos preceptores e tutores está ganhando destaque nas prioridades e nas ações da atual coordenação. A participação da coordenadora, vice-coordenadora e alguns preceptores no VIII Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS), realizado em Setembro de 2018 na cidade do Rio de Janeiro, demonstra essa

busca pela qualificação do programa de residência multiprofissional. Na ocasião, foi discutida a trajetória de 30 anos do SUS, o histórico e o futuro dos programas de residência com a presença de representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, representantes dos Fóruns de Coordenadores, Tutores, Preceptores e Residentes, e estudiosos da área. E também na organização e ampla participação no I Seminário de Preceptores e Tutores do Rio Grande do Sul, realizado, também em Setembro do corrente ano, na Unisinos, Campus Porto Alegre.

Como problematizações finais, aponto as seguintes reflexões sobre a trajetória da residência:

- A obrigatoriedade das 60h semanais: mesmo entendendo que está na legislação e que é um regime de dedicação exclusiva, não justifica o rígido controle por parte dos coordenadores de programa e preceptores. Tal controle contribui para um esgotamento mental e físico e prejudica o trabalho dos residentes. Será que, permanecendo 60h semanais dentro do HCPA, nosso trabalho é, de fato, qualificado? Qual a qualidade da minha atividade assistencial na 11^a hora do meu dia? Ou no 5^o dia da semana? Ou no plantão do final de semana?
- Dentro das 60h semanais, 20% é dedicado às atividades teórico-práticas, assim 48 horas são destinadas à assistência. Como que o papel dos residentes não será de substituição de força de trabalho se estes ficam na assistência por mais tempo do que os profissionais contratados, que permanecem apenas 30h ou 40h semanais?
- Que condições de trabalho são oferecidas para os residentes que permanecem dois anos “residindo” dentro do HCPA? O local de descanso foi adquirido apenas em Outubro de 2018 - o que para o R2 significa apenas 5 meses de um local para poder - realmente- descansar no intervalo.
- Levantar a discussão sobre a saúde mental dos residentes é URGENTE! Quantos residentes iniciam acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico combinado com uso de medicação para ansiedade e depressão no período da residência? Percebe-se que esse é um fenômeno crescente entre o grupo de residentes, e os preceptores estão, cada vez mais, percebendo isso.

- Conforme outros programas de residência de outros hospitais, propor junto à coordenação a liberação de duas (2) horas semanais para acompanhamento psicológico/psiquiátrico. Trabalhar em um hospital terciário do SUS, presenciando doenças graves e óbitos frequentes, junto com a carga horária elevada e a necessidade de elaboração de um Trabalho de Conclusão de Residência, faz com que o residente seja sobrecarregado mental e fisicamente.
- Repensar (se possível) em como os cargos de preceptores são preenchido, visto que alguns profissionais não gostariam de assumir tal posto, o que está diretamente relacionado à qualidade da formação que o residente receberá nesses dois anos de residência.
- Reconhecer o trabalho dos tutores Dolores, Luís, Alzira, Vera e Débora na busca incansável por uma formação de qualidade.
- Reconhecer o esforço exaustivo da coordenadora Gabriela e da secretária Janaína em atender (quase) todas nossas demandas e reivindicações.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

Eduardo Galeano

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Presses Universitaires de France. Capa de Edições 70. 2011

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. 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.

BASSO, Kárin Ferro. *Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: iniciando a jornada*. Porto Alegre: UFRGD, 2010. 37 f. Trabalho de Conclusão – Programa de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2010.

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. *Para entender o Controle Social na Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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, Roseni et 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, p. 41-65, Jan/Jun. 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de Saúde como Conceito

Estruturante da Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

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

CNS. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012*. Brasília, 2012.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016*. Brasília, 2016.

GUIZARDI, Francini; et AL. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, Roseni et AL. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

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.

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.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. In: *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n.7, abril 2017, p. 01-12.

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

Ministério da Saúde. 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. 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.

PAIM, Jairnilson, et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.* Publicado online em 9 de maio de 2011. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf. Acesso em 07 de outubro de 2017.

