



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**BRUNA FABRÍCIA BARBOZA LEITÃO**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CANCEROLOGIA:  
EXPRESSÕES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

**FORTALEZA**

**2018**

BRUNA FABRÍCIA BARBOZA LEITÃO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CANCEROLOGIA:  
EXPRESSÕES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Lúcia Magalhães Bosi

FORTALEZA

2018

BRUNA FABRÍCIA BARBOZA LEITÃO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CANCEROLOGIA:  
EXPRESSÕES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Ciências Sociais, Humanas e Políticas de Saúde.

Aprovada em: 30/05/2018.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Junior  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- L548r    Leitão, Bruna Fabrícia Barboza.  
Residência Multiprofissional em Cancerologia : expressões da integralidade do cuidado / Bruna Fabrícia Barboza Leitão. – 2018.  
128 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.
1. Residências em Saúde. 2. Cancerologia. 3. Integralidade em Saúde. I. Título.

CDD 362.1

---

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que tornou possível a realização desta empreitada, por fortalecer minha fé nos momentos difíceis e ser sempre força rumo à superação.

Aos meus pais, Célia e Neto, pela certeza do amor e do colo disponíveis a vida inteira, por estarem incondicionalmente ao meu lado, constituindo o abrigo certo para onde sei que sempre posso voltar.

Às minhas irmã(e)s, Walléria e Vitória, por todo o apoio e incentivo que me permitiram realizar meus sonhos profissionais, por acreditarem sempre no meu potencial e terem generosamente me proporcionado as condições que elas mesmas nunca tiveram.

Ao meu cunhado, Rubens Jacome, pela parceria e pelos laços construídos em uma relação que hoje extrapola o âmbito familiar.

Aos meus sobrinhos lindos, Arthur, João Guilherme e Thomás, por renovarem cotidianamente em mim a esperança e o esforço por dias melhores.

Ao meu tio, Wilson Campos Barbosa, primeiro “paciente” oncológico com quem convivi e que, com sua simplicidade e força, me inspirou a iniciar os estudos na Cancerologia, encantada com toda a potência de vida que há nas pessoas com câncer.

À minha orientadora, Malu Bosi, pela generosidade em compartilhar comigo a imensidão do seu conhecimento e, principalmente, por mostrar que o percurso acadêmico, apesar das dificuldades, pode ser saudável e prazeroso.

Aos queridos professores componentes da banca, Magda Dimenstein e Alberto Novaes, por terem gentilmente aceito me acompanhar nessa trajetória desde a qualificação, tornando estas etapas simbólicas verdadeiros encontros de aprendizagem coletiva.

Aos colegas do LAPQS e à minha turma do Mestrado 2016, pelos momentos de apoio mútuo e pelas trocas e vivências compartilhadas nessa trajetória.

Aos “amigos coxinhas”, James, Vinício, Thaís, Andreza e Joyce (extensivos agora à Cecília e ao Gabriel), que desde 2004 constroem comigo essa rede de afeto e cumplicidade, que me fortalecem nas diferenças e nas tantas histórias já compartilhadas.

Aos tantos outros amigos que surgiram e ficaram desde que eu resolvi me aventurar nesse desafio chamado Residência. Ítala e Luiziane, as eternas R2 que afetuosamente me receberam em Curitiba e com quem vivi as dores e delícias de ser residente. Thaís Luna e Juliana Burlamaqui, que viveram comigo o desafio imenso de fazer a RIS Cancerologia ganhar vida e acontecer (nós três juntas fomos muito potentes). A todas

vocês, muito obrigada pela amizade que se fortaleceu e resistiu aos cenários de trabalho, sinto muita saudade de nossa convivência diária.

Aos profissionais e colaboradores do corpo docente da ESP/CE, especialmente aos que lá passaram entre 2013 e 2016, representados aqui pelos colegiados de coordenadores, tutores e preceptores, com quem compartilhei um dos períodos mais felizes da minha trajetória profissional. Não pela falta de dificuldades, mas pela certeza de que acreditávamos na Residência como estratégia para o fortalecimento de um SUS efetivo e acessível. Aos que se tornaram amigos - Pedro Alves, Danielly Maia, Charlon Menezes, Nara Góes e Juliana Eller - vocês sempre serão parte importante de uma lembrança especial e sou muito grata por tê-los mantido em minha rotina.

A todos os residentes que passaram pela RIS-Cancerologia, obrigada pela oportunidade de amadurecimento profissional e pela confiança. Nas tantas diferenças e nos interesses em comum, cada um de vocês, a seu modo, contribuiu para a conformação da profissional que sou hoje. Agradeço especialmente àqueles cujas relações extrapolaram o trabalho e por quem tenho um carinho imenso: Rebecca Arrais, Luana Caldini, Rafael Torres, Jamisse Araújo, Geísa Gomes, Danielle Feitosa, Luana Farias, Vanessa Alves, Gabrielle Albuquerque, Fernanda Oliveira, Daniele Rabelo, Ana Paula Queiroz, Roberta Cunha, Talita Valente, Renata Almeida e Maysa Mayran.

A todas as pessoas com câncer que cruzaram meu caminho, como pacientes ou amigos, e me permitiram descobrir a beleza e a força que há nos processos de vida e na morte.

A todos os usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde brasileiro, para quem lutamos e por quem nos comprometemos com a construção de modos de vida mais justos e solidários.

Muito obrigada!

*“Cheira a um controle que, por mais minucioso que se configure, é quebrado com aberturas à invenção. Cheira também a bons encontros, a paixões alegres. A atividade embrenha-se em gestões, que não se modelam em gestões piramidais apenas. Professor gestor da atividade. Frente a um real que a coloca à prova a todo momento ela cria, mesmo que de forma ínfima. Viver no prescrito é invivível”. (LOUZADA; BARROS; CARVALHO, 2014).*

## RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde desponta como importante eixo de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na medida em que objetiva o aperfeiçoamento das práticas de trabalho em saúde, mediante a problematização dos problemas cotidianos dos trabalhadores, valorizando suas experiências e o próprio trabalho como matéria-prima para os processos de aprendizagem. Parte-se da legitimação da rede de serviços de saúde como cenários de aprendizagem em potencial, visando ao fortalecimento dos trabalhadores como sujeitos autônomos e criativos frente à realidade. A Residência Multiprofissional em Cancerologia, por sua vez, justifica-se pela importância de programas formativos que objetivem qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais dessa área, tendo em vista que o câncer segue reconhecido como significativo problema de saúde pública no Brasil, considerando-se sua magnitude social expressa pelos progressivos coeficientes de morbidade e mortalidade. No que concerne à integralidade em saúde, para além da conceituação enquanto princípio do Sistema Único de Saúde e apesar da polissemia inerente ao termo, destacou-se a noção de integralidade como um saber-fazer que é essencialmente ético e, portanto, culmina no cuidado com o outro, como postura política capaz de reorientar as práticas hegemônicas em saúde, munida com valores éticos e necessariamente coletivos. Norteados por esses referenciais, esta pesquisa objetivou compreender, sob a perspectiva dos residentes egressos, como a integralidade do cuidado se expressa no processo formativo da Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia da Escola de Saúde Pública do Ceará e do Instituto do Câncer do Ceará.

**Métodos:** Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado com a participação de 30 residentes de 06 categorias profissionais diferentes egressos do Programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia. Para a construção dos dados empíricos definiu-se como técnica principal os grupos focais, viabilizados mediante entrevistas coletivas guiadas por um roteiro previamente estabelecido. A análise dos dados orientou-se pelo referencial da Hermenêutica crítica de Gadamer, a partir do qual buscou-se a compreensão dos sentidos originais do objeto de estudo em questão.

**Análise e discussão dos resultados:** A partir da análise compreensiva dos dados construídos no campo empírico, os resultados foram organizados em uma rede interpretativa constituída por três dimensões: Interprofissionalidade, Integralidade e Interfaces entre Residências Multiprofissionais em Saúde e Integralidade. As análises revelaram que os principais sentidos da integralidade reconhecidos pelos residentes aparecem associados à dimensão da interprofissionalidade e à perspectiva da atenção em rede, embora estes se encontrem atravessados por vários obstáculos e desafios próprios do cenário hospitalar. Dentre as atividades teóricas, percebeu-se que as estratégias apontadas no desenho pedagógico utilizado pela Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia, possibilitam a construção de espaços dialógicos e reflexivos acerca da integralidade e da interprofissionalidade. Já em relação ao componente prático, destaca-se como maior potencialidade e desafio o exercício do trabalho em equipes interprofissionais. A Residência Multiprofissional em Saúde, na medida em que se propõe a trabalhar na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, incentiva nos residentes a prática de uma aprendizagem em serviço essencialmente problematizadora dos saberes e fazeres instituídos, aspecto que, apesar de potente em termos de aprendizado, pode ser gerador de muitos conflitos cotidianos.

**Considerações finais:** A Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia destaca-se como uma potente estratégia de formação em saúde, ao agregar em seus processos concomitantemente as dimensões técnica e política, possibilitando ir além dos especialismos que aprisionam os profissionais em territórios restritos de poder corporativo e que, portanto, impede o intercâmbio entre a diversidade de vozes presentes no



campo da saúde, condição considerada indispensável para a garantia da integralidade da atenção.

**Palavras-chave:** Residências em Saúde. Cancerologia. Integralidade em Saúde.

## ABSTRACT

The Multi-professional Residency Program in Health emerges as an important axis of action of the National Policy of Permanent Education in Health, as it aims to improve health work practices, by problematizing the daily problems of workers, valuing their own experiences and self-work as a raw material for learning processes. The health services network is legitimated as potential learning scenarios, aiming at strengthening workers as autonomous and creative subjects facing reality. The Multi-professional Residency Program in Cancerology, in turn, is justified by the importance of training programs that aim to qualify care and promote the permanent education of professionals in this area, seeing that cancer is recognized as a significant public health problem in Brazil, considering its social magnitude expressed by the progressive coefficients of morbidity and mortality. Regarding integrality in health, in addition to conceptualization as a principle of the Unified Health System [Brazil's Public Health System] and despite the inherent polysemy of the term, the notion of wholeness was highlighted as a know-how that is essentially ethical and, therefore, culminates in care with the other, as a political posture capable of reorienting hegemonic practices in health, provided with ethical and necessarily collective values. Based on these references, this research aimed to understand, from the perspective of the retired residents, how the integrality of care is expressed in the training process of the Integrated Residency in Health with an emphasis on Cancerology of the School of Public Health of Ceará and the Cancer Institute of Ceará. **Methods:** This was a qualitative study carried out with the participation of 30 residents of 06 different professional categories from the Integrated Residency Program in Health with emphasis on Cancerology. For the construction of the empirical data, focal groups were defined as the main technique, made possible through collective interviews guided by a previously established script. The analysis of the data was guided by the reference of the Critical Hermeneutics of Gadamer, from which it was sought the understanding of the original senses of the object of study in question. **Analysis and discussion of the results:** Based on a comprehensive analysis of the data constructed in the empirical field, the results were organized in an interpretative network constituted by three dimensions: Interprofessionality, Integrality and Interfaces between Multi-professional Residences Programs in Health and Integrality. The analyzes revealed that the main meanings of integrality recognized by the residents appear to be associated with the dimension of interprofessionality and the perspective of network attention, although these are crossed by several obstacles and challenges specific to the hospital scenario. Among the theoretical activities, it was noticed that the strategies pointed out in the pedagogical design used by Integrated Residency in Health with an emphasis on Cancerology, allow the construction of dialogic and reflexive spaces about integrality and interprofessionality. Regarding the practical component, it is highlighted as greater potentiality and challenge the exercise of work in interprofessional teams. The Multi-professional Residency Program in Health, inasmuch as it proposes to work in the perspective of Permanent Education in Health, encourages in the residents the practice of in-service learning essentially problematizing the knowledge and practices instituted, aspect that, although powerful in terms of learning, can be the source of many everyday conflicts. **Final considerations:** The Integrated Residency in Health with an emphasis on Cancerology stands out as a potent health education strategy, combining in its processes the technical and political dimensions, making it possible to go beyond the specialisms that imprison professionals in the restricted areas of corporate power and, therefore, impedes the exchange between the diversity of voices present in the field of health, a condition considered indispensable for the guarantee of the integrality of attention.

**Key words:** Residences Programs in Health. Cancerology. Integrality in Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASS	Assistentes Sociais
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EAD	Educação a Distância
ECO	Escola Cearense de Oncologia
EPS	Educação Permanente em Saúde
ENF	Enfermeiros
ESP/CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
FAR	Farmacêuticos
FIS	Fisioterapeutas
FNEPAS	Fórum Nacional de Ensino das Profissões da Saúde
FENTAS	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
HHJ	Hospital Haroldo Juaçaba
ICC	Instituto do Câncer do Ceará
IMS	Instituto de Medicina Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LAPQS	Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NUT	Nutricionistas
PLUS	Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão em Perda, Luto e Separação
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PR	Paraná
PSI	Psicólogos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
RIS-ESP/CE	Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará
RM	Residência Médica
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	Turma 01
T2	Turma 02
T3	Turma 03
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UFC

Universidade Federal do Ceará

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização da Residência Integrada em Saúde da Escola de saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2017.....	48
Quadro 2	Rede interpretativa da pesquisa.....	61

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
2.1 Residência Multiprofissional em Saúde: do que estamos falando?.....	20
2.2 Residência Multiprofissional em Cancerologia.....	27
2.3 Profissionalidade, Multiprofissionalidade e Interprofissionalidade: interfaces possíveis.....	30
2.4 Integralidade em Saúde.....	35
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>41</b>
3.1 Objetivo geral.....	41
3.2 Objetivos específicos.....	41
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>42</b>
4.1 Pesquisa qualitativa.....	42
4.2 Cenário da pesquisa.....	43
4.3 Sujeitos de Pesquisa.....	49
4.4 Técnicas de aproximação com o objeto.....	50
4.5 Processamento e interpretação do material empírico.....	53
4.6 Aspectos éticos.....	56
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>58</b>
5.1 Interprofissionalidade.....	58
5.1.1 Atividades práticas interprofissionais.....	58
5.1.2 Atividades pedagógicas interdisciplinares.....	63
5.1.3 Sentidos da interprofissionalidade.....	73
5.2 Integralidade.....	76
5.2.1 Sentidos da Integralidade.....	76
5.2.2 Elementos facilitadores da Integralidade.....	82
5.2.3 Obstáculos para o alcance da integralidade.....	92
5.3 Residências Multiprofissionais em Cancerologia e Integralidade: contribuições e interfaces possíveis.....	107
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>114</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE PESQUISA GRUPO FOCAL.....</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>126</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A pesquisa em questão toma como objeto de estudo as expressões da integralidade do cuidado vivenciadas no processo formativo dos residentes de um Programa Multiprofissional de Residência Integrada em Saúde, com ênfase em Cancerologia. Esta pesquisa se vincula ao Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS) da Universidade Federal do Ceará (UFC) e, embora tenha como ponto de partida oficial meu ingresso no Mestrado em Saúde Pública, sua concepção remonta a inquietações surgidas ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional na área.

O interesse e aproximação com o campo da Cancerologia aconteceram mediante o ingresso no Projeto de Pesquisa e Extensão em Perda, Luto e Separação (PLUS<sup>+</sup>), ainda no segundo semestre da graduação em Psicologia na UFC. O projeto, que contemplava também acadêmicos de medicina e enfermagem, propunha o desenvolvimento de ações integradas em três linhas de pesquisa, dentre elas a psico-oncologia. A partir dessa oportunidade, pude participar de duas atividades de extensão vinculadas ao então Hospital do Câncer do Ceará, sendo uma na pediatria e outra na Casa Vida - casa de apoio destinada a acolher pacientes do interior do estado que estavam em tratamento - ambas supervisionadas por psicólogos da instituição.

Como ápice e conclusão desse percurso de dois anos, somou-se a realização de um estágio extracurricular de seis meses na enfermagem oncológica do Hospital Infantil Albert Sabin, onde atuei na assistência psicológica junto a crianças e adolescentes com câncer e seus familiares, internos para tratamento cirúrgico e/ou quimioterápico. A dinamicidade do trabalho no ambiente hospitalar me desafiava cotidianamente, principalmente no sentido de desenvolver estratégias comunicacionais com as diversas categorias componentes daquele *setting*, que muitas vezes pareciam disputar entre si um espaço notadamente orientado pela hegemonia da racionalidade biomédica. Todas essas experiências possibilitaram os primeiros e instigantes contatos com a complexidade do trabalho com o paciente oncológico, constituindo aspectos decisivos para as futuras escolhas que eu viria a fazer no âmbito profissional.

Uma vez graduada, as dificuldades de inserção profissional na área que se convencionou chamar, no Brasil, de “Psicologia Hospitalar”, foram enormes, tendo em vista a restrição de um mercado de atuação ainda incipiente em Fortaleza. À época, em meados de 2009, começavam a surgir com maior intensidade em todo o país programas de pós-graduação, financiados pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação e



Cultura (MEC), voltados às categorias ditas multiprofissionais, denominados Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). Na verdade, já havia no país um histórico de experiências formativas anteriores nessa modalidade, no entanto muitas delas ainda não eram reconhecidas como tal, tendo em vista que a legitimação em termos legais se deu apenas em 2005, tal como será explicado nos capítulos seguintes. Nesse contexto, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia do Hospital Erasto Gaertner, instituição de referência no tratamento oncológico em Curitiba/PR, para onde me mudei e vivi por dois anos.

Torres (2015) assevera que o processo de regulamentação das RMS no período de 2003 a 2005 foi resultado de uma conjuntura política favorável naquele momento, fortalecida pelas pressões dos movimentos sociais e estudantis precursores que já traziam uma relevante bagagem de programas anteriores e que viram, nesse contexto, a oportunidade de repensar e desacomodar os projetos formativos tradicionalmente instituídos para os trabalhadores da saúde. Em 2005 viria a primeira Portaria Interministerial que oficialmente instituiria a RMS e que, desde já, demarcava a exclusão da categoria médica do que então se denominava “multiprofissional” (BRASIL, 2005).

