



PSICOLOGIA E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: COMO SÃO PERCEBIDAS PELOS TRABALHADORES?

PSYCHOLOGY AND MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HEALTH: HOW ARE IT PERCEIVED BY WORKERS?

Elise Julia Sehn¹
Pamela de Freitas Machado²
Bruna Lopes Martins³

RESUMO: A Residência Multiprofissional é uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, voltada para os princípios éticos e políticos do SUS. Em 2017, o município de Lajeado/RS teve sua primeira experiência com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). Este trabalho teve o objetivo de investigar as percepções dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde acerca do PRMSF, especialmente no que tange a inserção da Psicologia nesse contexto. Para tanto, foram realizadas 7 entrevistas semiestruturadas, com trabalhadores de quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde foram alocadas as primeiras residentes do programa. A análise do discurso, de perspectiva francesa, foi utilizada enquanto ferramenta para análise dos resultados deste estudo de campo. Os discursos dos trabalhadores revelaram desconhecimento inicial acerca da proposta do programa, bem como do lugar do psicólogo no mesmo, e apontaram para a construção conjunta de estratégias de cuidado e intervenção ao longo do percurso da residência. Essa construção indica que, para além do lugar da clínica tradicional, como se percebia inicialmente pelos trabalhadores, a Psicologia pôde produzir uma ampla gama de ações em promoção, prevenção e educação em saúde, seja em ações individuais ou coletivas, contribuindo para os processos de atenção integral à saúde da população e das equipes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Recursos humanos em Saúde; Internato e Residência; Psicologia.

ABSTRACT: The Multiprofessional Residence is a strategy of Permanent Education in Health, focused on the ethical and political principles of SUS. In 2017, the municipality of Lajeado / RS had its first experience with the Multiprofessional Residency Program in Family Health (PRMSF). This study aimed to investigate the perceptions of Primary Health Care workers about the PRMSF, especially with regard to the insertion of Psychology in this context. To this end, 7 semi-structured interviews were conducted with workers from four Family Health Strategies (FHS), where the first residents of the program were allocated. Discourse analysis, from a French perspective, was used as a tool for analyzing the results of this field study. The workers' speeches revealed an initial lack of knowledge about the program's proposal, as well as the psychologist's place in it, and pointed to the joint construction of care and intervention strategies along the course of the residency. This construction indicates that, in addition to the place of the traditional clinic, as initially perceived by workers, Psychology was able to produce a wide range of actions in health promotion, prevention and education, whether in individual or collective actions, contributing to the processes of comprehensive health care for the population and teams.

KEYWORDS: Family Health; Primary Health Care; Health Manpower; Internship and Residency; Psychology.

1 INTRODUÇÃO

¹ Psicóloga pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC (Santa Cruz do Sul - RS). Pós-graduada em Saúde da Família, através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade do Vale do Taquari - Univates (Lajeado - RS). E-mail: elisejohn@hotmail.com.

² Psicóloga pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC (Santa Cruz do Sul - RS). Formação em Terapia Cognitivo Comportamental e Terapia dos Esquemas - Núcleo (Lajeado - RS). Atuou como preceptora na Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Universidade do Vale do Taquari - Univates (Lajeado - RS). E-mail: brunalmartinspsi@gmail.com.

³ Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS (Porto Alegre - RS). Psicóloga e Mestre em Psicologia pela mesma Universidade. Docente do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Taquari - Univates (Lajeado - RS). Atuou como docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da mesma Universidade. E-mail: pamelafmachado@gmail.com.

Desde o seu princípio, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem se articulado com o campo da Saúde Coletiva. Assim, desde 1990, quando surge o SUS no Brasil, têm-se buscado alternativas ao modelo biomédico de atenção à saúde, sendo a implementação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) um dos dispositivos para alcançar o objetivo da atenção integral à saúde.

Criados em 1976, enquanto pós-graduação *lato sensu*, esses programas surgem com o foco principal de proporcionar aos profissionais de saúde uma atuação multiprofissional e intersetorial, em formação ética e política para o SUS (NETO; SILVA, 2014; ZANELATTO, 2018). A RMS, desta forma, “carrega em sua história antigas bandeiras de lutas pelas construções dos modelos assistenciais e práticas em saúde que deem conta das transformações colocadas pela Reforma Sanitária, instituição do SUS e movimento da Saúde Coletiva” (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p. 105).

Um dos possíveis cenários de prática para os programas de residência é a Atenção Básica (AB) à Saúde, termo utilizado no Brasil para se referir à Atenção Primária à Saúde. A AB se caracteriza, de acordo com os preceitos do SUS, como responsável pela promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, através de ações de saúde individuais e coletivas, realizadas por equipe multiprofissional. Seu principal objetivo é desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. (BRASIL, 1990). Desenvolvida com alto grau de descentralização, no local mais próximo da vida das pessoas - o território, a AB deve ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

A Psicologia, no entanto, é uma área inserida mais recentemente no campo da saúde e nos programas de residência. Atualmente, ainda não constitui as equipes de AB no Brasil, sendo que seu trabalho junto deste nível da atenção se concretiza, na maioria das vezes, através do trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF, criados em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e os escopos da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, são constituídos por equipes multiprofissionais, que dão apoio técnico-pedagógico às equipes de AB (BRASIL, 2013). No entanto, há muitos municípios que não contam com este serviço, como é o caso de Lajeado, o que gera uma série de desafios para os profissionais psicólogos inseridos na rede através dos programas de residência.

Assim, considerando que a Psicologia não compõe as equipes de AB, além do município não possuir um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), surgiram alguns questionamentos, tais como: O que faz o profissional psicólogo no nível da AB? E a prática do psicó-

logo residente, se aproxima/distancia desse fazer? Como os trabalhadores das equipes percebem a inserção da residência e, especialmente, da Psicologia no município?