PONTES, Ana Lucia; JUNIOR, Aluisio; PINHEIRO, Roseni. Ensino da saúde e a rede de cuidados nas experiências de ensino aprendizagem. 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.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Sr (a), você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **A Residência Multiprofissional como estratégia para o cuidado integral da saúde da criança: considerações acerca do trabalho dos Residentes Multiprofissionais.** Esta pesquisa tem por objetivo analisar a contribuição do trabalho dos residentes multiprofissionais do programa da saúde da criança 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).

Se você aceitar participar da pesquisa, o procedimento envolvido em sua participação será responder a uma entrevista semi-estruturada composta por **8 (oito) perguntas** sobre o trabalho executado pelos residentes multiprofissionais no programa da saúde da criança, sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, sobre o programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e sobre o conceito de integralidade. Para o registro, utilizaremos gravação de áudio da entrevista. A entrevista será realizada na sala do Serviço Social do 10º andar (1030) ou na sala de reuniões 1026 do HCPA e terá duração de aproximadamente 40 minutos. Os profissionais serão acompanhados pelos pesquisadores até o local da entrevista, no próprio horário de trabalho, sendo previamente combinada com sua chefia esta disponibilidade.

Não são reconhecidos riscos pela participação na pesquisa, no entanto podem ocorrer desconfortos relacionados ao tempo destinado à participação e às perguntas da entrevista, sendo ainda possível interromper a qualquer momento a entrevista. Sua participação não lhe traz nenhum benefício. A realização da pesquisa contribuirá para o aumento do conhecimento do acerca do assunto estudado que se trata sobre o trabalho desenvolvido pelos residentes multiprofissionais do programa da saúde da criança no cuidado integral ao paciente pediátrico.

Esclarecemos que sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo que você possui na instituição. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof.^a Dr.^a Vanessa Maria Panozzo Brandão (UFRGS) pelo telefone 3359.5700 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359.7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Local e Data

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Identificação

- 1) Idade:
- 2) Sexo: F () M ()
- 3) Formação:
- 4) Ano de conclusão da graduação:
- 5) Fez residência? Se sim, qual ano da conclusão? Onde realizou?
- 6) Há quanto tempo trabalha no HCPA?
- 7) Há quanto tempo trabalha na pediatria?
- 8) Há quanto tempo tem contato com os residentes multiprofissionais?
- 9) Preceptor: Sim () Não ()

Perguntas:

1. Qual sua compreensão a respeito do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde?
2. Em termos da sua inserção no Programa da Residência, como você avalia o trabalho dos residentes multiprofissionais no programa da saúde da criança?
3. Você percebe a relação do trabalho dos residentes como os princípios de diretrizes do SUS? Quais deles?
4. O que você entende por integralidade?
5. Qual a importância deste conceito para o trabalho no programa da saúde da criança?
6. Qual a importância deste conceito no trabalho dos residentes multiprofissionais do programa da saúde da criança?
7. Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança? O que você pensa da Política? Destaca algum conceito/ conteúdo dela?
8. Você percebe que existe a relação da PNAISC com o trabalho dos residentes?

ANEXO B

INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO DE TRABALHO

REVISTA TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE - FIOCRUZ

(<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=InstrAutor&idioma=1>)

Instruções aos autores

Escopo

Trabalho, Educação e Saúde publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados à educação profissional em saúde.

Política Editorial

A política editorial da revista consiste em discutir a área da educação profissional em saúde sob a ótica da organização do mundo do trabalho, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar.

Não há cobrança de taxas de submissão de manuscritos, nem de publicação de artigos.

Cabe a todo pesquisador observar e zelar pela integridade ética em pesquisa. Pesquisas que envolvam seres humanos devem obrigatoriamente ter seguido os preceitos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e sido aprovadas por comitês de ética em pesquisa. Essa aprovação deve ser mencionada no corpo do texto, na seção sobre a metodologia empregada, incluindo o nome do comitê institucional, o número do processo e a data de aprovação. A *Trabalho, Educação e Saúde* é afiliada e segue orientações do Committee on Publication Ethics (COPE - <http://publicationethics.org>).