As experiências como residente de psicologia em um hospital oncológico, onde cumpria uma rotina de 60 horas semanais, foram fundamentais para o aprofundamento teórico e prático que eu tanto demandava para me sentir pretensamente “preparada”, muito embora a única convicção tenha sido de que este processo formativo não se finda em nenhuma titulação. Apesar da nomenclatura que remetia a um campo supostamente multiprofissional, o maior desafio da residência certamente foi efetivar um trabalho que se propusesse ir além do mero somatório de profissionais em um mesmo cenário. Afinal, usando uma analogia, apropriar-se de um vocabulário emancipador não nos torna necessariamente revolucionários. Os desafios estavam para muito além do campo semântico.

Retornando a Fortaleza, agora especialista em Cancerologia, ingressei como psicóloga no Instituto do Câncer do Ceará (ICC) que, na ocasião, em maio de 2013, recebia sua primeira turma de RMS, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Nos três anos seguintes, passo então a trabalhar diretamente com a condução pedagógica do programa, onde exerci as funções de preceptora de núcleo da psicologia, preceptora de campo das equipes multiprofissionais e, por fim, de coordenadora acadêmica da RIS-Cancerologia.

A experiência no ICC, hospital de referência no tratamento oncológico no estado do Ceará, possibilitou também o contato com o Programa de Residência Médica (RM) da instituição, em funcionamento desde 2001. Este, bem mais antigo e naturalmente mais

consolidado que a RMS, era tido como único modelo viável sobre como deveria ser uma especialização que se dava pelo treinamento em serviço. Nesse sentido, Ribeiro e Dacal (2012) contribuem com essa compreensão ao afirmar que o processo histórico de transformações pelas quais passou a instituição hospitalar relaciona-se diretamente com a construção desse lugar de supremacia do médico nesse espaço. Na medida em que o hospital deixa de ser um lugar de caridade para tornar-se um lugar de cura, “outra ordem hierárquica foi estabelecida e a prática hospitalar tornou-se vinculada, prioritariamente, ao saber da medicina. Deste modo, o hospital e a medicina passaram a se sobrepor de forma indissociável e atravessaram os séculos garantindo o poder médico nos hospitais” (p.67). Dessa forma, considerando-se a forte influência dessa cultura de supervalorização da medicina, ao iniciar o processo de implementação da RMS e principalmente no desenrolar da primeira turma, as comparações entre os programas eram constantes e inevitáveis. Se sempre funcionou assim com a RM, por que fazer diferente com a RMS?

De um modo geral, as legislações nacionais e projetos político-pedagógicos (PPP) mais recentes que orientam a condução dos programas de residências nos mais variados cenários de prática e para as diversas categorias profissionais, versam de forma recorrente sobre a ênfase de que o processo de formação dos trabalhadores da saúde seja pautado pela lógica da integralidade, em seus mais variados sentidos, que ainda constitui um dos princípios mais caros ao Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que sua efetivação implica em uma mudança radical na forma de pensar e fazer saúde, de onde se afirma seu caráter contra-hegemônico. A Portaria Interministerial de 2007, além de trazer a definição das RMS, reafirma que os programas devem ser orientados, dentre outros eixos norteadores, pela “integralidade, que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e Gestão do Sistema” (BRASIL, 2007, p.3) Assim, justifica-se a inserção do mencionado objeto de estudo no campo da Saúde Coletiva, tendo em vista a urgência em pensar um Sistema de Saúde que se efetive em sua práxis, consoante o ideário do movimento da Reforma Sanitária que o originou na década de 1980, e pautar um debate por uma noção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, entendendo-o em toda a sua complexidade, de modo a evitar reducionismos. Conforme apontado por Louzada; Bonaldi e Barros (2010, p.37):

Para que o SUS se constitua no sentido do que propunham (e continuam propondo) os autores-atores que o produzem e o compõem, é importante que ele deixe de ser visto apenas como texto de lei, apenas como prescrição. É das práticas inventadas no cotidiano, no concreto das experiências produzidas pelos trabalhadores e usuários do SUS, que precisamos partir, ou seja, a partir de onde são atualizados os princípios descritos em lei.

Em se tratando especificamente da Cancerologia, área de atenção considerada prioritária pelo SUS, também a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) prevê uma atuação pautada pela integralidade da equipe multiprofissional, que só então daria conta das complexas demandas das pessoas com câncer, número cada vez mais expressivo nos cenários epidemiológicos nacional e mundial. Fomenta-se, assim, a formação de profissionais especialistas na área, com capacidade para atuação em toda a rede de atenção, repercutindo no fortalecimento das Linhas de Cuidado em Oncologia, abrangendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2005). Linha de cuidado, apontada por Radaelli e Medeiros (2015), como a rede de cuidados que precisa se constituir e organizar de modo a atender as especificidades e absorver as necessidades dos usuários com câncer nos mais diversos pontos de atenção do sistema de saúde, considerando-se sua dinamicidade e a variedade de demandas.

Portanto, do ponto de vista científico, esta pesquisa pretende contribuir com a construção de conhecimentos que fomentem e aperfeiçoem esses dispositivos estratégicos de formação, pautados pela lógica da integralidade do cuidado, rumo a um saber-fazer profissional centrado nas necessidades dos pacientes oncológicos, tendo em vista sua complexidade e especificidades. No mais, conforme nos aponta Ceccim (2005, p.163), “é impostergável assegurar à área da formação, então, não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico às políticas de saúde”. Desde já se faz necessário pontuar a intrínseca e emergente relação dos processos formativos na área da saúde com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que não por acaso é praticamente contemporânea ao processo de regulamentação das RMS, tal como detalharemos adiante. É a partir desse eixo norteador que se passa a pensar numa lógica formativa que se faça mediante a imprescindível interseção entre o mundo do trabalho em saúde e o mundo da educação, compreendendo-os não como aspectos estanques e excludentes, mas como pontos constituintes de um mesmo cenário que se influenciam e se complementam mutuamente (BRASIL, 2004).

O que observei no cotidiano profissional é que havia todo um arcabouço teórico que recomendava a prática da integralidade e reconhecia a RMS como um dispositivo estratégico para tal, mas o que constatei enquanto residente, e posteriormente como preceptora e coordenadora, é que nem sempre a realidade do trabalho concretizava tais diretrizes e, muitas vezes, inclusive, as desqualificava. No caso específico dos programas desenvolvidos em hospitais, essa distância entre o previsto e o real parecia ainda maior. O

contexto hospitalar impunha uma série de desafios para a concretização dos ideais perseguidos pelas RMS, na medida em que se apresenta demarcado por gestões burocráticas e verticalizadas, em consonância com a hegemonia do modelo tradicional biomédico, onde a lógica das profissões compartmentalizadas prevalece e inviabiliza a prática do trabalho em equipe interprofissional.

Entretanto, na medida em que as práticas de trabalho inauguradas pelos residentes multiprofissionais foram sendo amadurecidas ao longo das três turmas em curso, alguns avanços foram percebidos na micropolítica cotidiana. Os residentes médicos também pareciam afetados pela presença das novas equipes, com as quais precisaram estabelecer interfaces profissionais, compartilhar experiências de condução terapêuticas e pacientes, solicitar opiniões. Enfim, as primeiras reflexões em torno da possibilidade de pensar um trabalho interprofissional no ambiente hospitalar já não pareciam tão utópicas.

Diante dessas inquietações e questionamentos que repercutiam diretamente no desenvolvimento do meu trabalho, e compreendendo a impossibilidade de quantificar se as práticas observadas eram mais ou menos integrais, as perguntas de partida que fundamentaram meu objeto de estudo foram: como se expressa a integralidade do cuidado no processo formativo desse Programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia? Quais as condições de exercício da integralidade que a Residência Multiprofissional proporciona? Como esses programas contribuem para transformar as práticas de trabalho no hospital sob a ótica da integralidade do cuidado? Será que as RMS efetivamente conseguem provocar uma mudança na cultura institucional? Como essas mudanças são percebidas pelos residentes?

Assevera-se aqui que, a partir da minha profunda implicação e experiência com este objeto de estudo, partimos da premissa de que a Residência Multiprofissional em Cancerologia contribui para a integralidade do cuidado junto ao paciente oncológico, interessando-nos com a pesquisa buscar evidências de como e em que medida isso acontece, tendo em vista as eventuais dificuldades e potencialidades locais.

O objetivo geral desta pesquisa foi, portando, compreender, sob a perspectiva discursiva dos residentes, como se expressa a integralidade do cuidado no processo de formação proposto pela Residência Multiprofissional em Cancerologia desenvolvida pela ESP/CE e pelo ICC (Instituto do Câncer do Ceará). Buscamos, assim, “potencializar pistas, detalhes, indícios, de práticas de integralidade que emergem nesses diferentes espaços, formas e em momentos distintos”. (BONALDI; et al, 2010, p. 54).

Para tanto, a pesquisa organizou-se em torno de seis capítulos, que julgamos necessários à compreensão e aprofundamento do objeto de estudo, organizados conforme explicitado a seguir.

O primeiro capítulo corresponde à introdução, onde delimitamos o cerne do objeto de estudo, sua problematização e as justificativas para o seu desenvolvimento. Na sequência, apresentamos os capítulos que contemplam a fundamentação teórica e conceitual do objeto, abordando aspectos sobre as RMS e especificamente das Residências em Cancerologia, a discussão acerca dos termos profissionalização, multiprofissionalidade e interprofissionalidade, além da demarcação do conceito de integralidade em saúde.

O capítulo três apresenta a delimitação dos objetivos, geral e específicos, que pretendemos alcançar com esse estudo. O capítulo quatro segue com a fundamentação e o detalhamento dos processos e etapas metodológicas, explicitando as nuances da pesquisa qualitativa, bem como a caracterização do cenário de pesquisa, dos sujeitos participantes e as técnicas de construção dos dados, além dos aspectos éticos e fundamentação para a análise dos dados na perspectiva hermenêutico – crítica.

O capítulo cinco dispõe sobre a apresentação e discussão dos resultados, que serão dispostos a partir da rede interpretativa delimitada no processo de análise e subdividida em três componentes: interprofissionalidade; integralidade e as interfaces encontradas entre as RMS e a integralidade.

E, por fim, encerramos com as considerações finais produzidas a partir das reflexões possibilitadas pela pesquisa, demarcando nossas limitações, contribuições e sugestões para estudos complementares.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Residência Multiprofissional em Saúde: do que estamos falando?

O termo Residência, enquanto modalidade de formação foi utilizado pioneiramente pela Medicina, primeira profissão a reconhecê-la legalmente como pós-graduação. Ela surge nos Estados Unidos, no final do século XIX, com um curso inicialmente direcionado à área cirúrgica em 1879 e, posteriormente, à área clínica em 1889. A Residência Médica associa-se ao aperfeiçoamento de profissionais médicos, configurando-se como uma metodologia que privilegia a atuação por especialidades por meio do treinamento intensivo de habilidades técnicas, elemento ainda bastante característico da ciência médica. Inclusive, até hoje se destaca como o “padrão ouro” da formação médica (RIBEIRO, 2011).

Em termos históricos, é preciso situar nesse contexto a publicação do conhecido Relatório Flexner, em 1910, cujas recomendações influenciaram de maneira decisiva a formação médica ocidental. O documento, à época solicitado pela Carnegie Foundation, é fruto de uma avaliação realizada junto a 155 escolas médicas nos Estados Unidos e no Canadá, em um cenário de proliferação de escolas de Medicina que utilizavam abordagens terapêuticas diversas. Dessa forma, o relatório respondia a uma demanda do capital monopolista, em franca associação com a incipiente indústria farmacêutica, a quem interessava acabar com as “medicinas alternativas” e garantir a imposição da “medicina científica”. Suas recomendações versam sobre uma medicina individualista, biologicista, centrada na doença e que reconhece o hospital como o principal local de formação médica. Estabelece-se, assim, a ênfase no modelo biomédico reducionista e unicausal, cuja reverberação ainda é significativa, mesmo 100 anos após sua publicização e a despeito de todas as críticas a ele dirigidas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Seguindo este padrão de influência norte-americana, a RM surge no cenário brasileiro, em meados da década de 1940, inicialmente no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro (FERREIRA & OLSCHOWSKY, 2010). E, na área de Cancerologia, o primeiro programa foi o do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 1946 (SILVA & ARREGI, 2005).

Tendo em vista a insuficiência dos conhecimentos adquiridos na graduação em Medicina e o mercado competitivo que demandava profissionais cada vez mais especializados, as RM surgem em resposta à necessidade de reforço do treinamento prático e do manejo clínico para os médicos recém-formados, que atuariam sob a supervisão de

profissionais mais experientes. Porém, no Brasil, os primeiros programas ofertados aconteceram sem nenhuma regulamentação ou monitoramento do Estado, o que acabou gerando uma série de descontentamentos e críticas por parte dos médicos residentes, que reclamavam a exploração de sua força de trabalho (RIBEIRO, 2011). Considerando ainda a baixa remuneração ofertada pelas instituições executoras dos programas, tem-se que, por vezes, a estas interessava mais do que o processo formativo, o provimento de postos de trabalho a baixo custo (FERREIRA & OLSCHOWSKY, 2010).

A primeira medida de regulamentação legal vem com o Decreto Presidencial Nº 80.281 de 1977, que institucionaliza a RM e cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável, entre outras coisas, pelo credenciamento e acompanhamento dos programas. A RM é então definida como “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 1977). Trata-se, pois, de um processo formativo que preconiza uma aprendizagem que se faça prioritariamente em serviço prático, sob regime de dedicação exclusiva, de modo que o residente possa se envolver integralmente com as rotinas e processos desenvolvidos no hospital de sua especialidade.

De acordo com Ferreira e Olschowsky (2010), um aspecto importante gerado a partir da regulação legal das RM foi o estabelecimento dos critérios mínimos exigidos para o funcionamento adequado dos programas, o que de início, inclusive, repercutiu na redução dos cursos credenciados. De forma complementar, a lei Nº 6932 de 1981 definiu, entre outras resoluções, que a terminologia Residência Médica só caberia aos programas devidamente credenciados pela CNRM (BRASIL, 1981).

Vale mencionar que a composição da CNRM contempla representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira, da Associação Brasileira de Educação Médica, da Federação Nacional dos Médicos, da Associação Nacional dos Médicos Residentes, além dos coordenadores regionais e estaduais dos programas. Ou seja, apesar de teoricamente regulada pelo Estado como projeto educacional, a RM acaba vulnerável e à mercê dos interesses das corporações médicas e das instituições executoras, que tendem a priorizar as relações estabelecidas pelo mercado de trabalho (FEUERWERKER, 1998).

De modo geral, os cursos tem duração média de dois a três anos, a depender da especialidade, respeitando uma carga horária semanal de 60 horas, onde podem estar inclusas

até 24 horas em regime de plantão, com a obrigatoriedade de uma folga semanal e 30 dias consecutivos de férias por ano de residência. No que se refere ao caráter das atividades desenvolvidas, deve predominar a prática pelo treinamento em serviço, mas contemplando uma variação de, no mínimo, 10% e, no máximo, 20% da carga horária para atividades teórico-práticas, onde caberiam seminários, sessões clínicas e discussões de caso, entre outros, a depender da instituição (RIBEIRO, 2011).

No que concerne ao âmbito multiprofissional, o primeiro programa identificado no Brasil como Residência Multiprofissional em Saúde surge ainda em 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), lotado no Centro de Saúde Escola Murialdo, onde se iniciou o Programa de Residência em Saúde Comunitária. No ano seguinte, percebendo a necessidade e a importância de uma equipe de trabalho multiprofissional que contemplasse uma perspectiva ampliada de saúde, as vagas foram extensivas às categorias de Enfermagem, Serviço Social e Medicina Veterinária. Entretanto, no início da década de 1990, em função de conflitos políticos e problemas econômicos, o programa foi extinto, muito embora sua experiência pedagógica pioneira tenha influenciado a criação posterior de outros cursos (MARTINS et al, 2010).

De acordo com Haubrich et al (2015), em paralelo a este programa, destacam-se ainda as experiências das Residências da Escola de Administração/Fundação Getúlio Vargas (1975), da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo (1975) e da Coordenadoria de Aperfeiçoamento das Equipes de Saúde do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS (1976). Apesar da ausência de reconhecimento legal à época, todas essas experiências serviram de modelo de inovação para vários outros programas estabelecidos em território nacional, tendo em vista o aspecto inaugural de seu modelo pedagógico inovador. Desde então, outras experiências de caráter multiprofissional foram disparadas pelo país, sendo progressivamente apoiadas pelo Estado.

Apesar de ainda arraigada no modelo instituído pela RM, pode-se considerar que as RMS desvelam outros significados. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS assume a responsabilidade de ordenar a formação do que se convencionou chamar de “recursos humanos para a área da saúde”, por intermédio do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse aspecto, Torres (2015) problematiza a opção constitucional de reconhecer os trabalhadores da saúde como “recursos humanos”, equiparando-os a recursos materiais, físicos ou financeiros, tal como peças de um sistema focado em um mercado de produção, apontando para a necessidade de tomá-los como atores sociais produtores de atos de saúde. Nesse contexto, as RMS despontam como uma opção



formativa voltada para os trabalhadores da saúde, à exceção dos médicos, cuja exclusão, apesar de naturalizada, será problematizada na seção posterior. Vale pontuar a criação pelo MS, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), de onde parte a proposição das RMS como projeto nacional e que sinaliza um novo olhar para a formação dos trabalhadores da saúde.

Ferreira & Olschowsky (2010, p.30 e 31) afirmam que:

Os programas de Residência não são recentes na história das profissões da área da Saúde. Gradualmente, elas vem regulamentando-se e conquistando o aparato legal para sua consolidação [...] vem buscando ocupar seu espaço na sociedade, moldando-se aos requisitos exigidos pelas corporações profissionais, contrapondo-se à conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde e visando suprir as necessidades do SUS.