Estas inquietações, acompanhadas da necessidade de avaliações sistemáticas sobre práticas e propostas inovadoras, como é o caso do referido programa, acabam por dar forma ao presente estudo, que buscou dar voz aos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde de Lajeado/RS, investigando as suas percepções sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) no município. Dessa forma, cabe pensar na própria pesquisa enquanto um dispositivo teórico-prático de Educação Permanente em Saúde, onde conhecimentos e tensionamentos são produzidos em serviço, neste território vivo que permite tantas experimentações (CECCIM, 2005).

1.1 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF): breve contextualização

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) resultou de uma parceria entre a Universidade do Vale do Taquari - Univates, e a prefeitura municipal de Lajeado/RS. Iniciou suas atividades no ano de 2017, contando com oito residentes, das áreas da Psicologia, Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem, com atividades sendo desenvolvidas nos níveis de Assistência, Gestão e Vigilância em Saúde.

O PRMSF tem duração de 24 meses, com uma carga horária total de 5.760 horas, sendo 1.152 horas teóricas e 4.608 horas de prática, conforme regulamentação nacional (BRASIL, 2005). O mesmo leva em consideração a preferência pelas metodologias ativas e participativas, tomando a Educação Permanente em Saúde como eixo pedagógico (UNIVATES, 2016), e demonstrando o quanto a residência pode ser considerada uma forma de resistência política em defesa da Saúde Coletiva e do SUS (BRASIL, 2006; NETO; SILVA, 2014).

As atividades práticas do PRMSF têm como principal campo de atuação as Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde as residentes cumprem a maior parte de sua carga horária de trabalho-formação. Alocadas em duplas mistas, as residentes participam das atividades cotidianas de sua ESF, além de outras ações para além deste território, como participação em eventos e feiras de saúde, controle social - Conselho Municipal de Saúde e Conferências, Comitê Municipal de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, e eventos formativos diversos. Além disso, o projeto político-pedagógico do PRMSF também abarca momentos de aulas teóricas com os professores da universidade, além dos seminários - espaços de discussão cole-

tiva entre todos os personagens que compõem o programa, como residentes, preceptores, tutores e demais trabalhadores da rede de saúde do município.

Sobre o principal cenário de prática desta residência, qual seja a Estratégia de Saúde da Família, cabe ressaltar que esta consiste em uma das ferramentas prioritárias de reorganização da Atenção Básica no Brasil. Consolidada em 2006, através de portaria específica, a ESF busca qualificar esse nível de atenção, promovendo reorientação dos processos de trabalho, voltados para os princípios do SUS. Orientadas pelo trabalho multiprofissional e humanizado, as equipes de saúde da família são capacitadas para conhecer a realidade das famílias do seu território, bem como para elaborar, com a participação da comunidade, um plano local que vise enfrentar os determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2017).

Para o funcionamento de uma ESF, a regulamentação nacional prevê uma equipe mínima, composta por profissionais da medicina, enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2017), havendo possibilidade de complementação das equipes, conforme necessidades e demandas da população. O município de Lajeado, por exemplo, possui equipe multiprofissional ampliada, contando com profissionais das áreas da Odontologia/Saúde Bucal, Nutrição, Fisioterapia e Fonoaudiologia. A Psicologia, no entanto, não constitui equipe mínima ou complementar da AB no município, sendo que a residência inova ao trazer o profissional psicólogo para este cenário.

Assim, fica cada vez mais evidente a necessidade de constantes estudos sobre a situação atual tanto dos programas de residência quanto dos processos de trabalho da AB e da própria ESF, a fim de se compreender as potencialidades e os desafios presentes nestas realidades.

A seguir, descrição do percurso metodológico adotado para realização deste estudo, que teve como ponto de partida esclarecer e refletir sobre alguns dos questionamentos anteriores.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo tem caráter qualitativo, descritivo e exploratório (MINAYO, 2004; LEOPARDI, 2002). Consiste em um estudo de campo, definido por Gil (2012) como um método passível de maior flexibilidade, que pode utilizar técnicas de observação e interrogação. Resulta de um projeto de pesquisa apresentado como tarefa integrante do PRMSF. Com o objetivo central de investigar as percepções dos trabalhadores, cotidianamente afetados e mobilizados pela presença de profissionais residentes nos seus espaços de trabalho, foram reali-

zadas entrevistas semiestruturadas. Para tanto, foram atendidos os preceitos éticos da Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016), com aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade do Vale do Taquari, sob CAAE nº 89910818.6.9999.5310.

O estudo foi realizado com profissionais de quatro Estratégias de Saúde da Família, nas quais as residentes da primeira turma do PRMSF foram inseridas. Cada unidade foi convidada a participar da pesquisa, indicando 2 profissionais (sendo um deles preceptor e outro não-preceptor), perfazendo um total de 8 sujeitos. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho, entre julho e setembro de 2018, sendo que uma delas foi excluída do processo de produção dos resultados devido à não autorização da gravação, o que impossibilitou o uso fidedigno das informações. Assim, constituem o *corpus* da pesquisa um total de 7 entrevistas. Entrevistas estas que não foram analisadas de forma individual e isolada, mas sim, em uma visão integrada, como um conjunto de discurso(s) produzidos pelos trabalhadores.