Segundo o International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE), o conceito de autoria baseia-se na contribuição substancial de cada pessoa listada como autor no que se refere a: concepção do projeto de pesquisa; análise e interpretação dos dados; redação e revisão crítica; e concordar em ser responsável por todos os aspectos do trabalho ao assegurar que questões relacionadas à acurácia e integridade de quaisquer partes do trabalho sejam propriamente investigadas e resolvidas. Não se justifica a inclusão como autores de pessoas cuja contribuição não se enquadre nesses critérios; essas podem ser mencionadas nos Agradecimentos, juntamente com a breve descrição da colaboração ao artigo.

Os manuscritos devem ser submetidos pelo sistema de avaliação online da Revista, disponível na página: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>. Primeiramente, o autor principal deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto.

Antes de submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação. Para informações adicionais, consultar os editores: revtes.epsjv@fiocruz.br

Trabalho, Educação e Saúde adota o sistema Turnitin para identificar plágio.

Trabalho, Educação e Saúde permite a publicação simultânea em sistemas de autoarquivamento ou repositórios institucionais, aplicando-se no que couber o disposto na Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fundação Oswaldo Cruz, instituição mantenedora do periódico científico <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/portaria_-_politica_de_acesso_aberto_ao_conhecimento_na_fiocruz.pdf>.

Forma e preparação de manuscritos

A revista publica contribuições inéditas nas seguintes seções:

Ensaio A convite da editoria. Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo.

Artigo Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Revisão Artigos de revisão devem apresentar análises críticas, sistematizadas e metodologicamente consistentes da literatura científica sobre um tema prioritário para o periódico. Deverão explicitar objetivos, fontes pesquisadas, a aplicações dos critérios de inclusão e exclusão. Tamanho: 4.000 a 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas Crítica de livro relacionado aos programas de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Esta contribuição deve ser enviada para o email da revista (revtes.fiocruz@fiocruz.br). Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaio devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em

corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao programa temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula

após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo

AROUCA, Antônio S. Quanto vale a saúde dos trabalhadores. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 243-265, dez. 1995-mar. 1996.

SPINK, Mary J. P. et al. A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B.. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 253fl. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O programa científico. In: ORTIZ, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Resumo de congressos

LAURELL, Asa C. O Estado e a garantia do direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. 1 CD-ROM.

Dados fornecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Relatórios final ou de atividades

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final das atividades*. Rio de Janeiro:

Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

Jornal

- a. Sem indicação de autoria: O GLOBO. Fórum de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.
- b. Com autoria: TOURAINE, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

- a. Texto em periódico eletrônico: AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entr evista.pdf>. Acesso em: 7 out. 2013.
- b. Texto em jornal eletrônico: NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, Seção Cotidiano, São Paulo, 19 set. 2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2013.
- c. Texto disponível (fora de revista ou jornal): Disponível em: BRASIL. Ministério da Educação. Portal Educação. *Educação profissional*: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico - área Saúde. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2013.

Copidesque

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

A responsabilidade pela revisão profissional de idioma é dos autores, a ser realizada por profissional dentre uma lista de revisores habilitados pela revista. A tradução para outro idioma é opcional.

Processo de Avaliação

A primeira etapa de avaliação é realizada pelas editoras, que julgam a adequação temática e científico-metodológica, considerando o projeto editorial do periódico; esta etapa pode demorar de um até dez dias. Uma vez aceito nesta primeira fase, o texto passará pela avaliação por pares duplo cego (double blind peer review). Nesta fase, as editoras escolhem no mínimo dois pesquisadores de áreas correlatas ao tema para avaliar o manuscrito

(pareceristas ad-hoc); os pareceristas têm até 20 dias para enviar o parecer. Depois de expirado o prazo de envio, enviamos até três lembretes, e se ainda não tivermos resposta, convidamos outro parecerista indicado pela editora. Os pareceres podem indicar uma das quatro opções:

- a) publicação na presente forma
- b) publicação condicionada à realização de pequenas alterações
- c) publicação condicionada à realização de importantes alterações
- d) não deve ser publicado neste periódico

No caso de divergência entre os pareceres, é solicitado um terceiro parecer para a decisão da Editoria, também com o prazo de 20 dias. Manuscritos que recebem a indicação de “importantes alterações” devem vir acompanhados, na versão reformulada, de uma carta resposta para cada recomendação dos pareceres e o tratamento que foi dado a elas pelos autores, em especial atenção as que não foram incorporadas. Cada parecer deve ser comentado separadamente.