Conforme já mencionado, uma etapa importante no processo de normatização das RMS foi a instituição em 2004 da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), quando finalmente as discussões e o movimento em torno da necessidade de mudança da formação em saúde alcançaram o status de política pública. Trata-se de uma proposta de ação pedagógica estratégica que visa promover a construção e a resignificação de práticas que possibilitem a formação dos trabalhadores, reconhecendo a indissociabilidade das “relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde” (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, falar em formação implica em tomar como prática a confrontação do que está constituído como verdade absoluta, ou como afirma Barros (2011, p.133), “como crítica da realidade a partir da que existe, com vistas à sua transformação numa outra realidade”.

Sequencialmente, tem-se como marcos importantes em termos legais a publicação, em novembro de 2005, da Portaria Interministerial Nº 2117, que instituiu no âmbito dos MS e do MEC, a Residência Multiprofissional em Saúde, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), excetuada a categoria médica (BRASIL, 2005). Já em janeiro de 2007 é publicada a Portaria Nº 45, que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, órgão deliberativo e de caráter colegiado, para fins de regulação e acompanhamento dos programas em curso no país (BRASIL, 2007). Vale ressaltar que, apesar da recomendação, não há obrigatoriedade no sentido de que os Programas de Residência Médica e Multiprofissional ocorram de modo

integrado e/ou unificado, ainda que se realizem na mesma instituição executora. Cabe destacar aqui que a CNRMS se propõe a regulamentar também a Residência em Área Profissional da Saúde, em caráter uniprofissional, de modo a atender aos interesses corporativos das profissões por reservas de mercado (CECCIM; KREUTZ, MAYER JR, 2011).

Nesse sentido, Torres (2015) é enfática ao analisar o contínuo processo de mudanças que marcaram a regulamentação da CNRMS, principalmente no que diz respeito à composição de seus membros que, ao longo das diversas portarias retirou a representação dos trabalhadores e dos estudantes de graduação, bem como dos Fóruns representativos dos coordenadores, preceptores, tutores e residentes, e acrescentou de forma arbitrária os representantes dos programas e dos conselhos profissionais, sem as devidas negociações com os atores interessados.

Tendo em vista esse cenário processual e contínuo de normatizações legais sobre as RMS, é preciso estar atento às incisivas mudanças textuais nos termos utilizados, que em última instância traduzem as consequências das pressões exercidas pelas corporações profissionais, em especial a médica, na tentativa de resguardar a privatização corporativa da formação profissional. Por exemplo, observa-se ao longo do tempo o abandono do termo “Residências Integradas em Saúde” para a utilização das expressões “Residência em Área Profissional da Saúde” e “Residência Multiprofissional em Saúde”, desconsiderando-se todo o propósito de integração fomentado pelas experiências anteriores à regulamentação. Ceccim, Kreutz e Mayer Junior (2011, p.259) são enfáticos ao afirmar que:

O apagamento da concepção Integrada nos textos oficiais, sem que se discutam as diferenças conceituais e práticas entre Integrada e Profissional ou Multiprofissional, dá por decidida a adoção de um modo de formação especialista e a manutenção do modo dominante de educação nas profissões da saúde [...] Quando a regulação do setor da Educação silencia essas demarcações todas, o que busca educar?

Torres (2015) é enfática ao afirmar que a história das RMS não se inicia a partir desses marcadores temporais, tendo em vista as inúmeras experiências já existentes nesse formato, muito embora elas tivessem outras nomenclaturas. No entanto, a autora reconhece que esses marcos cronológicos remetem ao período de maior incentivo político e financiamento governamental, considerando-se a significativa ampliação de programas por todo o país que, em tese, carregavam consigo a perspectiva de uma formação crítica, realizada no SUS e para o SUS.

Apesar dos descompassos e contradições ainda existentes, as RMS seguem caracterizadas como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, direcionada aos profissionais da saúde, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, tendo como referencial a integralidade da atenção, utilizando-se da aprendizagem em serviço pelo trabalho, visando a formação coletiva em equipe, mediante a supervisão técnica de outro profissional – o preceptor - de modo a contribuir para a integralidade do cuidado ao usuário (MARTINS et al, 2010). Desse modo, objetiva-se superar a típica fragmentação dos saberes e práticas na atenção à saúde, contribuindo com uma “formação pautada na preparação de profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe, como também modos que afirmam modelos de gestão descentralizados e transversais que não desapropriem o trabalhador do seu processo de trabalho” (BARROS, 2011, p.134).

No que se refere ao projeto formativo e pedagógico, Silva & Caballero (2010) apontam que este “precisa contemplar dois aspectos principais [...] o caráter ético-político de pensarmos a formação como Educação Permanente em Saúde (EPS); e a dimensão da integralidade em saúde como eixo central na constituição de saberes e práticas” (p.68).

As RMS despontam então como potente eixo de ação da supracitada PNEPS, na medida em que propõem o aperfeiçoamento das práticas de trabalho, mediante a problematização de questões cotidianas dos trabalhadores da saúde e por estes, valorizando suas experiências e o próprio trabalho como matéria-prima para os processos de aprendizagem, autorizando-os a reinventar as realidades conforme o estranhamento com o que já está posto como verdade. Merhy (2005) corrobora essa ideia ao afirmar a impossibilidade de separação entre o trabalho em saúde e educação em saúde, na medida em que um produz o outro.

De acordo com Shikasho (2013), a EPS atua como instrumento de reconhecimento e legitimação da rede de serviços de saúde como cenários de aprendizagem em potencial, visando ao fortalecimento dos trabalhadores como sujeitos autônomos e criativos frente à realidade. Por intermédio da aprendizagem significativa e da reflexão crítica, busca-se mais que o acúmulo de saberes técnicos providos pelas tradicionais propostas de “educação continuada”, não obstante sua importância, mas pretende-se a transformação do trabalho, dos trabalhadores e pelos trabalhadores, no sentido de garantir a resolutividade e a promoção da saúde coletiva.

Assim, com as RMS pretende-se fomentar processos pedagógicos que superem a lógica tradicional de transmissão vertical de conhecimento por especialistas, na medida em que estes se mostram apartados do contexto real dos problemas de saúde e, portanto, limitados

em sua resolutividade. Porém, é importante ressaltar que não se trata de simplesmente menosprezar os protocolos técnicos já consolidados, mas de estar aberto à possibilidade de questioná-los, ou como afirma Ceccim (2005), de “tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente” (p.166).

Ante o exposto, Ceccim (2005, p.162) ratifica que:

Aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com os instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção).

No que se refere à dimensão do trabalho em equipe, uma vez orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, os programas partem de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e buscam integrar “saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde” (BRASIL, 2007, p.3). Diante disso, espera-se que os residentes sejam dispostos nos cenários de trabalho em equipes necessariamente multiprofissionais e, mais do que simplesmente conjugá-los em um mesmo recorte de espaço e tempo, estimula-se que eles possam efetivamente trabalhar de forma colaborativa e interprofissional. Entretanto, a noção de especialidade profissional configura-se como o maior desafio a ser superado, conforme nos apontam Bonaldi et al (2010, p.59), ao afirmarem que “ainda que a equipe multiprofissional seja apontada como solução milagrosa para superar os problemas da fragmentação e da desresponsabilização decorrente da especialização excessiva dos profissionais, a simples implementação não garante que se alcance esse objetivo”.

Por fim, reafirma-se a imbricada relação entre a proposta pedagógica da RMS e os discursos da integralidade que, embora remetam a um suposto novo modelo de atenção à saúde, na verdade ainda aludem aos ideais e pautas do movimento pela Reforma Sanitária, que atualmente se encontram em um contexto de explícita ameaça e retrocessos. Apesar do tempo histórico de regulamentação, ainda há muito a percorrer para fins da consolidação de um SUS concreto e resolutivo. Conforme nos apontam Dallegrave & Kruse (2009), a articulação entre os discursos aposta na emergência da integralidade como condição de possibilidade para a construção pedagógica das RMS.

Para fins desta pesquisa, além da compreensão generalista acerca das Residências, interessa-nos especificar as nuances dos programas com ênfase em Cancerologia, de modo a

perceber como suas características e modos de funcionamento repercutem no processo formativo dos residentes, tal como apresentaremos a seguir.

## **2.2 Residência Multiprofissional em Cancerologia**

A Cancerologia, como especialidade da medicina, dedica-se ao estudo dos mais variados tipos de câncer, bem como suas formas de prevenção, controle e tratamento, o que evidencia sua abrangência e complexidade como campo de saberes e práticas. Todavia, em uma perspectiva histórica, no Brasil é relativamente recente o desenvolvimento de políticas de saúde mais efetivas e abrangentes em relação ao câncer. De acordo com Carvalho (2006), apesar das notificações dos casos anteriores, somente em meados da década de 1920 surgiram as primeiras iniciativas no sentido de sistematizar ações voltadas ao controle da doença. Nesse processo, destaca-se a criação, em 1937, do Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (à época, no Rio de Janeiro), fruto de reivindicações da sociedade civil e de movimentos profissionais organizados. Posteriormente, frente à necessidade de ampliação das atividades, foi criado, em 1941, o Serviço Nacional de Câncer, que mais tarde se tornaria o Instituto de Câncer, órgão precursor do Instituto Nacional do Câncer (INCA), cujo reconhecimento oficial se deu em 1961. Daí em diante o INCA assumiria uma posição central nesse processo, conforme nos aponta Silva (2009, p.40), ao afirmar que:

Em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, a lei que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), o INCA ganha novo impulso ao ser incluído como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e para a avaliação de prestação de serviços ao SUS na área oncológica. No início do século XXI, o INCA se consolida como o órgão governamental responsável por assistir, normatizar, coordenar e avaliar a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) do Ministério da Saúde.

Entretanto, apesar do significativo avanço no que se refere ao desenvolvimento de novas tecnologias de detecção precoce e tratamentos, o câncer segue reconhecido como significativo problema de saúde pública no Brasil, tendo em vista sua magnitude social expressa pelos progressivos coeficientes de morbidade e mortalidade. Os dados do INCA para o biênio 2016-2017 são contundentes ao estimar um total de 596.000 casos novos de câncer em todo o Brasil, onde o Nordeste destaca-se como terceira região com maior incidência, com a previsão de 107.180 casos novos. Dentre estes, estima-se que 20% dos pacientes

descobrirão a doença em estágio avançado, situando-a como segunda causa de morte mais prevalente (INCA, 2015).

Tendo em vista os processos de transição demográfica e epidemiológica ainda em curso no Brasil, faz-se necessário contextualizar o cenário histórico e social onde, em função do desenvolvimento das tecnologias de saúde pública, progressivamente observamos a redução das taxas de mortalidade, a diminuição das taxas de natalidade e de fecundidade e o consequente aumento da expectativa de vida do brasileiro, aspectos que incrementaram o aumento da população idosa e, conseqüentemente, os riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas (PONTES, et al, 2009).

Nesse sentido, e considerando a relevância epidemiológica da doença, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) é enfática ao afirmar a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, que garanta atenção integral à população, contemplando ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2005). Tal aspecto é reforçador da importância de desenvolver estudos que forneçam elementos para a construção de estratégias e contribuam com uma atenção de qualidade à população com câncer, o que passa necessariamente pela demanda de formação de profissionais especializados e com capacidade para atender a complexidade do paciente oncológico. Daí a importância de programas formativos que objetivem qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais dessa área (CEARÁ, 2012).

De acordo com Silva (2009), a despeito dos avanços terapêuticos atuais, na população em geral, o câncer permanece invariavelmente associado a representações sociais bastante negativas, implicadas que estão com aspectos ameaçadores relacionados ao medo da morte, da mutilação, da dor e do sofrimento. O diagnóstico de câncer ainda remete a uma sentença de morte, demandando dos pacientes e familiares um processo abrupto de adaptação psicossocial e reorganização existencial, atualizados ao longo de todo o tratamento. Trata-se de um processo de adoecimento e tratamento complexo e que, portanto, exigem uma atenção cuidadora igualmente complexa e necessariamente interdisciplinar.

De modo a atender a esta complexidade, a Política Nacional para Controle e Prevenção do Câncer prevê e ratifica, em seus princípios gerais, a importância da formação de profissionais e da promoção da educação permanente, com vistas à qualificação do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde e nas diferentes categorias profissionais (BRASIL, 2013). Nesse cenário, o INCA foi pioneiro na instituição do primeiro programa de RMS em Oncologia no Brasil, ao qual, hoje, somam-se em torno de 10 a 15 programas

multiprofissionais de atenção à pessoa com câncer, concentrados em sua maioria na região Sudeste (TORRES; BARRETO; CARVALHO, 2015). No Ceará, nos detivemos, neste estudo, ao Programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia (RIS-Cancerologia), lançado pela Escola de Saúde Pública do Ceará, cuja primeira turma iniciou em maio de 2013.

Neste programa, apesar da perspectiva de atuação em rede, a Residência Multiprofissional em Cancerologia, tal como a maioria dos demais programas que compartilham dessa ênfase, concentra suas atividades em instituições hospitalares.

E, na medida em que situamos o hospital como lócus de prática desses residentes, há que se considerar a predominância de um modelo de atenção em saúde ainda pautado na lógica biomédica, centrado em ações hegemonicamente tecnicistas e de cunho curativista. Acrescente-se a isso o caráter verticalizado e hierarquizado de funcionamento da gestão, que opera alguns saberes e fazeres no campo da saúde de modo a considerar somente as pautas e necessidades mercadológicas (FEUERWERKER & CECILIO, 2007). Vale salientar, mais uma vez que, culturalmente, a principal, senão a única referência de proposta de formação profissional existente no hospital tem sido as RM, cujos pressupostos pedagógicos e ideológicos destoam de modo significativo das RMS.

O hospital destaca-se dentro da rede de atenção à saúde como um equipamento complexo, cujo cotidiano é constantemente permeado por relações de poder entre as diversas corporações profissionais, demarcando um espaço de disputa e dificultando, assim, a efetivação de práticas de trabalho que se façam de fato interprofissionais e interdisciplinares.

Acontece que integralidade, trabalho em equipe multiprofissional, recuperação da dimensão cuidadora das práticas de saúde não são conceitos pacíficos, consensuais. Sua implementação provoca mudanças nas relações de poder entre as profissões e nas relações de poder entre os profissionais de saúde e os usuários. Provocam, portanto, resistência e disputa. E o hospital tem sido um local de resistência, de reprodução da lógica hegemônica da organização do trabalho em saúde, um espaço de reprodução dos poderes das corporações. (FEUERWERKER & CECILIO, 2007, p.969).

Nesse contexto, deparamo-nos com instituições cujas práticas de atenção à saúde ainda acontecem prioritariamente de modo fragmentado e desarticulado, tal como ainda é a maioria dos cursos de graduação da área da saúde. Barros (2011) corrobora esta ideia ao afirmar que, em muitas ocasiões, os processos formativos em saúde assumem um caráter associado exclusivamente à transmissão de conteúdos, atrelados ao viés da racionalização e

do tecnicismo, destoando, portanto, dos preceitos da Educação Permanente em Saúde, componente pedagógico orientador das RMS.

A RMS considera que o processo formativo deve possibilitar a imprescindível integração entre ensino, serviço e comunidade, potencializando parcerias que fortaleçam práticas centradas no atendimento às necessidades dos usuários, por meio de uma escuta e cuidado atentos, ampliados e humanizados. O acontecer da Residência abre espaço para processos de mudanças institucionais, colocando em pauta a reflexão sobre outros possíveis mecanismos de trabalho e o necessário comprometimento com a formação de novos perfis profissionais e de serviços, sempre levando em conta a possibilidade de atualização do que está dado a priori. Nesse sentido, Barros (2011, p.137) aposta em:

Uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem, que se constroem sobre especialismos naturalizados. Um trabalho de formação como processo questiona as formas-subjetividades instituídas, escapando da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas, serializadas.

Para além da mera reprodução das práticas assistenciais em saúde, o que a RMS pretende é a promoção de espaços de reflexão sobre o fazer-saúde, reconhecendo que este se dá em meio a relações complexas e que, talvez por isso mesmo a “composição pode instalar certa desestabilização das práticas cristalizadas e provocar uma desconstrução e construção de novos saberes, como uma nova proposta de formação de trabalhadores” (MARTINS et al, 2010, p. 89). Todavia, conforme já apontado em excertos anteriores, deparamo-nos com a necessidade de uma problematização teórica acerca dos tantos termos e expressões corriqueiramente utilizados ao tratarmos das RMS, tendo em vista que tais opções, mais do que simples definições, dizem sobre posicionamentos e interesses diversos, tal como apresentaremos a seguir.

### **2.3 Profissionalidade, Multiprofissionalidade e Interprofissionalidade: interfaces possíveis.**

Falar de RMS nos remete à necessidade de aprofundamento conceitual de termos que, por vezes, passamos a utilizar de forma naturalizada e sem a devida reflexão acerca dos significados que desvelam. Nesse sentido, após a revisão de todas as legislações acerca dos programas e dos variados discursos que circulam sobre a RMS, algumas questões emergiram:



o que efetivamente determina o que é uma profissão? O que está por trás de um conceito de multiprofissionalidade que, a priori, já determina a exclusão de uma profissão? A quem interessa a demarcação diferenciada da medicina nas equipes de saúde? A multiprofissionalidade garante a efetivação de práticas interprofissionais? E será que ambas – multi e interprofissionalidade - realmente contemplariam a tão aclamada integralidade do cuidado?

Bosi (1996), em seu livro “Profissionalização e Conhecimento: a nutrição em questão”, nos apresenta uma sistematização dos principais autores da vertente conhecida como “Sociologia das Profissões”, que tentaram de algum modo delinear conceitos ou mesmo elencar atributos que garantiriam a uma ocupação ser classificada como profissão. No texto, a autora pontua que, ao considerarmos as especificidades e a processualidade histórica de cada profissão, dificilmente chegaremos a um consenso sobre o que define uma profissão ou ainda sobre que etapas seriam necessárias à efetivação do processo de profissionalização.