A Análise do Discurso (AD) de perspectiva francesa, fortemente atravessada pelos estudos foucaultianos, foi utilizada como ferramenta teórico-metodológica. Buscamos operar com conceitos teóricos e respostas das entrevistas, utilizando o discurso apenas enquanto ferramenta de pesquisa, e não como uma forma de produzir verdades absolutas, definir práticas certas e erradas e/ou esgotar as discussões sobre a temática, o que era totalmente refutado por Michel Foucault.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos sujeitos da pesquisa, obtivemos a constituição de um grupo heterogêneo e diversificado, do qual 3 profissionais são preceptores e 4 trabalhadores não-preceptores. A formação inclui as seguintes categorias profissionais: médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, nutricionista e agente comunitário(a) de saúde. Das áreas que compõe a residência não há, dentre os entrevistados, representantes da Psicologia e da Fisioterapia, profissionais estes que também não compõe as equipes mínimas de AB no município.

Dentre os sujeitos percebe-se um número maior de mulheres (cinco), o que vai de encontro ao perfil nacional de trabalhadores da saúde, que são majoritariamente mulheres (WERMELINGER, 2010). O tempo médio de trabalho na unidade onde estão alocados atualmente gira em torno de 6,3 anos e nenhum dos profissionais entrevistados tem formação em Residência Multiprofissional em Saúde.

A seguir, iniciaremos as discussões apontando as produções discursivas acerca da residência, da forma como é visualizada e falada pelos trabalhadores da Atenção Básica.

3.1 Residência Multiprofissional em Saúde: Processo formativo ética e politicamente voltado para o SUS ou mão-de-obra barata para o trabalho em Saúde?

Inicialmente, percebe-se a Residência como geradora de um certo estranhamento – das residentes e do próprio programa. Nas entrevistas, diversos profissionais falam sobre o desconhecimento que tinham em relação a essa modalidade de formação. Alguns dos entrevistados referem já ter lido/ouvido falar sobre a residência médica, ou apenas de forma superficial sobre as residências multiprofissionais. Uma trabalhadora refere que *“a gente sabia que era um profissional formado que tava fazendo um trabalho já, mas pra conclusão do seu estudo, né. Mas [...] pelo que eu tinha mais escutado falar, era em hospitais, não na Saúde Pública”* (Trabalhadora 2).

Da mesma forma, não se tinha uma visão clara sobre quais seriam as funções ou lugar(es) ocupados por esses profissionais em formação, conforme evidencia a seguinte fala:

tinha gente que confundia a residência com estágio. Porque são pessoas jovens, que estão vindo com uniforme da Univates, foi bem confundido por uns. [...] Mas não era nada falta de respeito, era só que não tinha um entendimento de qual era o trabalho deles (Trabalhadora 1).

No decorrer da Residência, no entanto, esse personagem residente foi se tornando mais conhecido, ocupando outros espaços e sendo incluído pelas equipes enquanto um trabalhador, um colega. *“Trabalha junto, é alguém da equipe. Porque tem a mesma formação, mesmo que em diferentes áreas, mas está capacitado e vai ter uma experiência muito maior”* (Preceptora 2). Aponta-se para a Residência enquanto um espaço privilegiado de trabalho-formação, por permitir a experimentação em diferentes espaços, serviços e setores.

Além disso, o residente foi visualizado como um profissional que qualifica a atenção ao usuário, contribuindo com a equipe e com a população:

Quando uma rede básica tem uma atenção multiprofissional, estamos falando de um atendimento de excelência. E a Residência aqui na unidade foi muito boa, porque a gente ganhou em experiência, ganhou um atendimento a mais. (Trabalhador 3).

Esse discurso, no entanto, também chama a atenção para uma situação complexa e delicada que a sociedade, inclusive o setor da saúde, tem experimentado nos últimos anos, qual

seja a precarização das relações de trabalho. Houve um aumento da cobertura de Estratégias de Saúde da Família no Brasil, fator que, associado à flexibilização e terceirização cada vez mais ampla das relações de trabalho, contribui para o vislumbre dos programas de residência como forma de aquisição de mão-de-obra qualificada e barata, marcada pela precarização, que acaba sendo invisibilizada nesse contexto.

Essa precarização, então, se esconde sob os véus do processo formativo, conforme evidencia Santos (2018). Ela afirma que, em se tratando da RMS,

as pautas sempre debatidas e defendidas nestes espaços se davam no âmbito do processo formativo, sob a justificativa de que se trata de um processo intensivo de formação considerado “padrão ouro” pelos ministérios envolvidos (Ministério da educação/saúde). Ao contrário dessa perspectiva, os profissionais residentes denunciavam o não cumprimento por muitos programas da carga horária teórica, a falta de infraestrutura nos espaços de aprendizagem, as fragmentações existentes entre a teoria e a prática. Destacavam ainda que o processo crítico e reflexivo do aprendizado não acontecia, sendo o mais comum a reprodução das atividades já existentes. (SANTOS, 2018, p. 18).

Nas entrevistas surgem algumas falas que corroboram esse discurso, colocando a RMSF como uma forma de aquisição de mão-de-obra barata e qualificada, também no contexto da pesquisa.

Não se pensava muito em construir nada, em mudanças. É aquela visão bem crua, assim, vai vir mais alguém aqui trabalhar com a gente. É essa visão que se tem, que eu tinha de um residente. (Preceptora 1).

Porque vocês tem um registro de profissional, tem tudo. E eu acredito que todas as unidades estão deixando [realizar ações e atividades], até porque na nossa atual falta de mão-de-obra tem que aproveitar tudo que aparece, né? (Preceptora 2).

Fica evidente, assim, o atravessamento dos discursos do capital e da produtividade no trabalho em saúde, inclusive nos programas de residência, que surgem com o propósito de constituírem-se como movimentos de formação e resistência pelo SUS e pela Saúde Coletiva. Esses discursos vão ao encontro de Ferreira Neto (2011), quando afirma que é possível pensar na constituição de um “sujeito empresarial”, onde o homem é o empresário de si mesmo, e as despesas com a formação, por exemplo, seriam vistas como um investimento em seu capital humano.

Se constitui, dessa forma, determinado modo de subjetivação, ou determinada ética do cuidado de si (FOUCAULT, 2004), atravessada por diversos discursos e práticas que circulam no campo do trabalho em saúde na atualidade. Assim, há discursos que atravessam o trabalho, como o da precarização, que não deixam, por sua vez, de atravessar os modos de fazer da re-

sidência multiprofissional, constituindo o(s) modo(s) como se percebe um profissional residente.

Adiante, será problematizado como esses (e outros) discursos atravessam e são atravessados pelas práticas de cuidado à saúde no nível da Atenção Básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, contexto deste estudo.

3.2 Estratégia de Saúde da Família: Sobre cotidianos, práticas e (possíveis) rupturas produzidas pela Residência

[A Residência] na Atenção Básica e as áreas são muito legais. São fundamentais na Atenção Primária porque fornecem uma atenção integral ao paciente. [...] O psicólogo mantendo a Saúde Mental boa. A Enfermagem passa dicas, passa conselhos terapêuticos. A Nutrição hoje tem uma das doenças do século XXI, que é a obesidade [...] E a Fisioterapia, quando as pessoas já tem algum tipo de doença, que precise ser reabilitada. (Trabalhador 3).

O recorte acima demonstra o quanto, no jogo de forças que compõem o campo da saúde, há diversos paradigmas e discursos que se cruzam, se atravessam, se complementam. O trabalhador fala sobre o quanto a residência produz rupturas, no sentido de ser inserida no contexto da Atenção Básica e de introduzir profissionais de diversos campos e áreas de formação, constituindo equipes multiprofissionais, qual seja um dos princípios do SUS para o alcance de um cuidado integral e humanizado.

No entanto, também demonstra o quanto esse tensionamento é frágil, na medida em que ainda se compreendem os saberes de forma isolada e fragmentada. Resultado de uma organização histórica do cuidado, visto que “durante praticamente todo o século XX o hospital e seu quadro médico ocupou posição central na organização dos sistemas de saúde de praticamente todos os países do Ocidente. Falar de sistema de saúde restringia-se, quase sempre, a discutir como organizar médicos e hospitais” (COELHO, 2013, p.103).

Os discursos da fragmentação e do modelo biomédico, ainda são, dessa forma, importantes forças que atravessam as práticas em saúde nas Estratégias de Saúde da Família. Percebemos nas entrevistas a manutenção de uma clínica tradicional, marcada por processos de trabalho individualizantes e curativistas, voltados para atendimentos/consultas individuais e procedimentos, focados ainda na doença. Quando questionados sobre a rotina de trabalho na ESF, os trabalhadores apontam que:

A gente tem consultas agendadas pra atender as doenças crônicas não-transmissíveis, hipertensos, diabéticos e algumas queixas que chegam

de emergência, alguma gripe, alguma doença diarreica aguda. E também temos um tempo dedicado a fazer visitas domiciliares, [para] aqueles pacientes que não conseguem vir até a unidade de saúde, que são idosos, acamados, ou aqueles que ganham alta do hospital. (Trabalhador 3).

Fica evidente que há muitos desafios a serem enfrentados para que seja possível construir outras formas de cuidado em saúde, especialmente no que tange ações multi e interdisciplinares. Bem como a qualificação da própria Estratégia de Saúde da Família, que “apesar de figurar como prioridade no discurso oficial, quando se examinam as ações concretas desenvolvidas verifica-se que há financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para a formação de especialistas” (CAMPOS, 2013, p. 144).

As entrevistas realizadas corroboram, apontando para uma série de dificuldades estruturais, financeiras e de organização dos processos de trabalho. O que tende a se agravar considerando o atual contexto político-econômico no país, marcado por projetos de reformas (como a trabalhista, previdenciária e da Atenção Básica), que podem colocar em risco as políticas públicas construídas até então.

Mas, pensando nesse campo de forças que compõem o contexto do trabalho em saúde, e lembrando dos escritos de Michel Foucault sobre as relações de poder, é possível observar que ele não está vinculado a uma instituição ou a um sujeito. O poder não *está* em determinada coisa ou lugar. Ele circula, se movimenta, dependendo das práticas discursivas estabelecidas em determinado contexto social, cultural e histórico. O poder não é unidirecional (FOUCAULT, 2006). Então, movimentos de resistência e de luta pelo SUS podem advir de diversos pontos, evitando desmontes e contribuindo para a manutenção e melhoria de práticas existentes, bem como para o tensionamento destas e ruptura com paradigmas vigentes.

Dentre os movimentos de resistência poderíamos citar a própria Residência Multiprofissional em Saúde. A implementação da residência em Lajeado provoca alguns tensionamentos, especialmente no que tange o trabalho em equipe multidisciplinar, as trocas de experiências e as desconfortos cotidianas, conforme evidenciam as seguintes percepções:

Vocês [...] chegaram meio que desestruturando, mexendo um pouco no comum, pra que a gente consiga trabalhar mais em conjunto, mais em equipe, que isso é uma coisa que muitas vezes não acontece. (Preceptora 1).

Acrescentou pra mim como profissional, por ter essa troca de experiência, porque como te falei, são pessoas com uma visão diferente, que vão te tirar da mesmice, vão te acrescentar alguma coisa, não só atendimento ao público ao geral, vai acrescentar à equipe, pra equipe tá mais preparada. (Trabalhador 4).