Todavia, alguns elementos se destacam e, de alguma forma, contemplam as ideias de todos os autores. De acordo com Collins (1979, apud BOSI, 1996), “as profissões caracterizam-se por serem comunidades que tem como base prática certa especialidade monopolizada e tida como esotérica, que se organiza para proteger sua qualidade esotérica e ideal de serviço” (p.55). Nesse sentido, destaca-se a centralidade do conceito de autonomia, que corresponderia à legitimação de uma competência técnica específica, desdobrando-se na interface entre dois componentes fundamentais: o saber e a organização. Assim, o processo de profissionalização se daria mediante a dialética estabelecida entre a definição e o resguardo desse campo de conhecimento e a capacidade de organização dos profissionais em torno de seus interesses comuns.

Desse modo, uma profissão, para firmar-se como tal no mercado e perante a sociedade, precisa fundar-se em uma base sólida de conhecimentos restritos e inacessíveis à população leiga, de modo a reforçar a ideia de que só se pode acessá-la mediante um processo formativo e de treinamento rigorosos, o que garantiria o monopólio sobre essa fatia de conhecimento. Nesse contexto, tem-se que “bases cognitivas estandardizadas e esotéricas favorecem a conquista de monopólios de competência, especialmente quando o conhecimento tem aplicação prática, ou seja, pode converter-se num serviço” (BOSI, 1996, p.39).

Já a dimensão organizacional diz respeito à necessidade estratégica dos pares de estabelecerem relações entre si, com o Estado e a sociedade como um todo, de modo a legitimar a demanda e o reconhecimento da profissão em questão. Se pensarmos as especificidades das profissões da área da saúde e o contexto mercadológico no qual se

constituem, fica bastante nítida a intensidade da intervenção estatal no sentido de garantir e manter reservas de mercado a grupos profissionais específicos, tal como nos aponta Spink (2016):

O processo que leva à regulamentação de diversas profissões da área da saúde [...] é um exemplo claro do jogo concorrencial no campo científico ilustrando estratégias de conservação por parte das categorias mais organizadas assim como intervenções diretas do Estado a partir de interesses específicos do desenvolvimento econômico do país. [...] Neste sentido, a regulamentação profissional é, acima de tudo, uma estratégia para a garantia dos espaços de atuação em um contexto de divisão técnica do trabalho cada vez mais complexa em função do desenvolvimento tecnológico e do surgimento de um número cada vez maior de especializações”. (p.58 e 59).

Uma vez pontuados os sentidos atribuídos às noções de profissão e profissionalização, cabe atentarmos às demais nomenclaturas usualmente utilizadas nas legislações e documentos oficiais que versam sobre os programas de residência. A Portaria Interministerial Nº 2117 de 2005, considerada um marco regulador desse cenário, institui os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, destinando-os às categorias profissionais que integram a área da saúde, *excetuada a médica* (BRASIL, 2005). Já a Portaria Interministerial Nº 45 de 2007 ressalta que estes programas serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS de forma a contemplar, dentre os vários eixos norteadores, por exemplo, *a formação integral e interdisciplinar, a consolidação do processo de formação em equipe e a integralidade do cuidado* (BRASIL, 2007). Ao analisarmos tais portarias, ficam evidentes os paradoxos que perpassam a curta história legal das RMS. Afinal, como constituir uma equipe de trabalho que, de partida, exclui a medicina? Em que mundos paralelos vivem os médicos e os ditos “não-médicos”?

Nenhum dos termos apontados acima soa desconhecido aos ouvidos de qualquer estudioso da área da saúde. Afinal, falar em equipes multiprofissionais hoje se tornou estratégia de marketing quase que obrigatória a qualquer instituição de saúde. No entanto, seria a multiprofissionalidade suficiente para alcançarmos a tão aclamada integralidade? A multiprofissionalidade nos remete à mera justaposição de profissionais de diferentes categorias em um mesmo espaço e tempo de trabalho, onde não necessariamente se aplica uma diretriz de comunicação e integração (GARCIA JUNIOR; VERDI, 2015). O que se tem então é um somatório de profissionais com formações diversas, que muito provavelmente não foram ensinados e estimulados a trabalhar em equipe, mas que, uma vez no mercado de trabalho, são magicamente demandados para tal desafio. E que equipe é essa que classifica os

profissionais em médicos e “não-médicos”? A quem interessa manter a supremacia hierárquica da medicina em relação às demais profissões da saúde? Segundo Spink (2016):

Embora conceitualmente louvável, na prática as equipes multiprofissionais parecem não ter logrado grande sucesso. As equipes reproduzem no seu interior as posições ocupadas pelas diversas profissões no campo da saúde como um todo. O indicador mais óbvio deste fenômeno é a posição subalterna das diferentes profissões face à profissão hegemônica: a medicina. (p.59)

Dallegre (2009) ratifica essa compreensão com a reflexão de que esse binarismo (médicos versus “não-médicos”) constitui-se no exercício de um poder que se vincula, irremediavelmente, ao saber, demarcando um acirrado campo de disputas por projetos de cuidado e concepções pedagógicas absolutamente diversas. Basta atentarmos ao fato de que, por exemplo, no programa que analisamos nesta pesquisa, desenvolvido em uma instituição hospitalar, os editais e a condução da RM e da RMS acontecem de modo absolutamente apartados, com raríssimas possibilidades de conexão, ainda que submetidos a uma mesma gestão institucional. “A que interesses servem estes programas de formação quando (não) aparecem juntos?”. (DALLEGRE, 2009, p.217).

Por outro lado, a interprofissionalidade pressupõe o caráter integrativo entre as profissões, dependendo, portanto, da necessária intercomunicação, que resultará num modelo dialógico (GARCIA JUNIOR; VERDI, 2015). O que não implica em abrir mão das especificidades técnicas de cada área, mas no entendimento de que elas são complementares e interdependentes e que, só assim, integradas, darão conta da complexidade das necessidades de saúde dos usuários e das coletividades. Portanto, complementando o questionamento anterior, não seria mais sensato nomearmos os programas de Residência *Interprofissional* em Saúde?

Torres (2015), em sua tese intitulada “O teatro mágico das Residências em Saúde no Brasil: caminhos de uma política pública”, ao analisar todo o processo de constituição legal das RMS, vai além ao advogar pela adoção do termo “Residências em Saúde”, que idealmente contemplaria todo e qualquer programa de pós-graduação em serviço na área da saúde, independente da profissão. Ela afirma ainda que essa demarcação diferenciada dos termos – Residência Médica, Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde – reflete o tensionamento das corporações profissionais (ressaltando-se que não só a medicina) no sentido de garantir reservas de mercado. O interesse dos Ministérios da Saúde e da Educação, portanto, não estaria apenas em atender às ditas áreas

prioritárias definidas pelo SUS, mas sobretudo em assegurar o financiamento de especialidades demandadas pelo rentável mercado da saúde.

A separação entre Residência Médica e Residência em Área Profissional da Saúde, multiprofissional e uniprofissional, se caracteriza por um movimento de hegemonia e poder. Perpassa a legislação e a própria constituição da CNRMS [...] e apontam para uma análise: a necessidade deste lugar demarcar suas profissões em contraposição à instituída Residência Médica. Nomear a profissionalidade – multi ou médica – neste caso, remete à manutenção de um status quo, uma disputa hegemônica na área da saúde. É um afirmar-se frente aqueles que questionamos, os médicos, reproduzindo a delimitação de territórios de atuação profissional” (TORRES, 2015, p. 243).

O próprio processo de regulamentação das RMS é também ilustrativo dessa pressão corporativista. A conquista da primeira regulamentação em 2005 foi resultado da luta de muitos atores sociais envolvidos com os diversos programas já existentes no país, que reverberavam as mesmas bandeiras de luta da Reforma Sanitária, ainda tão caras ao SUS. Entretanto, observamos que nos anos seguintes o processo acabou conduzido por outros sujeitos e outros interesses, e com a conivência dos Ministérios da Saúde e da Educação. Um dos exemplos mais emblemáticos disso refere-se às constantes alterações nas portarias que versavam sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), destacando-se a Portaria interministerial Nº 1077 de 2009, que modifica consideravelmente a composição da CNMRS, sem a devida problematização anterior com os segmentos envolvidos, conforme ratificado no excerto abaixo:

O apagamento dos atores sociais que lutaram pela regulamentação das Residências em Saúde é evidente neste processo. Os Fóruns – de coordenadores, de tutores e preceptores, de residentes, de executivas de estudantes, o Fnepas e o Fentas – presentes na primeira nomeação da CNRMS, dão lugar para representantes corporativos, para instituições e segmentos que evidenciam a clara distinção entre Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde de Programas de Residências em Área Profissional da Saúde (TORRES, 2015, p. 236).

É importante ressaltar ainda que, apesar de tradicionalmente a categoria médica ter sido aquela que sempre se posicionou contrária às RMS, precisamos ampliar e complexificar nosso olhar de modo a não considerá-la a única vilã nesse cenário. As demais profissões também carregam suas próprias contradições, desveladas nos interesses específicos de cada grupo, a quem interessa demarcar seus monopólios de conhecimento e atuação. Afinal, como bem destaca Dallegrave (2009, p.219), “a especialidade profissional aparece como desafio a ser superado. No entanto, a lógica atual dos programas é a formação por especialidade”.

Por fim, e para além de respostas prontas aos questionamentos levantados, reafirmamos a necessidade de estarmos bastante atentos aos significados que constituem essa rede de aparentes paradoxos que perpassam as RMS, tendo em vista o entusiasmo nacional nos últimos 15 anos em relação aos inúmeros programas espalhados pelo país. Dallegrave (2009) aponta para os discursos das propagandas veiculadas, que hoje ofertam as RMS como um produto a ser consumido por profissionais e serviços, como uma oportunidade única de qualificação, embora sem a devida atenção aos interesses camuflados por trás disso. É a partir desta lente crítica e menos romântica sobre as RMS que pretendemos seguir agora com a análise acerca dos diversos sentidos e discursos atribuídos à integralidade do cuidado em saúde, resumidos no princípio orientador das práticas e serviços constituintes de um SUS que se pretende resolutivo e humanizado, sobre o qual discorreremos a seguir.

## **2.4 Integralidade em Saúde**

Atualmente muito se tem falado em integralidade, transformando-a, como Merhy (2013) denominou, em uma palavra fetiche, como se ela tivesse sentido por si só e o simples fato de a mencionarmos nos transformasse em sujeitos profundamente inovadores. Diante disso, e para fins da necessária demarcação teórica desta pesquisa, há que se reconhecer a polissemia inerente ao termo e que, a depender de nosso posicionamento político e ideológico, pode nos remeter tanto às aclamadas mudanças desejáveis no sistema e nas práticas de saúde como à manutenção de um modelo hegemônico já posto.

Em termos constitucionais, a integralidade desponta como um dos princípios do SUS e, portanto, segue sendo bastante ilustrativa das bandeiras de luta e das pautas do movimento da Reforma Sanitária, que antecedeu e culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988. Assim, frente a discussões que pautavam a reorientação radical do sistema e das práticas de saúde, chegou-se ao entendimento de que a integralidade constituía “um 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, 1988). Tendo em vista o alcance pretendido e a complexidade sócio-histórica da constituição ainda recente do nosso sistema de saúde, ainda hoje incisivamente ameaçado, fica compreensível perceber por que, dentre os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, talvez a integralidade seja ainda o mais caro em termos de efetivação, apesar de tão recorrentemente aclamado.

A fim de nos debruçarmos sobre aspectos mais teóricos acerca da integralidade, partiremos da revisão das coletâneas publicadas pelo Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), vinculado ao Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), tendo em vista a sólida discussão já realizada e organizada por renomados autores como Roseni Pinheiro e Rubem de Matos, dentre outros vários pesquisadores colaboradores do laboratório.

Valendo-se de uma discussão mais conceitual, Mattos (2006) nos apresenta três principais grupos de sentidos atribuídos à integralidade: a integralidade como traço da boa medicina, a integralidade como princípio orientador das práticas e serviços de saúde, e a integralidade que se traduz através de políticas públicas especiais, conforme os desdobramentos que se seguem.

No primeiro sentido, Mattos (2006) faz uma associação ao movimento da medicina integral que, à época, discutia e questionava a qualidade da formação médica nos Estados Unidos. A proposta da medicina integral criticava, de modo geral, o fato de os médicos adotarem uma postura fragmentária e reducionista diante dos pacientes, aspectos que eles relacionavam a deficiências no currículo das escolas médicas. No Brasil, esse movimento da medicina integral acaba adquirindo contornos mais abrangentes, criticando, para além do aspecto formativo, também a própria racionalidade das práticas médicas, centrada tão somente nos aspectos anátomo-fisiológicos das doenças, sem a devida contextualização de todos os outros elementos constituintes desse sujeito.

Assim, o sentido de integralidade decorrente dessa crítica resvala em sua defesa como um valor a ser assumido por todos os profissionais da saúde, e não só os médicos, na medida em que sejam capazes de uma visão mais abrangente acerca das necessidades de saúde dos usuários, tanto aquelas manifestas como sofrimento no ato assistencial concreto, como também aquelas não diretamente ligadas à doença naquele momento.

O segundo sentido parte da crítica ao modo de organização anterior dos serviços e práticas de saúde, pelo então Sistema Nacional de Saúde (SNS), que preconizava uma organização e condução diferenciada para as assim chamadas “práticas assistenciais” (demandadas diretamente pela população) e para as “práticas de saúde pública” (demandadas pelos técnicos). A proposta da integralidade aqui defendida, então, proporia, além da ruptura dessa divisão, um novo modo de organização dos serviços e práticas de saúde que, uma vez articulados, dessem conta de responder às necessidades de saúde da população de uma forma mais abrangente, contemplando tanto aquelas identificadas epidemiologicamente, como aquelas sinalizadas via demanda espontânea pelos próprios usuários (MATTOS, 2006).

O terceiro sentido de integralidade parte das críticas a algumas políticas governamentais que, enquanto resposta aos problemas de saúde da população, acabam por restringi-la ao objeto da política, sem a necessária contextualização dos sujeitos sobre os quais as políticas incidem. Desse modo, os sentidos de integralidade que emergem nesse contexto pautam a formulação de políticas que ampliem o horizonte de perspectivas de abordagem desses sujeitos, sem recortá-los ou objetivá-los, e contemplando tanto ações de cunho preventivo como assistenciais (MATTOS, 2006).

Outra demarcação teórica possível refere-se ao recorte em duas dimensões conceituais da integralidade discutidas por Cecílio (2006), que propõe a discussão da integralidade a partir de dois ângulos: do ponto de vista macropolítico do sistema de saúde – integralidade ampliada - e posteriormente no aspecto micropolítico das práticas de atenção e cuidado à saúde – integralidade focalizada, sendo esta a perspectiva que mais nos interessa compreender junto aos sujeitos desta pesquisa.

No que concerne à integralidade ampliada, Cecílio (2006) considera que nenhum serviço, ainda que tenha a melhor equipe de trabalho, será capaz de dar conta de uma integralidade plena, tendo em vista que esta só se dá mediante a integração dos vários serviços componentes da rede de saúde, bem como de outras áreas intersetoriais. Ratificando essa ideia, Cecílio e Merhy (2003, p.4) são enfáticos ao afirmarem que “a integralidade real que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o sistema. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede”. Ou seja, nenhum equipamento ou ponto do sistema, isoladamente, dará conta das necessidades de saúde da população. Daí a importância do fortalecimento das linhas de cuidado em saúde, na medida em que, pensadas de forma plena e necessariamente integradas, compõem um itinerário terapêutico que atravessa toda a rede de saúde, a depender das demandas identificadas em cada caso.

Apesar da concepção de sistema nos remeter a uma ideia de funcionamento harmonioso entre as partes, sabe-se que na realidade brasileira o SUS ainda é atravessado por lógicas de funcionamento diversas, que não necessariamente se comunicam entre si. Preconiza-se o estabelecimento de uma rede regionalizada e hierarquizada, composta por serviços que dispõem de equipamentos de diferentes níveis de complexidade. Entretanto, uma primeira concepção a ser questionada é a rigidez nessa hierarquia de supostos papéis atribuídos a cada nível de complexidade. Há que se superar a noção estanque de que há lugares exclusivos para ações preventivas e outros onde caberiam somente ações curativas,

compreendendo que, em qualquer nível do sistema, a apreensão das necessidades de saúde requer a integração entre as duas lógicas (MATTOS, 2004).

Quanto à integralidade focalizada, Cecílio (2006) aponta para aquela que é resultado dos esforços convergentes de cada trabalhador das equipes interprofissionais dos serviços de saúde, no sentido de sempre oferecer o melhor atendimento possível a cada sujeito que o procura, denotando o compromisso e o empenho de todos em traduzir e responder às necessidades individuais de cada usuário. Resumidamente, tem-se que a “integralidade ampliada refere-se à articulação em rede das múltiplas integralidades focalizadas” (GONZE, 2009, p. 37).

Para tanto, considerando-se o contexto micropolítico das práticas cotidianas do fazer-saúde, Mattos (2004) compartilha dessa discussão quando apresenta o conceito de integralidade como sendo a habilidade dos trabalhadores de saúde de, a partir do encontro com cada usuário, serem capazes de reconhecer as necessidades de saúde desses sujeitos, para além do sofrimento manifesto nas demandas espontâneas. A partir desse reconhecimento e de seus conhecimentos técnicos, podem então selecionar e ofertar adequadamente um leque de ações e/ou serviços, preventivos ou curativos a depender do caso, que façam sentido para o contexto de vida específico de cada usuário, construindo de maneira compartilhada e negociada com ele um projeto terapêutico singular que, portanto, escapa e extrapola qualquer protocolo terapêutico generalista.

Associada a essa reflexão, há que se mencionar o necessário reconhecimento da dimensão dialógica inerente ao processo de produção de saúde, que deve se dar a partir do encontro intersubjetivo e genuíno entre dois sujeitos autônomos, o profissional e o usuário. Só assim, mediante o diálogo e a construção de vínculo com o profissional, emergirá um projeto terapêutico que consiga ir além da mera prescrição e medicalização da vida. E, para tanto, cabe o fomento ao uso das ditas tecnologias leves no campo das práticas em saúde que, em sua essência, são relacionais (MATTOS, 2004).