Produzir um desconforto, uma desacomodação, aparenta ser uma das potências da inserção das residentes nas unidades de saúde. E estes são movimentos necessários para a construção de novas possibilidades, novos sentidos e novas formas de cuidar. Cuidado este que perpassa diretrizes como o acolhimento, um dos princípios fundamentais da humanização da saúde. O acolhimento é apontado pelos trabalhadores como uma das dificuldades nas unidades, sendo que em diversos momentos as profissionais residentes aparecem nos discursos como as mobilizadoras de reflexões e tensionamentos sobre o mesmo na prática. Por exemplo:

Uma das coisas é as meninas [residentes] perceber[em] que mesmo a escuta que a gente faz no balcão, que não é dentro da salinha, é um acolhimento, é acolher. Isso fez toda a equipe perceber que todos faziam e eles não percebiam antes. E isso se mudou com as meninas né (Preceptora 3).

O enunciado acima ilustra um acolhimento enquanto postura, conforme definido pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), pautado basicamente na escuta legítima das necessidades singulares de cada sujeito. E, para além da escuta dos usuários, as entrevistadas também apontam que as residentes acabam por produzir espaços de escuta e cuidado dos trabalhadores:

Uma coisa que tenho gostado muito na atenção, como parte da Residência [...] a preocupação com a Saúde do Trabalhador. [...] É muito legal porque se a gente não se cuida, como vai cuidar de alguém? (Trabalhador 3).

Deu mais sentido no nosso trabalho, motivou mais, porque antes a gente ficava sempre na nossa rotina, e às vezes elas inventam coisas novas, então eu acho que melhorou bastante (Trabalhadora 1).

Refletir e propor ações voltadas para a Saúde do Trabalhador (ST) também foi apontado, então, como uma das práticas inovadoras propiciadas pela RMSF. Atualmente muitos estudos vêm sendo realizados, falando sobre essa necessidade. Porém, institucionalizar a ST no SUS ainda é um desafio, já que as estratégias adotadas são frequentemente pontuais e específicas, não se estendendo enquanto uma proposta de cuidado linear e contínuo (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Ainda pensando no acolhimento-postura, ele também pode ser efetivado nas ações de saúde coletiva. Em diversas entrevistas a realização e/ou a reestruturação dos grupos/atividades coletivas que aconteciam nas unidades foram apontados como práticas diferenciais, propostas e/ou fortalecidas pelas residentes.

Já teve grupos, [...]mas era sempre eu. Eu nunca tive construção com outros colegas. E aí no momento em que se inseriram as residentes os grupos também começaram a mudar. (Preceptora 1).

As pessoas vão sabendo que ali, *bá, posso expor o que eu tô sentindo*. E às vezes a pessoa precisa, porque a gente tem pessoas que ficam só em casa e não tem com quem conversar, não tem com quem se abrir. E a gente viu que desde que elas [residentes] tem participado, o grupo aumentou, [...] o pessoal tá se animando mais. (Trabalhadora 1).

Importante lembrar que as ações coletivas são tecnologias que permitem espaços de trocas e compartilhamento de angústias, sofrimentos e também de recursos pessoais de enfrentamento dos problemas cotidianos. Estimular espaços como estes, além de uma forma de cuidado, também pode ser tomado como uma ação política em prol dos sujeitos e das coletividades. Criar espaços de fala e escuta pode constituir importante ferramenta de cuidado e fortalecimento de autonomia e autogestão dos coletivos, permitindo que eles falem por si próprios. Como afirma Foucault (2003), é essencial transformar a experiência pessoal em um saber político e coletivo capaz de promover mudanças.

Enquanto profissionais da saúde, então, não necessitamos ajudar as pessoas a tomar consciência, pois esta já está ali. O que precisamos é dar voz e fortalecer a autonomia dos coletivos, com ações que podem ser desenvolvidas nos grupos das Estratégias de Saúde da Família, por exemplo, ampliados e fortalecidos no município com a inserção das profissionais residentes.

Percebe-se, assim, que ampliar o olhar sobre os sujeitos e sobre a práticas tradicionais em saúde ainda é um desafio. Nas entrevistas, são citadas algumas categorias profissionais, como a Psicologia, que conseguem, segundo a perspectiva dos trabalhadores entrevistados, trabalhar mais nesse sentido, compreendendo de forma mais ampla os processos saúde-doença.

A gente tá cada vez mais indo pra uma coisa de pensar no corpo e na mente de uma outra forma. Não tratar a doença em si, tentar melhorar nossa saúde. [...] Se a gente for se olhar, olhar pra Enfermagem e pra Fisio, por exemplo, a gente trabalha com o usuário que tá acometido de uma patologia né. [...] E as outras áreas não. [Entrevistada exemplifica, trazendo a Psicologia] Só vão fazer terapia quem precisa, quem tá doente? Não, né?! A gente precisa pra vida, pra conversar, pra nos entender, pra amadurecer, pra ter respostas pras nossas angústias... E angústias precisam ser doenças? Não né!? (Preceptora 3).

E, falando especificamente da Psicologia, serão discutidas a seguir as (im)possibilidades do fazer da Psicologia no contexto do PRMSF.

3.3 A Psicologia na Residência Multiprofissional em Saúde e na Atenção Básica: possibilidades e desafios

O que a psicóloga vai fazer, atender? Mas não é só isso o objetivo, né? Como pra mim não é só o objetivo, atender... Então eu acho que vocês tiveram um pouco de dificuldade em mostrar pros colegas o que vocês poderiam desenvolver, né? (Preceptora 1)

A Psicologia ou é visita ou é atendimento em consultório, né? Claro, daria pra fazer sala de espera, grupo, mas elas tem um turno, aí tem agenda vazia. Tu tem que... ou tu faz visita, ou tu faz teu turno aqui, né? (Preceptora 2)

Iniciamos essa unidade com os recortes acima, que evidenciam o quanto a inserção da Psicologia no contexto da AB, através da Residência, causa curiosidade, inquietação e dúvidas. Isso porque é um lugar totalmente novo, onde possibilidades vão sendo descobertas e construídas ao longo do processo.

No entanto, pelo discurso das trabalhadoras, fica evidente a percepção de um profissional clínico, focado em atendimentos individuais, já que *atender* parece ser o que há de definido para o psicólogo na AB, conforme parâmetros da clínica individual tradicional. E este foi, por muitos anos, o principal lugar ocupado pelo psicólogo na sociedade. Já que é somente no final da década de 1980 que se inicia um deslocamento no âmbito tanto da atuação profissional, quanto da formação. De forma que recente e gradualmente “o psicólogo desloca-se da condição de profissional liberal, trabalhando isoladamente, para a de trabalhador social no campo das políticas públicas, em regime de contratação estatal ou via ONGs, com trabalho inserido em equipes multiprofissionais (FERREIRA NETO, 2011, p. 25).

Assim, sendo a presença do profissional psicólogo ainda recente na Saúde Pública, especialmente no nível da Atenção Básica à Saúde, há diversos desafios a serem enfrentados, como a visão deste profissional como puramente clínico e/ou como um especialista, como corrobora o seguinte excerto:

Quando eu tinha psicóloga em outros lugares que eu trabalhei [...] *ah, eu tive uma tentativa de suicídio*, o colega vai junto comigo, eu não preciso encaminhar pro colega, marcar um horário. [...] Então é bom ter. Eu acho que faz falta. Mas é da dinâmica de cada lugar né. Aqui ainda é um especialista (Preceptora 3).

A mudança de identidade desta categoria profissional, então, ainda se encontra em construção. E a RMS constitui um espaço importante para promover e fortalecer a inserção dos profissionais psicólogos na área da saúde, visualizando-os como trabalhadores sociais, que poderão trabalhar em conjunto com os demais profissionais (CEZAR, RODRIGUES, ARPINI, 2015).

Uma das contribuições principais da Psicologia no contexto da saúde é a discussão acerca da necessidade da introdução de uma escuta qualificada, para que seja atingido o cuidado integral do usuário. Escuta esta que orienta a tomada de decisões tendo por foco as necessidades dos usuários, observando inclusive suas demandas em saúde mental. E percebemos no discurso dos profissionais que a AB e algumas categorias profissionais não se sentem preparadas para trabalhar com questões relacionadas à saúde mental, reforçando que as mesmas (suicídio, luto, questões familiares, psicológicas, violências, por exemplo) caberiam ao profissional psicólogo, apenas.

A Psicologia tá preparada pra isso né? Pra atender o psicológico da pessoa. É esse o trabalho de vocês né? E a Enfermagem falta um pouquinho. Então essa coisa de não ser CAPS, tipo, não é um transtorno, é um luto, uma questão de família, né, que pode ser resolvido por uma psicóloga (Preceptora 2).

Através desta fala fica evidente a fragilidade das linhas de cuidado em saúde, especialmente no que tange a saúde mental. Os discursos e as práticas ainda aparecem fortemente fragmentados, atribuindo exclusivamente ao profissional psicólogo este cuidado. Evidencia-se a carência de profissionais psicólogos no nível da AB no município em questão, bem como a percepção que se tem deste profissional enquanto um especialista, já que não compõe a equipe mínima nem estendida, estando disponível apenas nos serviços especializados.

Outra profissional, preceptora do PRMSF, corrobora afirmando que “nós, enfermeiros, médicos, técnicos, dentistas, temos uma formação mais fechada. Pena! Acho até todo mundo deveria ter mais aulas de Psicologia ou de Saúde Mental, né, na sua formação” (Preceptora 3). Na fala, novamente fica evidente que algumas questões específicas seriam direcionadas ao profissional psicólogo, mas também se manifesta um desejo de que esse conhecimento seja ampliado, que a saúde mental também seja uma temática abordada na formação de outros profissionais, demonstrando, novamente, o quanto a troca de conhecimentos é importante. E o quanto a residência pode contribuir para esses espaços de troca e reflexão sobre o fazer do profissional da saúde.

Considerando este distanciamento entre saúde mental e Atenção Básica, se tornam urgentes discussões e problematizações com todos os membros da equipe e com a rede de saúde municipal. Afinal, são demandas e reflexões que devem fazer parte do cotidiano de todas as categorias profissionais, já que pensar a saúde integral dos sujeitos inclui, dentre vários outros aspectos, a saúde mental (BRASIL, 2013; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012). Bem como também se torna fundamental repensar o lugar da Psicologia nas equipes multiprofissionais.

No fazer do profissional psi destaca-se, então, a dimensão subjetiva do processo saúde - doença - cuidado, em um trabalho que ultrapassa os limites da clínica individual, para adentrar uma ampla gama de ações de promoção, prevenção e educação em saúde, como apoio e participação de visitas domiciliares, interconsultas com outros profissionais, grupos, dentre outras ações possíveis no contexto da Atenção Básica à Saúde (CEZAR, RODRIGUES, ARPINI, 2015).