[...] então a integralidade talvez só se realize quando procurarmos estabelecer uma relação sujeito-sujeito quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Isso talvez envolva uma abertura para o diálogo com o outro, que sempre resiste aos nossos projetos, do mesmo modo como reagimos aos seus projetos (MATTOS, 2006, p.66).

Bonfada et al (2012) referem-se ao conceito de clínica ampliada como uma via possível de operacionalização da integralidade, uma vez que reconhece que as pessoas não se



limitam às expressões das doenças de que são portadoras, mas são o resultado de um complexo processo que mescla aspectos de sua história individual, compreendendo-a em um contexto sócio-histórico e político mais amplo. Todavia, o modelo de atuação da clínica tradicional, ainda hegemônica nos serviços de saúde, prioriza uma atenção essencialmente individual, curativista e biologicista, baseada, tão somente, na lógica da queixa-conduta, reduzindo os indivíduos a receptores de intervenções técnicas. Essa clínica precisa ser urgentemente repensada, sabendo-se que ela responde a interesses mercadológicos do capital, cada vez mais presentes e focalizados na privatização da saúde.

Pensar as práticas de integralidade que se constroem nessa dimensão micropolítica do trabalho em ato nos remete ao reconhecimento da potência inventiva dos trabalhadores da saúde, que todos os dias se desafiam ante o imprevisível. As normas antecedentes, cristalizadas em protocolos, nunca darão conta da diversidade de situações e de pessoas que chegam aos serviços. E é justamente nesse espaço intercessor – na distância entre o que está prescrito e a realidade que não cabe na prescrição – que o trabalhador necessita diariamente reinventar-se, muito embora cada um reinvente-se a sua maneira, com seus valores e suas implicações (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2010).

Diz-se, então, de uma integralidade que se expressa para além das prescrições terapêuticas protocoladas, mas que se constrói cotidianamente a partir de cada realidade que se apresenta e que é única. Integralidade que se potencializa na capacidade criativa de cada trabalhador que se vê diante de desafios diários e, por vezes, maiores e não contemplados pelas situações previstas nos protocolos de intervenção. Conforme asseveram Gomes et al (2010, p.20):

A atividade desses trabalhadores aponta para invenções, criação de estratégias, que permitem lidar com adversidades que se apresentam em todos os instantes, mas também para padrões habituais de ação, que uma vez aprendidos ou incorporados, facilitam sua realização. Não há uma atividade que opere todo o tempo num regime fixo de produção de novidades ou uma que seja só submissão e reprodução [...] Ainda que se possa apoiar em protocolos que direcionem a ação, o trabalho em saúde não se limita a ele, uma vez que as situações que emergem no cotidiano são sempre singulares, em condições específicas, com usuários diferentes e desdobramentos diversos.

Na contramão desse processo, muitas vezes nos deparamos com tentativas de objetivação dos espaços de trabalho, que tendem a coisificar o trabalhador, a padronizá-lo tal como um elemento de linha de montagem, sobretudo no sentido de neutralizar seu componente afetivo. O trabalho mecanizado aprisiona os trabalhadores em seus códigos profissionais, mediante tarefas quase que ensaiadas de tão normativas. E é na medida em que

o trabalhador tenta escapar a essa mecanização, negociando e atualizando as renormalizações possíveis, que ele se potencializa enquanto ator inventivo e constituinte desse processo (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2010).

É fundamental salientar que não se pretende com isso simplesmente descartar os protocolos já existentes, afinal eles constituem uma base necessária e dizem do esforço de sistematização de profissionais pioneiros em suas práticas. O que se pauta aqui é a possibilidade de não se restringir a isso, uma vez que as práticas de cuidado em saúde não são da ordem da mera execução. Trata-se, antes, da capacidade de estar aberto ao outro que nos chega com sua história de vida, desejos, medos e peculiaridades.

Nesse sentido, chegamos a uma noção de integralidade como um saber-fazer que é essencialmente ético e, portanto, culmina no cuidado com o outro. Integralidade como postura política capaz de reorientar as práticas hegemônicas em saúde, munida com valores éticos e necessariamente coletivos. Para além da garantia dos direitos constitucionais, trata-se de uma práxis que preconiza a legitimação da alteridade, que se faz no encontro com o outro, adoecido, com vontades, desejos, expectativas e histórias de vida diversas. Por isso nem sempre esse encontro é confortável e isento de conflitos. Ele desacomoda o profissional, o desafia ao risco do não saber, o retira da nossa zona de conforto moralista e normativa, mas ao mesmo tempo incita formas de trabalho mais potentes e saudáveis (GOMES; et al, 2010).

Ante o exposto, cabe reforçar que todos os sentidos possíveis atribuídos à integralidade implicam na recusa radical ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, o que necessariamente repercute na proposição de novos arranjos institucionais e políticos. Trata-se de um audacioso projeto de mudança da concepção e das práticas de saúde o que, portanto, lhe confere um caráter notadamente contra-hegemônico, tendo em vista todos os conflitos de poder e interesses econômicos em jogo nesse cenário de disputas. Merhy (2013) nos fala de um projeto ético-político que objetiva a defesa intransigente da vida através de construções mais solidárias e igualitárias.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Compreender, sob a perspectiva dos residentes egressos, como a integralidade do cuidado se expressa no processo formativo da Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Descrever as práticas de trabalho desenvolvidas pelos residentes multiprofissionais ao longo do processo formativo;

Identificar, na perspectiva desses atores, quais práticas, dentre as desenvolvidas, se revelam como interprofissionais;

Compreender, na perspectiva dos residentes, quais os sentidos da integralidade e quais as atividades de formação vinculadas a essa diretriz;

Analisar eventuais confluências e divergências que marcam esses residentes em seus grupos profissionais específicos, principalmente no que diz respeito às diversidades presentes nas concepções concernentes à integralidade;

Identificar os eventuais obstáculos, bem como elementos facilitadores, da concretização da integralidade nesse processo de formação.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Pesquisa qualitativa

Considerando que o objeto em estudo é o elemento determinante para a definição do método (BOSI, 2012; FLICK, 2009a), essa pesquisa foi realizada a partir de um referencial de pesquisa qualitativa. Pretendemos acessar os significados e compreensões dos residentes multiprofissionais acerca do processo formativo acionado pela Residência em Cancerologia, no que concerne à integralidade do cuidado, tal como aqui concebida. Consoante Mercado-Martínez e Bosi (2007), a pesquisa de tradição qualitativa situa-se na contramão do viés positivista, caracterizando-se, essencialmente, pela negação da existência de verdades universais e absolutas. Não trabalhamos com a expectativa de descobrir uma verdade, mas de construir interpretações de realidades sociais complexas, captando o que há de subjetivo e simbólico nessas expressões, que são necessariamente recortes locais e temporais. Trabalhar o qualitativo implica entrar em contato com aquilo que é específico do humano e, inclusive, reconhecer que pesquisadores e pesquisados se aproximam ontologicamente e, portanto, influenciam-se mutuamente.

Tradicionalmente o enfoque qualitativo se aplica ao estudo das relações, das crenças, das representações, opiniões e percepções humanas, nos remetendo, pois, a respostas que não cabem em quantificações. Os resultados encontrados são essencialmente narrativas, construções discursivas dos sujeitos sobre suas experiências, não cabendo reproduzi-las ou generalizá-las indiscriminadamente. Não se pretende chegar a uma mensuração da realidade, mas à compreensão profunda dos fenômenos que a constituem, a partir de um raciocínio lógico-dedutivo, de um contexto geral em direção ao particular (MARTÍNEZ-SALGADO, 2012).

Nesse sentido, fica mais fácil entender a origem das tão recorrentes críticas e da constante comparação às pesquisas de tradição quantitativa, sobretudo no que diz respeito à suposta fragilidade científica da pesquisa qualitativa. É importante ressaltar aqui que não nos interessa essa polarização, até porque entendemos que esta comparação se faz a partir de critérios estabelecidos por uma racionalidade científica dominante, a quem interessa a produção seriada de verdades e, por isso mesmo, sem razão de ser. Porém, faz-se necessário demarcar suas diferenças: a pesquisa quantitativa não admite a possibilidade do erro, da incerteza, não contempla a subjetividade em suas análises; enquanto a qualitativa busca

reconhecer exatamente a variedade de perspectivas naquilo que parece homogêneo. Bosi é enfática ao afirmar que (2012, p.578):

[...] quem protagoniza o enfoque qualitativo não são os mesmos atores que alavancam o modelo biomédico ou epidemiológico-descritivo; tampouco os recursos que apoiam o primeiro são do mesmo vulto e derivam dos mesmos fundos que incentivam este último. Portanto, apagar as diferenças é uma postura, além de equivocada no nível ontológico, perigosa no que concerne à práxis no campo.

Outro elemento a ser considerado é que a pesquisa qualitativa não se restringe à mera aplicação de determinadas técnicas, como erroneamente se costuma associar, uma vez que a corrente qualitativa não se reduz ao procedimento utilizado. Apesar da grande variedade de correntes teóricas pertencentes à tradição qualitativa, pode-se afirmar que, mais do que simplesmente optar por uma entrevista, do pesquisador qualitativo espera-se uma postura e atitudes também qualitativas, por assim dizer (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2007). Espera-se um pesquisador que se reconheça enquanto sujeito epistêmico, que se afirme como elemento imprescindível no processo de produção de conhecimento, e não como uma variável a ser isolada da pesquisa. A vertente qualitativa opta pela radicalização da presença e da posicionalidade dos sujeitos – pesquisador e pesquisado - ao longo de todas as etapas da pesquisa, aspecto que irá demarcar sua imbricada relação com a reflexividade, tendo em vista o reconhecimento da subjetividade do pesquisador como elemento fundamental.

Ante o exposto, e após a experiência de imersão no campo de pesquisa, ratificamos que não se pode esperar uma linearidade nas etapas constituintes de um processo de pesquisa qualitativa, na medida em que estas provavelmente demandarão ajustes e flexibilização. Diz-se de um processo que precisa ser circular, aberto às intempéries decorrentes do confronto com as circunstâncias do campo de pesquisa. Desse modo, nossa pesquisa configurou-se a partir de um projeto que foi norteador de nossas ações, de extrema importância no momento de planejamento, mas vulnerável às eventuais surpresas e demandas da empiria, tal como detalharemos a seguir.

## **4.2 Cenário da pesquisa**

Essa pesquisa, conforme já aludido, analisou a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), com ênfase em Cancerologia. A RIS-ESP/CE foi implantada em maio de 2013, contemplando em seu primeiro edital (2013-2015) a oferta de quatro programas de RMS, distribuídos nas seguintes ênfases: Saúde da Família e

Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva – constituindo o denominado Componente Comunitário – e a ênfase em Cancerologia – até então a única a constituir o Componente Hospitalar, uma vez que tinha como instituição executora e cenário de atuação um hospital, o Instituto do Câncer do Ceará. As ênfases comunitárias, por sua vez, tiveram seus cenários de prática distribuídos nos serviços de saúde de 10 municípios do interior do estado do Ceará. Ao todo, foram oferecidas 222 vagas para todo o programa, sendo 24 destas para a ênfase em Cancerologia.

Nas turmas seguintes, cujos editais foram lançados para as turmas de 2014-2016 e 2015-2017, foram mantidas as ênfases anteriores, mas somaram-se ao “Componente Hospitalar” outras sete ênfases, distribuídas em hospitais constituintes das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Ceará, conforme explicitado a seguir: Enfermagem Obstétrica e Neonatologia (ambas no Hospital Geral Doutor César Cals), Pediatria (no Hospital Infantil Albert Sabin), Infectologia (no Hospital São José de Doenças Infecciosas), Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade (no Hospital Geral de Fortaleza), Cuidado Cardiopulmonar (no Hospital de Messejana) e Urgência e Emergência (no Instituto Doutor José Frota), conforme especificado no quadro abaixo.

Os hospitais compõem, obviamente, o principal cenário de aprendizagem para o componente hospitalar e os municípios e suas RAS, a SESA e as Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado, os cenários do componente comunitário. É válido ponderar também que, no intervalo de tempo de um ano, a RIS-ESP/CE ampliou sua oferta de vagas de 222 para 327, em todo o estado do Ceará, o que não necessariamente foi acompanhado de uma ampliação da equipe técnica e pedagógica condutora dos programas.

Quadro 01 - Caracterização da Residência Integrada em Saúde da Escola de saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2017.

Nome do Programa	Instituição Formadora	Área de Atuação	Cenário de Aprendizagem	Categorias profissionais incluídas	Quantidade e de vagas por turma <sup>1</sup>
Residência Integrada em Saúde	Escola de Saúde Pública do Ceará	Saúde da Família e Comunidade	Territórios da ESF dos municípios do Estado do Ceará	Enfermagem	34
				Fisioterapia	17
				Nutrição	17
				Odontologia	17
				Psicologia	17
		Saúde Mental	Rede de Atenção Psicossocial dos municípios do	Educação Física	8
				Enfermagem	12
				Psicologia	12
				Serviço Social	10

			Estado do Ceará	Terapia Ocupacional	10
		Saúde Coletiva	Região de Saúde e municípios de abrangência	Todas as categorias profissionais da saúde	26
		Cancerologia	Instituto do Câncer do Ceará – Hospital Haroldo Juacaba	Enfermagem	4
				Farmácia	4
				Fisioterapia	4
				Nutrição	4
				Psicologia	4
		Cardiopneumologia	Hospital de Messejana	Serviço Social	4
				Enfermagem	3
				Farmácia	2
				Fisioterapia	2
				Nutrição	2
		Infectologia	Hospital São José	Psicologia	3
				Serviço Social	2
				Enfermagem	4
				Farmácia	2
				Fisioterapia	2
		Neonatologia	Hospital Geral Cesar Cals	Nutrição	2
				Serviço Social	3
				Terapia Ocupacional	2
				Enfermagem	4
				Farmácia	2
				Fisioterapia	4
				Fonoaudiologia	3
				Nutrição	3
		Odontologia	-		
		Psicologia	3		
		Serviço Social	2		
		Terapia Ocupacional	3		
		Enfermagem Obstétrica	Hospital Geral Cesar Cals	Enfermagem	6
		Pediatria	Hospital Infantil Alberto Sabin	Enfermagem	3
				Fisioterapia	2
				Nutrição	3
				Odontologia	2
				Psicologia	3
				Serviço Social	3
				Terapia Ocupacional	2
		Urgência e Emergência	Instituto Dr. José Frota	Enfermagem	4
				Farmácia	2
				Fisioterapia	2
				Nutrição	2

				Odontologia	2
				Psicologia	2
				Serviço Social	2
<b>Total</b>					<b>327</b>

Fonte: Edital nº 63/2014 da RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2014b)

Na perspectiva da integralidade, da atenção e da formação em rede, a RIS-ESP/CE tem como macro objetivo a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde por meio da qualificação de profissionais, de forma a contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais (CEARÁ, 2013; 2014a; 2014b).

Em conformidade com a legislação vigente, a RIS-ESP/CE constitui modalidade de ensino de pós-graduação *Lato Sensu* (Especialização em caráter de Residência em Saúde), em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, caracterizando-se como educação para o trabalho, pela aprendizagem em serviço, no âmbito do Sistema Municipal/Estadual de Saúde ou Região de Saúde correspondente (BRASIL, 2009b; CEARÁ, 2014a; 2014b).

O programa tem duração mínima de 02 (dois) anos, sendo a carga horária total de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, respeitando-se a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, as quais se dividem em 80% de atividades práticas (imersão em serviço, plantões e estágios) e 20% de atividades teóricas (aulas teóricas modulares que abordavam temas transversais à área da saúde e temas específicos da ênfase, rodas tutoriais e estudo individual na modalidade de ensino à distância - EAD) ou teórico-práticas (Roda de Núcleo e Roda de Campo), segundo as normas da legislação vigente (CEARÁ, 2013; 2014a; 2014b).

O desenho pedagógico da RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2012) prevê a composição de dois âmbitos de conhecimentos e práticas: o “núcleo”, que demarca a identidade e os elementos próprios de cada profissão; e o “campo”, que remete a um contexto ampliado e de interface entre as várias categorias, entendendo-os não como conceitos excludentes, mas complementares e necessariamente imbricados (CAMPOS, 2000).

É na concretude do cotidiano do trabalho que se lida “com a necessária superposição de limites e o borramento de fronteiras, típicos da realidade atual, percebe-se a imprecisão dos limites do campo com base na interdisciplinaridade e multiprofissionalidade dos núcleos que compõem o trabalho em saúde” (FAJARDO, 2011, p.40).



Considerando-se as especificidades desse trabalho, detalharemos um pouco mais o contexto da ênfase em Cancerologia. A RIS-Cancerologia contou com um total de três turmas finalizadas no Instituto do Câncer do Ceará, tendo rompido em 2017 a parceria com a ESP em função de inúmeros conflitos entre as instituições, relativos principalmente à concepção e à condução pedagógica do programa. O edital da ESP/CE N° 49/2016, regulador do processo seletivo para a quarta turma (2017-2019) até prevê a ênfase em Cancerologia, porém apresenta como cenário de lotação as redes estadual e municipal de atenção à pessoa com câncer, contemplando outros hospitais e equipamentos de saúde do município de Fortaleza (CEARÁ 2016).

Já o ICC submeteu um novo projeto de RMS independente da ESP/CE, aprovado pelo Ministério da Saúde ainda em 2016, e hoje segue com a segunda turma em curso do seu programa em Cancerologia, acumulando agora as funções de instituição executora e formadora.

As três turmas constituíram, pois, o resultado de uma parceria, firmada mediante convênio entre uma escola de governo (dita instituição formadora) e um hospital privado de caráter filantrópico (nomeado instituição executora), onde a cada um caberia papéis específicos. A instituição formadora ofereceu o programa de residência, responsabilizando-se pelos editais, condução dos processos seletivos e matrículas, além de ter conduzido o processo pedagógico de cada turma ao longo dos dois anos. E à instituição executora correspondeu a responsabilidade pelo lócus de atuação dos residentes, contando com equipe local de coordenador e preceptores, onde se desenvolveu o maior percentual de carga horária prática (CEARÁ, 2012).