Além disso, refletir sobre o(s) possível(eis) lugar(es) da saúde mental e da Psicologia na AB também provoca rupturas na forma como se visualiza a própria Estratégia de Saúde da Família. Pois na medida em que é assumido pelo SUS o desafio de cuidar dos usuários em seus territórios, a ESF é convidada a produzir novos modos de cuidar da vida. Sendo que “os cuidados em saúde mental representam apenas uma parte desses movimentos, uma parte significativa na medida em que atinge diretamente uma das mais intangíveis das instituições associadas à saúde: a instituição loucura” (PAULON; NEVES, 2013, p. 13).

Assim, lembramos, novamente, que um dos movimentos produzidos pela Psicologia no PRMSF foi a introdução das discussões e reflexões sobre a saúde mental na ESF e nos espaços de discussão coletiva, como os seminários de campo da residência. Considerando que a AB poderia ser um importante espaço de cuidado integral - que inclui, atravessa e é atravessado pela saúde mental, poderia ser a ESF considerada “uma das abordagens a alavancar não apenas a Reforma Sanitária, no bojo da qual foi criada, mas também este outro movimento reformista conhecido sob a ampla denominação de Reforma Psiquiátrica” (PAULON; NEVES, 2013, p. 13-14), colaborando, novamente, com o processo de reorganização das estratégias de cuidado no SUS.

Essas discussões e aproximações com a prática, no entanto, ainda necessitam de um longo percurso de implementação e institucionalização, até que se tornem, efetivamente, parte das agendas e discussões da Atenção Básica à Saúde.

No entanto, obviamente o trabalho do psicólogo neste contexto não é, de forma alguma, um trabalho isolado, necessitando de colaboração e corresponsabilização dos demais profissionais da saúde. Cabe reforçar, assim, a importância do compartilhamento de saberes e das rupturas de paradigmas, sendo que “a experiência de parceria da saúde mental e da saúde da família é uma máquina terapêutica em constante movimento, e em constante metamorfose. Francamente peripatética” (LANCETTI, 2011, p. 36).

E, em se tratando de produzir movimentos, a Psicologia também é apontada como geradora de processos de reflexão, autocrítica e mudança, que contribuem para o trabalho multidisciplinar e o cuidado integral aos usuários. Os entrevistados reforçam o quanto o papel da

Psicologia, para além do atendimento clínico individual, como era visto inicialmente, vai tomando outras (frágeis) formas a partir da inserção das residentes em suas equipes. Vão surgindo possibilidades de intervenções conjuntas com outros profissionais da equipe, trabalho com as famílias, para além do atendimento do próprio sujeito em questão, inserção em grupos que já aconteciam nas unidades, ou que foram implementados pelas próprias residentes, como afirma um entrevistado:

tenho muitos pacientes que no atendimento vem agradecer muito o trabalho da Psicologia, eu fiquei feliz, eu melhorei, eu mudei o meu jeito de pensar, mudei algo na minha vida. E isso, direta ou indiretamente influi no nosso trabalho, porque um paciente que está psicologicamente estável é um paciente que a gente ganha bastante [...] então esse trabalho é muito importante (Trabalhador 3).

O entrevistado segue falando sobre a importância da Psicologia na RMSF, como uma das áreas que reforça a importância da modalidade grupal de cuidado em saúde, afirmando que

as pessoas de determinado grupo têm uma forma de trocar entre elas, às vezes se ver representado em outra pessoa, e isso ajuda muito no tratamento não-farmacológico. Porque a gente tem visto uma cultura muito farmacológica, fármaco-dependente, então nos grupos as pessoas tendem a se desinibir, a ficarem um pouco mais felizes, fora daquele estresse da casa, da rua, do trabalho, da família (Trabalhador 3).

Dessa forma, no contexto do município em questão, faz-se possível pensar que o PRMSF, especialmente através da inserção da Psicologia, provoca questionamentos importantes acerca do campo da saúde mental na Atenção Básica. Tensionamentos estes que abrem espaços para a investigação de questões subjetivas e sociais e para um trabalho que vai além do atendimento clínico individual, reforçando um dos objetivos dos programas de Residência Multiprofissionais, qual seja propor e fortalecer alternativas ao modelo biomédico de atenção à saúde (REIS; FARO, 2016; LIMA; ZANELATTO, 2018).

Percebe-se assim que, conforme já evidenciava Foucault, as práticas psi ora funcionam como práticas disciplinares de sujeição, ora como portadoras de uma liberação e invenção de outras modalidades de subjetivação (FOUCAULT, 1999). Sendo o lugar do profissional psicólogo residente, nesse contexto, apontado pelos trabalhadores tanto como reprodutor de discursos e práticas tidos como tradicionais, quanto como produtor de rupturas e tensionamentos de alguns modos cristalizados de exercer o cuidado. Enfim, podemos novamente verificar a presença de um intenso campo de forças que atuam nesses espaços de intercâmbio entre a

Residência em Saúde da Família e o campo da Saúde Mental, transpassando, por conseguinte, os discursos e as práticas da ESF e da RMS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível observar que diversos discursos atravessam as práticas de cuidado na Estratégia de Saúde da Família, como os referentes ao capital e a precarização das relações de trabalho, ao modelo biomédico de atenção e a clínica hegemônica tradicional. E, num campo de forças composto por diversos movimentos, a Residência Multiprofissional em Saúde surge como uma estratégia potencial, ora de reprodução dos paradigmas vigentes, ora de produção de rupturas e tensionamentos com as práticas tidas como tradicionais.

As entrevistas apontaram para as características de um trabalho qualificado, desenvolvido de forma multiprofissional pela residência, promovendo espaços diversos de atenção individual e coletiva à saúde dos usuários e dos trabalhadores; produzindo reflexões teórico-práticas nos serviços de saúde; e qualificando processos de trabalho e cuidado.