A RIS-Cancerologia, ambientada em um hospital de referência no tratamento oncológico no estado do Ceará, objetivava formar lideranças técnicas, científicas e políticas para a qualificação das linhas de cuidado da Atenção à Pessoa com Câncer, e ofertou, a cada edital, quatro vagas para cada uma das seis categorias profissionais componentes do programa: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social (CEARÁ, 2012).

O ICC, criado em 26 de novembro de 1944, caracteriza-se como uma instituição privada e sem fins lucrativos, tido, portanto, como uma entidade beneficente-filantrópica, o que exige dele a garantia de atendimento de, no mínimo, 60% dos pacientes pelo SUS, muito embora atenda também a convênios e particulares. Considerado um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), é a instituição mantenedora de quatro negócios que operam de modo interligado, a saber: o Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ), a Escola Cearense

de Oncologia (ECO), a Casa Vida (casa de apoio destinada ao acolhimento de pacientes e familiares procedentes do interior do Estado) e o Centro Oncológico São Mateus (CEARÁ, 2012).

O hospital conta com uma estrutura de 140 leitos, distribuídos entre apartamentos (destinadas aos convênios e particulares) e enfermarias coletivas (reservadas aos pacientes do SUS), além de unidades ambulatoriais, centro cirúrgico com capacidade para seis cirurgias simultâneas, centro de imagem, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Intercorrências Clínicas, setor de Oncologia Clínica, Radioterapia e Medicina Nuclear, contemplando, portanto, as principais modalidades de tratamento no mesmo serviço (CEARÁ, 2012). O ICC oferta ainda, há 16 anos, o Programa de Residência Médica em Cancerologia, credenciado pelo MEC, cujas vagas são anualmente distribuídas nas áreas de Cancerologia Cirúrgica, Cancerologia Clínica, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Radioterapia, Mastologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Patologia (CEARÁ, 2012). Nesse sentido, reforçamos mais uma vez que, apesar de acontecerem no mesmo cenário de trabalho, a RM e a RMS são conduzidas e coordenadas por editais e equipes absolutamente independentes.

Quanto aos cenários de trabalho dos residentes multiprofissionais, a ênfase em Cancerologia previa um percurso de 19 meses nos setores internos do hospital, distribuindo-os em rodízios de aproximadamente três meses nas Unidades Cirúrgicas e de Internação, na Quimioterapia, na Radioterapia, na Unidade de Terapia Intensiva, na Unidade de Intercorrência do Câncer (algo similar a uma emergência para o atendimento de pacientes que já estavam em tratamento) e nos Cuidados Paliativos. No mais, somavam-se ao percurso do residente um mês de estágio externo na Atenção Primária em Saúde, um mês de estágio externo em uma Unidade de Onco-Pediatria (realizada no Centro Pediátrico do Câncer vinculado ao Hospital Infantil Albert Sabin) e um mês de estágio eletivo, a ser realizado em qualquer instituição nacional ou internacional relacionada à oncologia e de interesse do residente.

Uma vez imersos nos cenários de atuação, a integração do currículo na perspectiva da integralidade da atenção, se dá mediante a composição dos profissionais de saúde residentes, sob supervisão de preceptores, em equipes multiprofissionais nos cenários de aprendizagem pelo trabalho nos territórios, serviços/dispositivos dos Sistemas Municipais e Estadual de Saúde, Rede Hospitalar, Região de Saúde e Rede Intersetorial ligados às instituições executoras, tendo como eixo norteador o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional, de modo a propor ações que fomentem o cuidado à saúde e cujos processos

de trabalho sejam centrados nas necessidades dos indivíduos, famílias e coletividades (CEARÁ, 2013).

Tendo em vista que se trata de um programa de formação que se dá pela atuação em serviço, o preceptor constitui função imprescindível para a consolidação de seus objetivos. Os preceptores são profissionais da assistência que, articulando o processo de ensino-aprendizagem com as práticas de cuidado desenvolvidas no ambiente de trabalho, redimensionam sua expertise e conhecimento naquela área profissional para atuação docente junto aos residentes (FAJARDO; CECIM, 2010).

De acordo com o Regimento Interno da RIS-ESP/CE, os critérios exigidos para a função de preceptoria preveem que os profissionais indicados tenham curso de graduação e mínimo de três anos de experiência na área da ênfase ou titulação acadêmica de especialização, que exerçam atividades assistenciais e de orientação técnica aos profissionais-residentes inseridos na RIS-ESP/CE, onde ambos devem atuar conjuntamente para o planejamento local dos processos de trabalho desenvolvidos (CEARÁ, 2013). É importante pontuar que, quando da implantação do programa e consolidação da primeira turma, muitos dos profissionais convocados à preceptoria não tinham experiência anterior com a função de docência em serviço com residentes.

### **4.3 Sujeitos de Pesquisa**

Em nosso projeto de pesquisa objetivamos inicialmente contemplar todo o universo da amostra dos 66 residentes egressos do Programa RIS-Cancerologia, de modo a incluir todas as categorias profissionais constituintes do curso. Todavia, considerando-se a exequibilidade da pesquisa no tempo de um mestrado acadêmico, os critérios de inclusão definiram como participantes somente os residentes que tinham concluído integralmente o curso, tendo sido certificados pelo programa. Foram excluídos os residentes que, na ocasião da coleta, não estavam ou não residiam no município de Fortaleza, bem como aqueles com indisponibilidade de horários para participar dos grupos.

Desse modo, a pesquisa contou com a participação de 30 residentes, distribuídos nas respectivas categorias profissionais: 06 enfermeiras, 04 farmacêuticas, 03 fisioterapeutas, 02 nutricionistas, 07 psicólogos e 06 assistentes sociais, contemplando, assim, toda a diversidade de profissões existentes no Programa de Residência em questão. A distribuição dos residentes por turma constituiu-se da seguinte forma:

- ✓ Turma 01 (2013 - 2015) – 07 residentes (01 enfermeira; 01 fisioterapeuta; 03 psicólogos e 02 assistentes sociais)
- ✓ Turma 02 (2014 – 2016) – 08 residentes (03 enfermeiras; 01 farmacêutica; 02 fisioterapeutas; 02 psicólogas)
- ✓ Turma 03 (2015 – 2017) – 15 residentes (02 enfermeiras; 03 farmacêuticas; 02 fisioterapeutas; 02 nutricionistas; 02 psicólogas; 04 assistentes sociais).

Mais à frente, na sessão dos Resultados e Discussão, apresentaremos alguns excertos dos discursos dos sujeitos participantes dos grupos focais, que serão catalogados da seguinte forma no texto: utilizaremos as três letras iniciais referentes ao nome das profissões dos entrevistados, seguidas das iniciais e dos números que identificam a turma à qual o residente em questão pertence, se T1 (turma 01), T2 (turma 02) ou T3 (turma 03). As categorias profissionais serão sinalizadas assim: ENF (enfermeiros); FAR (farmacêuticos); FIS (fisioterapeutas); NUT (nutricionistas), PSI (psicólogos) e ASS (assistentes sociais). Por exemplo, NUT/T2, corresponde à fala de um nutricionista da turma 02, assim como PSI/T3 corresponde à fala de um psicólogo da turma 03, e assim por diante.

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa mediante contato por e-mail e por grupos de *whatsapp*, tendo em vista a viabilidade de reuni-los em um mesmo contexto onde pudéssemos definir os horários possíveis e comuns a todos. Em ambas as comunicações foram detalhados os objetivos e etapas da pesquisa, bem como as técnicas selecionadas para a construção das informações. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), após a devida leitura e explanação dos questionamentos e dúvidas sobre a pesquisa.

#### **4.4 Técnicas de aproximação com o objeto**

Para obtenção do material empírico, definimos como técnica principal o grupo focal e, conforme a necessidade sinalizada pelo campo empírico, havíamos previsto a realização de entrevistas individuais não diretivas, para fins de complementação e aprofundamento das informações obtidas nos grupos. Entretanto, mediante a qualidade e a recorrência das informações coletadas nos grupos, consideramos que as entrevistas individuais não foram necessárias.

De acordo com Flick (2009a), o grupo focal caracteriza-se como uma entrevista coletiva acerca de um tema específico previamente delimitado, beneficiando-se do potencial

atrelado ao aspecto interativo produzido na e pela dinâmica grupal, que estimula a produção de dados pelos participantes. Esse mesmo autor recomenda que os grupos sejam constituídos por 06 a 08 pessoas, pelo período de 30 minutos a 2 horas, contando com o auxílio de um moderador, além do pesquisador principal. Ao pesquisador, cabe o cuidado atento de forma a garantir e estimular a participação de todos os membros do grupo, moderando, de forma sutil, tanto os que se destacam excessivamente como os que permanecem muito reservados. O moderador deve auxiliar principalmente em relação ao registro das informações.

A opção pelo grupo focal nesse caso, em consonância com a literatura, justificou-se pelo fato de tentarmos potencializar a interação grupal já existente nas turmas de residentes, tendo em vista que eles compartilharam uma experiência formativa pelo período de dois anos.

As vantagens associadas à utilização de grupos focais dizem respeito à riqueza das informações produzidas pela interação coletiva de sujeitos, principalmente quando comparadas às entrevistas individuais, além do menor tempo para sua realização. Já as desvantagens relacionam-se à dificuldade em conseguir reunir várias pessoas em um único momento, bem como ao complexo registro dos dados e identificação dos participantes (FLICK, 2009a). Acrescente-se o limite de tempo de fala para cada participante, aspecto que não observamos nos grupos realizados.

A construção das informações no campo de pesquisa teve início em 05/10/17 e foi encerrada em 21/12/17, totalizando a realização de sete grupos focais, sendo realizados dois grupos na Turma 01, dois grupos na Turma 02 e três grupos na Turma 03, conforme distribuição já sinalizada no tópico anterior. Todos os grupos foram conduzidos pela pesquisadora e por um moderador auxiliar convidado, que só não esteve presente no último grupo realizado. Vale pontuar que, tendo em vista a existência de uma relação anterior profissional, e em alguns casos pessoal, da pesquisadora com os participantes, a presença do moderador nesse momento foi de fundamental importância, no sentido de garantir que determinados temas e questões, aparentemente já naturalizados pela pesquisadora, pudessem ser melhor questionados e aprofundados.

Consoante com os dados referidos por Flick (2009a), destacamos as várias dificuldades encontradas para a efetivação da pesquisa de campo, tendo em vista a enorme incompatibilidade e variedade de horários entre os sujeitos participantes, o que inviabilizou a organização de mais grupos focais. Diante disso, de modo a possibilitar esses encontros, flexibilizamos o máximo possível a disponibilidade de horários e locais, no sentido de garantir maior comodidade aos convidados. Assim, os grupos foram realizados nos mais

diversos espaços, tais como cafeterias, na casa dos próprios residentes, na casa da pesquisadora, em dias e horários igualmente variados. Em todos os grupos foram abordadas as mesmas questões norteadoras (conforme roteiro no apêndice B), de modo a aprofundarmos as percepções dos residentes acerca das contribuições do processo formativo disparado pela RIS-Cancerologia no que concerne à integralidade do cuidado.

Todos os grupos foram gravados em áudio, com a devida autorização prévia dos participantes, e transcritos pela própria pesquisadora, de modo a garantir, para além do discurso digital, o analógico das gravações, onde se expressam os silêncios, as entonações e as emoções, na maioria das vezes desprezadas pela transcrição tradicional, ou seja, aquela delegada a transcritores alheios à investigação. Os grupos tiveram uma duração média de 60 minutos, totalizando 156 páginas de texto para análise, destacando-se aqui a imensa dificuldade desta tarefa, mas, ao mesmo tempo, a também imensa importância desta fase. Conforme Manzini (2008), consideramos o ato da transcrição para além de uma etapa meramente técnica da pesquisa, mas como uma possibilidade de pré-análise que já se antecipa na medida em que nos deparamos com as informações em forma de texto.

Tornamos a destacar que, apesar do objetivo inicial de contemplarmos todo o universo dos 66 residentes egressos, finalizamos a coleta dos dados com um total de 30 residentes, considerando-se o critério que excluía os que não estivessem em Fortaleza, bem como a dificuldade logística de reuni-los em grupos. Nesse contexto, pontuamos que, embora não tenhamos recorrido ao critério de saturação teórica para a definição da quantidade de grupos focais realizados, ainda assim pudemos constatar, a partir da análise dos dados, que a diversidade dos dados construídos em campo mostrou-se qualitativamente suficiente para o alcance dos objetivos pretendidos pela pesquisa, muito embora se reconheça que a complexidade dos fenômenos sociais nunca será totalmente capturada. Mais que o alcance de um número amostral, importou a qualidade e a profundidade das informações construídas pelo pesquisador e pelos sujeitos pesquisados.

#### **4.5 Processamento e interpretação do material empírico**

Frente à variabilidade de possibilidades analíticas para a pesquisa qualitativa, recorremos aos fundamentos epistemológicos da Hermenêutica Crítica de Gadamer. A hermenêutica, no século XV, surge a partir da preocupação e do esforço de uma interpretação correta dos textos bíblicos, estendendo-se posteriormente também aos textos jurídicos, na medida em que ambos eram considerados complexos e inacessíveis em termos interpretativos.

Todavia, Schleiermacher pondera que, mesmo em se tratando de textos aparentemente mais simples, ainda assim a hermenêutica seria pertinente, tendo em vista a constante necessidade humana de interpretação (LAWN, 2010).

À tradição inaugural de Schleiermacher, seguiram-se produções acerca da hermenêutica de vários outros teóricos, dentre os quais destacamos Dilthey, Heidegger, Gadamer e Ricoeur. Considerando-se a impossibilidade de aprofundamento sobre as perspectivas de todos esses autores, nos deteremos aqui a apresentar alguns aspectos apontados pela hermenêutica filosófica de Gadamer, relativos à compreensão dos textos, de modo a elucidar e colaborar com as etapas do processamento de informações de nossa pesquisa.

Hottois (2002) pontua o esforço de Gadamer em situar a hermenêutica na contramão da racionalidade metódica das ditas ciências da natureza, ratificando a impossibilidade de reduzir as ciências do homem (ou do espírito) à mesma análise positivista, na medida em que o sentido não é algo passível de objetivação. Ao contrário das ciências naturais, a hermenêutica ocupa-se “mais uma questão de sensibilidade, de gosto, de intuição, de imaginação, do que de método, de objetividade e de progresso. A hermenêutica é, assim, mais poética que científica” (HOTTOIS, 2002, p. 347).

Denzin e Lincoln (2006) apontam para quatro características centrais da Hermenêutica Filosófica gadameriana, a saber: (1) a compreensão não é uma tarefa pontual regida por regras generalistas, ou ainda um método para construção do conhecimento, mas trata-se de uma condição ontológica existencial do humano; (2) o intérprete situa-se sempre no tempo, na história e em uma cultura, não sendo possível excluir seu preconceito sócio-histórico no ato de interpretar; (3) a compreensão é dialógica e relacional, produzida pela intersubjetividade e mediada pela linguagem, de modo que a interpretação final é fruto de uma negociação de significados do interpretado com o intérprete; e (4) a hermenêutica não objetiva propor um protocolo metódico para se chegar à compreensão, mas esclarecer em que condições esta acontece.

A hermenêutica sugere o círculo hermenêutico como um movimento necessário à compreensão, que implica em entender a totalidade do texto a partir de suas partes, bem como entender as partes na sua relação com o todo. Sendo que, a cada movimento desse círculo, novas informações podem ser descobertas, modificando de forma recorrente a compreensão do texto. Acrescente-se ainda que, a essa suposta totalidade do texto, podem ser incorporados elementos inicialmente externos a ele, tais como outros textos, a cultura e elementos biográficos do interpretado e do intérprete, dentre outros (LAWN, 2010). Assim, uma postura

hermenêutica crítica deve sempre considerar o contexto do texto que analisa, para a qual, “o discurso sempre expressa um saber compartilhado com outros e marcado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura” (MINAYO, 2014, p. 344).

Desse modo, o processo de análise das informações implicaria na fragmentação do texto em categorias menores, seguindo-se da análise das relações observadas entre elas. Todavia, isso não seria suficiente para acessarmos os sentidos do texto, uma vez que se faz necessário observá-lo a partir do seu contexto de produção, evocando ainda outras exterioridades que possam influenciá-lo para, enfim, chegar aos significados possíveis naquele momento. Nesse sentido, Kahlmeyer-Mertens (2017) amplia essa perspectiva do círculo hermenêutico, na medida em que não se trata de chegar ao conhecimento de uma verdade universal e definitiva, mas de reconhecer que essa produção de conhecimento está demarcada em uma temporalidade, e que é inesgotável e incessante a cada nova circularidade.

Segundo Gadamer (1999), a compreensão remete a uma fusão de horizontes, mediante uma negociação das perspectivas do intérprete com as perspectivas do interpretado, a partir de onde se produz uma compreensão que será necessariamente histórica e influenciada pelo seu contexto. Desse modo, entendemos que o discurso produzido pelos informantes desta pesquisa será o resultado do encontro de suas perspectivas com as nossas perspectivas de pesquisador, de onde se pretende chegar ao produto final da dissertação, considerando-se sempre suas demarcações e contextualizações temporais e históricas.

No que concerne ao processamento e análise das informações construídas no campo de pesquisa, optamos pela sequência de etapas descritas a seguir, embora seja necessário ressaltar que este sequenciamento, apesar de importante e ordenador do trabalho, muitas vezes é meramente didático, tendo em vista a impossibilidade dessa linearidade, uma vez que as fases percorridas durante o trabalho não se apresentam estanques. O fazer da pesquisa nos exige uma postura muito mais circular e flexível, demandando um constante movimento de aproximação e afastamento entre as proposições analíticas e os achados empíricos.