A Psicologia, por sua vez, também circula entre diversos espaços e lugares, (re)produzindo possibilidades e estratégias. Uma destas possibilidades consiste na própria inserção na AB, através da RMS, em um município que até então não conta com profissionais psi neste âmbito do cuidado.

Uma das potencialidades da Psicologia foi a introdução de reflexões acerca do campo da saúde mental na AB, campo este que ainda se apresenta muito distante na prática. Além disso, também é possível observar que o lugar do psicólogo residente na ESF foi, gradualmente, se ampliando de uma atuação clínica individual, para outras possibilidades que foram se constituindo enquanto escopo de práticas na Atenção Básica à Saúde. O psicólogo residente qualifica sua formação, para além de especialista, para um profissional da saúde, que, juntamente com demais profissionais das equipes multiprofissionais, produz ações individuais e coletivas de promoção, prevenção e educação em saúde, norteadas pelos preceitos do SUS.

Enfim, percebe-se que, apesar da força dos saberes e das práticas já instituídas, também são possíveis movimentos de resistência e rupturas. Movimentos estes que se tornam fundamentais, especialmente em um contexto social, cultural e econômico de desmontes de direitos e conquistas já adquiridas, que se nos apresenta na atualidade.

A Residência Multiprofissional em Saúde pode - e deve - se apresentar, nesse sentido, enquanto um dos pontos produtores de tensionamentos e reflexões, necessários para a manutenção e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Sendo que novas pesquisas se fazem

necessárias para acompanhar essa modalidade de trabalho-formação na Saúde Pública e nos mais diversos contextos em que esta se faz presente. Inclusive lembramos que novos estudos seguirão sendo necessários para avaliar também o impacto da pandemia na formação e nos programas de residência.

E, para além de estudos, se faz necessária a mobilização pelo fortalecimento dos programas de residência já instituídos. No município em questão, por exemplo, foram oferecidas até o momento três edições do PRMSF, com a mesma composição profissional. No entanto, não se conta com edital para uma quarta turma, o que indica também a importância de mobilização em prol inclusive da própria manutenção dos programas de residência já existentes, que vem sofrendo perdas imensuráveis nos últimos anos.

E, por último, cabe lembrar ainda a necessidade da luta pela implementação e fortalecimento de políticas de ensino e de trabalho em saúde que valorizem a formação destes profissionais residentes. Já que, conforme se pode observar no município em questão, bem como no estado e no país, apesar de haver investimento em programas de formação e qualificação profissional, como os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, não há garantia de absorção destes profissionais pelo mercado de trabalho, seja através de concursos públicos ou outras possibilidades de inserção na rede. O que reafirma a importância da pesquisa, da problematização e da mobilização de todas as categorias profissionais e também da sociedade em busca da manutenção e do fortalecimento tanto dos programas de residência multiprofissional quanto do próprio Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível <em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 28 dez. 2020.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre normas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Acesso em: 15 dez. 2019.

CAMPOS, Gastão W. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão W. S.; GUERRERO, André V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 132 – 153.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Revista Comunicação, Saúde, Educação*. v.9, n.16. p.161-77. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2018.

CEZAR, Pâmela Kurtz; RODRIGUES, Patrícia Matte; ARPINI, Dorian Mônica. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 35, n. 1, p. 211-224, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100211&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 jan. 2021.

COELHO, Ivan B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, Gastão W. S.; GUERRERO, André V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 96 - 131.

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia Ciência e Profissão* [online] 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024795016>>. Acesso em 28 nov. 2018.

FERREIRA NETO, J. L. *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta, 2011. 224p.

FOUCAULT, Michel. *Ética, sexualidade, política*. (Ditos e escritos V). Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2004. 322 p.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. 6. ed São Paulo: Perspectiva, 1999. 551p

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006. 295 p.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas em pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GOMEZ, Carlos M.; VASCONCELLOS, Luis C. F. de; MACHADO, Jorge M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Revista Ciência e Sociedade*. 2018. p.1963 - 1970. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1963-1970/pt>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. 6. ed. São Paulo: HUCITEC, 2011. 127 p.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria, RS: Pallotti, 2002. 294 p.

MINAYO, Maria C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004.

NETO; Elida F. P.; SILVA, Sander M. da. *Residências e resistências: entre a tradição e a inovação na formação em saúde*. II Seminário Regional Políticas Públicas, Intersetorialidade e Família: formação e intervenção profissional. 2014. ISBN 978-85-397-0584-2. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/serpinf/2014/assets/12.pdf>>. Acesso em 26 jan. 2019.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Org.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013. 151 p.

REIS, Beatriz Andrade Oliveira; FARO, André. A residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: um relato de experiência. *Rev. Psicol. Saúde* [online]. 2016, vol.8, n.1, pp. 62-70. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v8n1/v8n1a08.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

SANTOS, Camille Correia. O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das residências em área profissional da saúde. 2018, 169 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26957/2/Camille_Santos_EPSJV_Mestrado_2018.pdf. Acesso em: 02 fev. 2019.

UNIVATES. Resolução 0522/Reitoria/Univates Lajeado, 29 de junho de 2016. Aprova o Regimento Interno dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde. Disponível em: http://www.univates.br/pos-graduacao/media/regimentocoremu_aprovadores052_2016.pdf. Acesso em: 27 dez. 2019.

WERMELINGER, Monica et al. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Nº 45. Rio de Janeiro: 2010. p. 54-70. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2018.

ZANELATTO, Elisângela Mara. "Residência em saúde: os olhares do preceptor sobre os processos de ensino e de aprendizagem". 2018. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ensino, Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 23 fev. 2018. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/2161/1/2018Elis%C3%A2ngelaMaraZanelatto.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2018.