Desse modo, após a transcrição dos grupos focais na íntegra, partimos para a organização dos dados empíricos, que compreendeu o ordenamento, agrupamento e categorização do material. Vale salientar que o fato dos grupos focais terem sido transcritos por mim, possibilitou uma familiaridade ainda maior com os discursos. Na tentativa de buscar apreender uma coerência interna diante de tanto material, parti então para uma leitura exaustiva e horizontal de todos os grupos focais realizados, o que oportunizou a impregnação das informações que já começavam a delinear os primeiros sentidos subjacentes às falas dos



sujeitos e suas respectivas subdimensões. Na sequência, iniciei a leitura transversal de cada grupo focal separadamente, a fim de identificar o que me aparecia como recorrente e também o que era singular daquele grupo em questão.

Por fim, seguimos com o processo de análise, que consistiu basicamente no esforço de compreensão e interpretação crítica dos achados, bem como na identificação das “unidades hermenêuticas” nos trechos dos discursos derivados dos grupos focais. Para a construção da sessão dos Resultados e Discussão, concentrei-me nesse movimento de buscar estabelecer uma interface entre as categorias empíricas, construídas a partir da experiência em campo, com as categorias analíticas, que vinham sendo aprofundadas desde a elaboração do projeto, mas que foram acrescidas de outras buscas teóricas que pudessem colaborar com o processo interpretativo pretendido por mim.

Diante disso, a categorização do material empírico culminou em três eixos centrais, que constituíram a rede interpretativa deste estudo, a saber: 1) Interprofissionalidade; 2) Integralidade; 3) Interfaces entre Residências Multiprofissionais e Integralidade. Esses três eixos desdobram-se ainda em subdimensões, conforme especificado no quadro abaixo.

Quadro 2 – Rede interpretativa da pesquisa

<b>REDE INTERPRETATIVA</b>			
<b>TEMAS</b>	Interprofissionalidade	Integralidade	Interfaces entre Residências Multiprofissionais e Integralidade
<b>DIMENSÕES</b>	Práticas interprofissionais	Sentidos da integralidade	Residências X Integralidade
	Sentidos da Interprofissionalidade	Obstáculos para a integralidade	
	Atividades pedagógicas	Elementos facilitadores da integralidade	

Fonte: Elaborado pela própria autora.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A construção do material empírico junto aos participantes da pesquisa teve como critério a autorização dos mesmos, mediante a compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que hoje segue os preceitos estabelecidos na Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que dispõe sobre as

especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais de outras que utilizam metodologias próprias de outras áreas.

De acordo com Guerriero (2016), a referida resolução configura-se num avanço conquistado no que diz respeito à necessidade de uma avaliação ética que se faça mais coerente com as investigações científicas embasadas por outros paradigmas, para além dos clássicos positivistas, ainda bastante característicos e presentes na Resolução Nº 466/12. Dessa forma, há que se considerar que:

[...] as Ciências Humanas e Sociais tem especificidades nas suas concepções e práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma aceção pluralista de ciência da qual decorre a adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico (GUERRIEIRO, 2016, p.2622)

Nesse sentido, cabe destacar a ressalva feita por Robles-Silva (2012) ao afirmar que o simples cumprimento normativo dos preceitos previstos nos códigos de ética não garante, ou torna-se mesmo insuficiente para dar conta da complexidade e da diversidade dos dilemas éticos com os quais os pesquisadores se confrontam no trabalho de campo, principalmente em se tratando de pesquisas de tradição qualitativa. Gastaldo e Mckeever (2002) ratificam essa compreensão ao admitirem que, à investigação qualitativa, não compete uma ética implícita, mas que esta se constroi mediante uma prática reflexiva contínua em todas as etapas da pesquisa.

Ainda de acordo com Robles-Silva (2012), o trabalho de campo funda-se essencialmente a partir do contato e das relações que construímos com o outro e, portanto, suscetível a toda sorte de conflitos resultantes desse encontro entre pesquisador e sujeito pesquisado, demandando uma constante habilidade de negociação e flexibilidade do projeto original da pesquisa, confrontando os objetivos acadêmicos com o contexto cultural dos participantes.

Partindo desse referencial, nesta pesquisa, estivemos atentos aos possíveis aspectos éticos deflagrados em todas as suas etapas. No que se refere às técnicas utilizadas – grupos focais – consideramos o cuidado necessário desde o momento de elaboração das perguntas e questões norteadoras, de modo a evitar danos de natureza emocional pelo contato com temas sensíveis ou constrangedores. No mais, afirma-se a imprescindível relação de confiança e reciprocidade a ser estabelecida, de modo a garantir uma postura de atenção e respeito às experiências compartilhadas (GASTALDO; MCKEEVER, 2002).

Ainda no contexto das técnicas, atentamos para o cuidado ético necessário no momento das transcrições do material produzido, no sentido de garantir a apreensão das expressões verbais e não-verbais (incluindo aqui os silêncios e expressões corporais que por vezes escapam), evitando equívocos semânticos por erros gramaticais ou interpretativos. Considerando estes apontamentos, nesta pesquisa, as transcrições foram feitas pela própria pesquisadora.

O referido estudo foi submetido à Plataforma Brasil e, na sequência, encaminhado para avaliação no Comitê de Ética e Pesquisa da UFC, tendo sido aprovado através do protocolo da CAAE Nº 83343717.6.0000.5054. Somente após a aprovação, foi iniciado o contato com os sujeitos participantes. Eles foram devidamente esclarecidos acerca dos objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos da pesquisa, em linguagem compatível e adaptada ao seu entendimento, e sua participação esteve condicionada à assinatura do TCLE.

Tendo em vista os princípios bioéticos da beneficência e da não-maleficência, assumimos o compromisso de não causar nenhum dano aos sujeitos e de potencializar os possíveis benefícios. A autonomia dos participantes foi assegurada mediante o esclarecimento da participação voluntária, autorizada pela compreensão e assinatura do TCLE, bem como do direito à desistência a qualquer momento.

Por fim, espera-se que estudo possa contribuir com a qualificação dos programas de Residência Multiprofissional em Cancerologia, além de qualificar os processos de trabalho e de cuidado em saúde no contexto dos pacientes oncológicos, pelo estímulo à autoanálise e autogestão desses processos. Ratificamos o compromisso com a devolutiva dos resultados da pesquisa, que serão devidamente apresentados aos atores envolvidos e às instituições participantes da condução do programa de residência (ICC e ESP/CE), a fim de que sirvam de subsídios para o aprimoramento das próximas turmas da RMS em Cancerologia.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Interprofissionalidade**

Iniciaremos a discussão dos resultados a partir da temática interprofissionalidade, considerando-a como uma das estratégias possibilitadas pela RMS no sentido de garantir o alcance da integralidade do cuidado, objeto central desta dissertação. A partir da análise interpretativa dos discursos obtidos junto aos residentes multiprofissionais, optamos pela estruturação deste capítulo em três tópicos, que contemplarão a descrição das atividades

práticas e pedagógicas interprofissionais, bem como os sentidos de interprofissionalidade subjacentes às mesmas.

### 5.1.1 Atividades práticas interprofissionais

Dentre as atividades práticas reconhecidas como interprofissionais pelos residentes, destacaram-se, sobretudo, as práticas grupais desenvolvidas nos mais variados formatos e cenários do hospital, a depender do setor de lotação das equipes. Contemplavam práticas de sala de espera, com foco em educação em saúde, trabalhando temas específicos das modalidades terapêuticas, que emergiam como demandas percebidas pelas equipes. Além disso, havia grupos com um direcionamento mais terapêutico, no sentido de possibilitar um espaço de escuta e acolhimento das questões emocionais decorrentes da experiência de estar com câncer, sendo destinados tanto a pacientes como aos cuidadores.

A primeira coisa que me vem à mente são os grupos nos diferentes serviços né. Seja o grupo de acolhimento na Quimioterapia, o grupo que a gente fez com familiares, e as atividades de sala de espera. [PSI T1]

E tem os grupos de acolhimento também, que eram bem importantes né, que a gente recebia os pacientes e tudo, era uma oportunidade também de desenvolver a equipe toda. E também muito importante as salas de espera também. [FIS T2]

A frequência das atividades grupais corrobora os achados de Dall'gnol et al (2007), quando afirmam que as práticas grupais se destacam como uma atividade assistencial diferenciada, principalmente no sentido de possibilitar espaços de promoção e educação em saúde. Ao considerarmos o setting hospitalar como lugar cativo de práticas individuais e curativistas, percebe-se o quão inovador pode ser a proposição de se trabalhar com grupos nesse contexto, ressaltando-se uma perspectiva de fortalecimento da autonomia e da co-participação dos sujeitos participantes em seus processos de saúde-doença e cuidado.

Outro aspecto a ser ressaltado é que tais práticas eram restritas ao contexto da Residência Multiprofissional, não sendo realizadas pelos profissionais da instituição, fossem eles preceptores ou não, e sem a inclusão da categoria médica. A justificativa utilizada referia-se ao excesso de trabalho já previsto para a carga horária desses profissionais. Dessa forma, cabia aos residentes multiprofissionais o planejamento e execução de todo o processo, desde o reconhecimento dos cenários potenciais para os grupos, até a organização logística e material que o viabilizasse. Essas atividades contavam com a participação de (quase) todas as demais

categorias profissionais, salientando-se o protagonismo da Psicologia e do Serviço Social nos grupos com objetivo terapêutico, tendo em vista a maior aproximação e experiência destas categorias com o tema.

Mas assim, já existia estabelecido aquele rodízio, mas só pra residente. Assim, os profissionais mesmo não [...] Se o residente não faz, não acontece. [FAR T3]

Considerando-se esse cenário que estabeleceu tais atividades como “exclusivas da residência”, vale pontuar a imensa resistência de alguns profissionais e por vezes da própria gestão dos setores, em lidar com o excesso de novidades que a residência provocava. Configurava-se, então, um paradoxo que colocava os residentes num constante espaço de disputas e confronto, conforme observado no excerto a seguir:

Então assim, poderia haver trabalho multiprofissional, interprofissional, mas tinham os moldes. Eu acho que a tendência foi essa, teve um ponto que foi subindo, a gente foi trazendo muita novidade. Esses grupos né, de caráter mais educativo, eram bem aceitos pela instituição, mas quando queria mexer no processo de trabalho realmente que já existia dentro da instituição, aí eles botavam...usavam do poder e voltava. [ASS T1]

Desse modo, ao mesmo tempo em que eram estimulados pela equipe condutora do programa à proposição de novas práticas de trabalho no hospital, eram também boicotados em suas ideias pelas equipes locais, tanto em termos da governabilidade sobre algumas decisões, como em relação à autorização para estarem nessas atividades. Nesse aspecto, os participantes destacam que, em alguns núcleos profissionais, a dificuldade era ainda mais acentuada, muitas vezes pelo não entendimento da atividade proposta, tal como ilustrado abaixo:

Até que eu acho que psicologia e serviço social, a gente foi até privilegiado porque nós tínhamos preceptores bem abertos né [...] mas outros núcleos profissionais eram difíceis mesmo. Físio, farmácia...nutrição que se fechava bastante porque o serviço exigia isso. Então acabou que a prática ficava mais restrita ao núcleo profissional em si. E foi se perdendo muito nessa perspectiva da integração, do campo...era cada um desenvolvendo atividades isoladas e tentando se encaixar ali nos corredores né, tentando se encontrar. [PSI T1]

Nesse aspecto observa-se que, apesar do amplo movimento em prol da aprovação das diretrizes curriculares nacionais e conseqüentemente das mudanças desejáveis na formação básica das profissões da saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004) ratificam que, em termos de modelo pedagógico e concepções de ensino, ainda nos encontramos muito balizados pelo tradicional paradigma biomédico, reproduzindo profissionais formados para trabalhar numa perspectiva biologicista, tecnicista e fragmentada, que em muito os distanciam

do proposto eixo da integralidade e das necessidades de saúde das populações. Podemos inferir que essa maior implicação e habilidade diferenciada percebida nas áreas da Psicologia e do Serviço Social muito provavelmente refletem sua maior proximidade epistemológica com as chamadas “Ciências Sociais e Humanas” que, na interface com a saúde, possibilitam uma concepção mais ampliada e atenta aos “fluxos de vida na experiência concreta dos adoecimentos” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 1409). Outros aspectos relativos a essa dificuldade de relação com a preceptoría serão tratados em seção posterior, por ocasião da discussão sobre os obstáculos para a integralidade apontados pelos residentes.

Outra prática citada como exemplo de interprofissionalidade refere-se ao que muitos deles denominaram de “*atendimento à beira do leito*”, que acabavam por constituir *visitas diárias interprofissionais* aos pacientes internados. Nesse ponto, o grande destaque conferido pelos residentes aponta para o ganho adquirido a partir da possibilidade e da habilidade desenvolvida de entender e reconhecer o fazer dos outros profissionais. Ressalta-se ainda que, inicialmente, a maioria dessas visitas acontecia sem a presença da categoria médica e, com o passar do tempo, é que os residentes multiprofissionais conseguiram sutilmente inserir-se nessas atividades, conforme ilustrado nos relatos a seguir.

As consultas que nós fazíamos à beira do leito, eu considero interprofissional. [ENF T1]

E observava também da prática da outra profissão né, porque assim, ah nesse paciente precisa mais de uma fisio, e dava uma orientação, o pessoal da Nutrição. A gente sempre conseguia identificar nessas visitas qual era a profissão que poderia ajudar, sempre identificava qual a profissão do outro durante a avaliação do paciente. [FIS T2]

Até as visitas nos mesmos moldes iniciais, já mais pro final, também mudaram. Porque querendo ou não sempre houve visitas médicas e a gente foi se inserindo aos poucos, né? A gente acompanhava as visitas médicas. Aí depois também teve uma proposta de fazer as visitas que a multi faz. Inclusive falando o que você faria por esse paciente em cada visita. Era legal. [ENF T3]

Observa-se, assim, que, ainda que dispostos no mesmo cenário de trabalho e, portanto, responsabilizando-se pelos mesmos pacientes, a aproximação entre os residentes médicos e os residentes multiprofissionais não aconteceu de modo natural e sem resistências. Ao invés de configurar uma atividade que obrigatoriamente integrasse todas as profissões em cena, muito da potencial relação que se poderia desenvolver acabava ficando a cargo da iniciativa de alguns residentes mais insistentes, apesar do incômodo com a situação, como aponta a seguinte fala:

[...] eu acho que, assim, olhar a Residência Médica e os outros (RISOS). Então eu via muito: ah, os meninos da Residência Multi estão chegando aí, como se a gente já não estivesse e fosse parte daquele espaço. Porque nós não éramos visitantes, nós fazíamos parte de um processo, que eles também faziam, que os residentes médicos também faziam, então no começo era estranho falar da Residência Médica e Residência Multi como duas coisas que não se complementam, porque parecia isso. E na verdade se complementam, são residências diferentes, tem que ser diferentes porque possuem olhares outros, apesar de que eu acho que algo pode ser mudado, mas se era pra conversar, no começo não havia tanto essa conversa. [PSI T2]

Uma última atividade apontada, e destacada como específica da realidade da Turma 03, refere-se aos que eles nomearam como *ambulatório pré-cirúrgico*. Originalmente tratava-se de um serviço ambulatorial multiprofissional destinado a realizar avaliações iniciais de pacientes com indicação de tratamento cirúrgico, ao qual deveriam ser encaminhados tão logo se confirmasse o diagnóstico e a proposta terapêutica. Desse modo, reuniam-se em uma mesma sala, seis profissionais (representantes de cada categoria), além do pessoal de apoio administrativo. Uma vez iniciado nesse fluxo, esperava-se que cada paciente fosse atendido por todos, e no menor tempo possível (aspecto que era literalmente cronometrado), de modo a se identificarem precocemente os encaminhamentos necessários ao bom andamento da cirurgia. Merece destaque o fato de que, mesmo avaliações como a da Psicologia e do Serviço Social, aconteciam no mesmo espaço físico compartilhado, sem nenhuma preocupação com a privacidade dos atendimentos, para além de outras questões éticas concernentes ao questionamento da qualidade de uma avaliação que tem um tempo padrão para acontecer.

O destaque no discurso dos residentes é que a lembrança dessa atividade, embora situada junto às demais práticas interprofissionais, aparece com um tom de crítica e intenso desrespeito ao que eles preconizam como conduta profissional, tendo em vista a forma compulsória e pouco dialógica como foram “convidados a participar”, tal como explicitado a seguir:

Aquele projeto de ambulatório que eu vivenciei intensamente. A minha equipe foi a primeira a passar lá. E eu passei longos períodos de almoçar um pouco mais tarde, enfim, 3 horas [...] não conseguia dizer que era um atendimento válido e nem que era compartilhado...não tinha a proposta que você tá colocando aí na pergunta. Inter... [...] Porque era uma coisa cronometrada, existia um tempo, existia um fluxo que não trabalhava isso, entendeu? [...] Rompia com meu Código de Ética, rompia com essas coisas. Então não tem como dizer que esse espaço trabalhou por isso, certo? [ASS T3]

Por fim, salientamos as colocações de alguns residentes no que diz respeito à diferença qualitativa percebida entre os rodízios (ou cenários de lotação), relativa à potencialidade do trabalho interprofissional. Desse modo, destacaram as Unidades de

Internação e o serviço de Cuidados Paliativos como locais que facilitaram o desenvolvimento da interprofissionalidade, como pontuado pelas três turmas.

Cada um colocava como é que tava a situação de cada um né, então realmente você percebia realmente esse cuidado horizontal e de uma forma bem integral mesmo, porque era visto tanto o paciente como era visto a questão da família. Até por conta da própria filosofia mesmo dos paliativos. [ASS T1]

Pra mim o posto foi o melhor [...] No posto, por mais que a gente fizesse grupo, mas depois do grupo eu ia voltar no paciente, as meninas iam voltar pra esse paciente. Então o acesso do paciente era mais fácil pra gente. Na hora que tivesse desocupada, ah eu tenho que falar com a fulaninha, eu ia lá. Na quimioterapia e na radio isso já se perdia um pouco porque o paciente tá lá por determinado horário e depois vai embora, e talvez só volte na semana que vem. Eu não vejo mais. E no posto não, pra mim, por causa do paciente, o paciente tá lá, abre aspas aí, à nossa disposição o dia todo. [ENF T2]

Em ambos os setores percebe-se que a facilidade de relacionamento e comunicação com a equipe sobressaem como importantes fomentos à interprofissionalidade, na medida em que possibilitam a construção de uma prática de cuidado compartilhada e dialógica. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos, ao citar seus princípios, enfatiza a imprescindível reunião das habilidades de uma equipe interprofissional, a fim de dar conta das complexas demandas apresentadas pelos pacientes e seus familiares em contexto de terminalidade (CARVALHO & PARSONS, 2012).

Especificamente nos Cuidados Paliativos, os residentes citaram a prática das visitas domiciliares como ilustrativas da interprofissionalidade, tendo em vista a oportunidade de um planejamento do cuidado compartilhado entre a equipe. No serviço em questão, considerando-se a impossibilidade logística de transporte e as necessidades específicas de cada paciente, as visitas domiciliares eram realizadas mensalmente pela equipe fixa de profissionais (Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social), e pelos residentes multiprofissionais, que eram distribuídos em duplas conforme as escalas de suas chefias, de modo que cada categoria realizava um mínimo de duas visitas por semana.

[...] a visita domiciliar nos Cuidados Paliativos também né, enquanto espaço em que tinha momentos em que o cuidado era paralelo, mas tinha também uma interação no planejamento do cuidado daquele paciente, que acontecia em toda a equipe. [PSI T1]

No que concerne às Unidades de Internação, cabe contextualizar que, à época da residência, as equipes de residentes eram oficialmente lotadas nos dois postos reservados à hospitalização de pacientes do SUS – Posto 03 (19 leitos) e Posto 04 (44 leitos), totalizando



assim 63 leitos, distribuídos em enfermarias coletivas e contemplando pacientes cirúrgicos (em sua maioria) e pacientes clínicos. Diante disso, apesar da facilidade de contato entre os profissionais dispostos no mesmo espaço físico, apontada como benefício pelos residentes, cabe pontuar a dificuldade representada pela imensa demanda de pacientes frente a uma equipe reduzida.

Na sequência, apresentaremos as atividades de formação pedagógica reconhecidas pelos residentes como potencializadoras da interprofissionalidade, discutindo-as conceitualmente e contextualizando-as às especificidades de cada turma.

### **5.1.2 Atividades pedagógicas interdisciplinares**

No que concerne aos elementos da formação pedagógica que, na percepção dos residentes, configuravam atividades interdisciplinares, foram citados dois blocos de atividades: aquelas que eram propostas pela instituição formadora (ESP/CE) e, por isso mesmo, já previstas no desenho pedagógico da residência; e aquelas que foram sugeridas pela instituição executora (ICC) que, já fazendo parte da rotina de atividades fixas do hospital, foram incluídas na agenda dos residentes.

Dentre as propostas lançadas pela ESP/CE, percebe-se um discurso praticamente unânime em todas as turmas ao enfatizarem a importância das assim nomeadas *rodas de núcleo* e *rodas de campo*, que compunham o que o projeto político-pedagógico denominava de atividades teórico-práticas. Vale salientar que as terminologias utilizadas pelo programa guardam estreita relação com as noções de *núcleo* e *campo* mencionadas por Campos (2000), ao afirmar que o núcleo reflete as singularidades das identidades profissionais e o campo, por sua vez, conformaria as articulações possíveis entre as diversas categorias.

Por sua vez, a terminologia *roda* associa-se às noções do modelo de saúde Paideia, sugerido por Campos (2013), ao destacar que em processos de produção de bens ou serviços, os sujeitos, ao mesmo tempo em que são afetados pelo mundo são também capazes de operar mudanças sobre ele, atuando como co-produtores do mundo e de si mesmos. O método da Roda, assim, se propõe ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos e da horizontalidade das relações estabelecidas entre eles, fomentando espaços de tempo e de lugar para a consolidação de uma gestão democrática e participativa (CAMPOS, 2000). Assim, tal como no denominado “efeito Paideia”, a opção metodológica da RIS-ESP/CE espera contribuir com a formação de sujeitos críticos, éticos e autônomos que, uma vez imersos em

um processo de ensino-aprendizagem que parte da problematização dos cenários de trabalho, sejam capazes de refletir sobre suas experiências e suas implicações nesse processo.

As rodas de núcleo constituíam espaços de diálogo destinados a tratar de temas vinculados à Cancerologia, mas na dimensão específica de cada categoria profissional, tendo em vista a necessidade formativa diferenciada de cada profissão. A orientação é que os temas tratados fossem decorrentes da problematização do cotidiano de trabalho, possibilitando a discussão e sistematização de situações mais complexas, o planejamento e a avaliação das atividades práticas, além do aprofundamento das unidades de aprendizagem transversais e da área de concentração oncológica. A recomendação era de que os encontros acontecessem semanalmente (com duração de três horas), sendo facilitados pela equipe de preceptores de núcleo ou, em alguns casos, pelo preceptor de referência, considerando-se os núcleos profissionais em que havia muitos preceptores. A metodologia deveria contemplar estratégias pedagógicas diversas, mas sempre de modo a priorizar o fomento de espaços dialógicos e participativos, tais como rodas de conversa, discussões de caso e aulas expositivas (CEARÁ, 2013).

A gente tinha as rodas de núcleo que eram extremamente importantes, pra gente discutir questões referentes da nossa própria categoria. E aí assim, cada macaco no seu galho né, porque tínhamos os interesses que eram de todos, aquelas rodas também que eram de...o grupo inteiro, que diziam respeito a todo mundo, mas a gente também tinha esse momento de grupo assim. [FIS T2]

Contextualizando-se a realidade local da RIS-Cancerologia, tem-se que a efetividade dessa atividade variava bastante a depender do núcleo profissional. Apesar da existência de preceptores em todas as categorias, muitos deles tinham dificuldade de ausentar-se de suas rotinas de trabalho para estarem presentes nas reuniões com os residentes. Serviços como os de Nutrição e Farmácia, por exemplo, tinham maior dificuldade em função do pequeno número de profissionais na instituição. Já o serviço de Fisioterapia apresentava como maior empecilho o vínculo empregatício e a modalidade de remuneração dos funcionários que, à época, recebiam por produtividade. Diante disso, qualquer proposta de atividade que os fizessem sair da assistência, implicava diretamente na redução do ganho financeiro, aspecto que sempre dificultou a relação estabelecida entre preceptores e residentes de Fisioterapia, conforme exemplificado na fala contundente do entrevistado:

O primeiro problema da Fisioterapia é porque eles ganham por produção. Então, eles já não enxergam a residência como é pra ser. Desde sempre. Porque tudo que ele for fazer que for perder tempo pros atendimentos, ele não faz [...] Os que eu atendia, era

pra eles ganharem. Então, tinha que ter essa troca, né? A contrapartida. Por isso que foram vários desgastes até que a gente conseguiu não ser mais meio a meio. Porque era meio a meio e olhe lá se a gente não atendia mais que eles. Então, prejudicava demais isso. E foi desde sempre até o final. No final que não teve nada mesmo. Nada, nada. De aprendizado, se você não for atrás, lá na Fisioterapia não chega. Roda de núcleo não funciona. [FIS T3]

Quanto às rodas de campo, pode-se dizer que partiam da mesma linha de orientação que balizava as rodas de núcleo, tendo como principal diferença o fato de constituir um espaço de diálogo da equipe multiprofissional, e não mais das categorias isoladamente. Tendo em vista a proposta de trabalhar questões relativas à dimensão da realidade das equipes, muitos dos temas discutidos nesse espaço eram disparados concomitantes à programação dos módulos teóricos transversais, que serão apresentados mais adiante, como também a partir da problematização de questões cotidianas do trabalho. O ator responsável pelo planejamento e condução dessas rodas era o preceptor de campo – que poderia pertencer a qualquer categoria profissional – e que atuava essencialmente no sentido de potencializar o trabalho desenvolvido pelas equipes, constituindo, portanto, função imprescindível ao desenvolvimento da residência quanto ao alcance da integralidade do cuidado (CEARÁ, 2013).

Assim, eu acho que as rodas de campo eram fundamentais, foram e continuam sendo fundamentais pra isso. Porque era um espaço que a gente podia dialogar entre profissões. Eu lembro de uma roda de campo, uma das primeiras, que foi muito importante pra efetivar nossa comunicação, que foi aquela que cada profissão foi se apresentar [...]. Então eu acho que as rodas de campo como recurso...pedagógico, eu acho que nesse sentido, e também da prática né, enfim, é um recurso que caminha nessa interlocução. Elas eram fundamentais. [PSI T1]

As rodas de campo, do refletir mesmo sobre aquele lugar, enquanto profissional, enquanto sujeito em processo formativo, enquanto sujeito que vai contribuir com o cuidado do outro. Sobre a dinâmica mesmo de SUS, eu acho que isso também fez...foi muito importante, até pra hoje eu saber onde eu estou, onde eu quero chegar. [PSI T2]

Ao considerarmos as especificidades de cada turma, há que se destacar que a primeira turma iniciou seu percurso na residência sem o acompanhamento da preceptoria de campo, já que o hospital, apesar da recomendação prevista no convênio e nas legislações, só dispunha dos preceptores de núcleo que já eram funcionários da instituição. A preceptoria de campo só foi adquirida em meados de outubro de 2013 (o programa teve início em maio), mediante o aumento da carga horária de duas profissionais que já eram da instituição, uma fisioterapeuta e uma psicóloga. A segunda turma teve preceptoria de campo durante os dois anos de formação, e a terceira turma teve apenas no primeiro ano, quando então as duas

preceptoras foram demitidas, ocasião que disparou todo o processo que culminaria com o rompimento da parceria ESP/ICC.

Outra atividade pedagógica apontada pelos residentes como estímulo à interprofissionalidade eram os módulos teóricos de ensino-aprendizagem, que correspondiam a atividades mensais obrigatórias para todos os residentes, organizadas e conduzidas pela equipe pedagógica da ESP/CE, onde eram abordadas as unidades de aprendizagem transversais a todas as ênfases e áreas de concentração da RIS-ESP/CE. A programação contava com três dias em que os residentes necessariamente saíam dos cenários de práticas para dedicação exclusiva aos módulos, sendo organizados da seguinte forma:

Dia 01 – Tema do Módulo Transversal (comum a todas as ênfases)

Dia 02 – Tema do Módulo Específico (restrito à Cancerologia)

Dia 03 – Roda Tutorial e Roda Integrada (comum a todas as ênfases)

Os temas dos módulos transversais contemplavam as seguintes unidades de aprendizagem: Trabalho e Saúde; Colaboração Interprofissional e Processo de Trabalho em Saúde; Integralidade e Intersetorialidade: construindo Redes de Atenção e Linhas de Cuidado em Saúde; Promoção da Saúde e Política de Humanização; Vigilância em Saúde; Participação Popular, Movimentos Sociais e Controle Social no SUS; Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde; Educação Permanente em Saúde; Educação Popular em Saúde e Práticas Integrativas e Complementares; Construção do Conhecimento (destinado à produção do Trabalho de Conclusão da Residência).

Ressalta-se ainda que, a cada módulo realizado, correspondia uma “atividade-produto” disparada para todos os residentes, o que conferia uma das notas do processo avaliativo. De um modo geral, as atividades pretendiam desenvolver e aprofundar os temas trabalhados, e quase sempre era exigido que fossem realizadas em equipe (CEARÁ, 2012).

Já os módulos específicos em Cancerologia, planejados e conduzidos pela equipe pedagógica do ICC (coordenadora acadêmica e preceptoria de campo), tratavam das seguintes unidades de aprendizagem: Tumores sólidos e hematológicos; Atenção à Saúde da Mulher no contexto da Cancerologia; Atenção à Saúde do Homem no contexto da Cancerologia; Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente no contexto da Cancerologia; Atenção à Saúde do Idoso no contexto da Cancerologia; Cuidados Paliativos em Cancerologia; Bioética e Terminalidade em Cancerologia (CEARÁ, 2012).

As Rodas Tutorais e Integradas por sua vez compunham um espaço de fomento à formação política dos residentes, na medida em que possibilitava esse tempo de encontro de cada ênfase com sua equipe pedagógica específica para a discussão dos obstáculos cotidianos enfrentados nos cenários de prática (no caso das Rodas Tutoriais) e também um espaço de encontro restrito somente aos residentes para a organização e compartilhamento de pautas políticas locais e nacionais relativas à residência (Rodas Integradas).

A estruturação dos módulos teóricos respondia, portanto, à necessidade de desenvolvimento dos eixos norteadores da residência, já previstos no projeto político-pedagógico e nos editais de seleção. Porém, vale salientar uma importante diferença da turma 01 em relação às turmas 02 e 03, no que diz respeito ao planejamento e condução desses momentos. Na turma 01, como já mencionado anteriormente, a ênfase em Cancerologia era a única realizada em contexto hospitalar, sendo as três outras ênfases constituintes do “componente comunitário” (Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva), de onde decorre uma queixa muito frequente entre os residentes entrevistados, ao considerarem que a formação teórica disponibilizada pela ESP/CE tinha um caráter muito mais voltado ao cenário comunitário e que, portanto, não atendia às demandas da realidade do ambiente hospitalar.

[...] a gente, por ser a primeira turma, os módulos sempre foram pra atenção primária. E era uma coisa muito solta, tinham muitos módulos que eram frustrantes. Assim, a gente ia, embora que tinham questões que eram pertinentes, que a gente precisava compreender, mas tinham módulos que eu acho que poderiam ter sido aprofundados mais, ou compartilhados, não sei. Mas a gente acabava passando muito tempo assim na Escola de Saúde Pública, escutando muita demanda da Atenção Primária. [ASS/T1]

No entanto, é interessante observar que esse mesmo aspecto foi avaliado sob uma perspectiva mais positiva por outros residentes, no sentido de reconhecer a importância e a potencialidade possibilitada por essa interface formativa com outras ênfases, como se observa nos trechos a seguir:

E aí, uma coisa que eu acho que talvez seja mais complexo, mas que eu acho muito interessante e que eu fiquei com muita pena quando a Residência do ICC saiu da ESP, era a questão das formações integradas com outros componentes [...] ter esse momento de juntar com o pessoal da Atenção Básica, da Saúde Mental, quem tava atuando no interior. Pra mim era uma das coisas mais ricas da Residência do ICC, e que eu via a diferença com outras residências hospitalares, que começavam e terminavam no hospital sabe, que não tinham esse contato. [PSI T1]

Eu acho, assim, que a questão, a gente fala de integralidade, fala de um sistema como um todo, tanto que até alguns estágios que foram propostos no começo, como o de Saúde Mental. Eu não sei se pras outras categorias fazia sentido, mas pra gente fazia [...] Eu acho que não era assim, a questão do conteúdo que não deveria contemplar essas questões. Eu acho que deveriam ser contempladas, se desse pra contemplar até questões interinstitucionais teria sim, intersetoriais né, de políticas que teriam a ver com a visão bem macro, é interessante. Mas a gente tá no hospital e a gente sai né, vai pra outros espaços profissionais e isso é exigido. Então tem algumas coisas que hoje eu uso, de Atenção Primária, que eu peguei na residência e que hoje faz sentido. [ASS T1]

Nas turmas 02 e 03, como já havia a presença das outras ênfases hospitalares, a ESP/CE passou a programar esses módulos em datas diferentes, separando as ênfases comunitárias e hospitalares. Assim, muito embora os temas a serem debatidos fossem os mesmos, havia maior esforço de adequação à necessidade de uma abordagem teórica mais voltada para as questões do cotidiano hospitalar. O discurso apresentado abaixo ratifica ainda o quão fundamental é a abordagem de temas transversais à área da saúde, independente do nível de atuação do profissional, evidenciando uma demanda ainda maior nos cursos, por assim dizer, de caráter mais tecnicista.

Foi muito bacana pra mim essa questão pedagógica, da parte teórica, da roda de campo, da ESP e dos módulos, foi assim [...] pra mim foi algo realmente muito bom. Porque a gente da Farmácia, a gente tem uma coisa muito técnica, a gente tem um curso muito técnico. Então, essa questão das políticas de saúde, das práticas de saúde, a gente não tem, a gente não vivencia isso na faculdade né? Então, assim, a Residência, essa questão pedagógica da Residência, trouxe essa possibilidade de realmente ampliar bem mais o olhar, aquele olhar tão técnico que a gente tem, exatamente por ver o sujeito como um todo né. [FAR T2]

Outro elemento enfatizado pelos residentes refere-se às lacunas percebidas na organização e condução desses módulos teóricos pela equipe pedagógica da ESP/CE, o que muito provavelmente poderia ser explicado pela desproporcionalidade entre o tamanho da equipe condutora e a enorme dimensão do programa como um todo. Nesse ponto, é imprescindível esclarecer que a RIS-ESP/CE, até a sua terceira turma, nunca conseguiu estabelecer um fluxo de financiamento próprio para sua equipe pedagógica, cuja responsabilidade cabia ao governo do Estado. O que significa dizer que a equipe condutora (coordenadores e tutores), quando havia, era sempre financiada a partir do desvio de recursos de outros programas internos da ESP/CE. Além disso, tratava-se de uma equipe mínima e, portanto, insuficiente, para dar conta do processo formativo de 327 residentes distribuídos anualmente em todo o Ceará. No caso do componente hospitalar, a equipe resumia-se às coordenadoras acadêmicas financiadas pelas instituições hospitalares, e uma única tutoria

pedagógica mantida pela ESP/CE, de onde se pode questionar a sustentabilidade econômica de um programa que funciona nas mesmas condições de subfinanciamento desde 2013.

Eu acho que as aulas poderiam ser mais organizadas porque eram bons conteúdos, mas que, por algumas situações que estavam acontecendo também naquele momento, naquele cenário [...] Assim, fez parte, foi muito bom, tanto que eu tenho...se eu tiver faltado acho que um módulo, não, eu não faltei nenhum. Então, assim, eu era a primeira que chegava, eu queria ter recebido de forma mais organizada todos aqueles conteúdos, porque foram de extrema importância pra minha formação, mas por tudo que tava acontecendo não tinha. [PSI T2]

A turma 03, inclusive, passou por um período inicial de aproximadamente seis meses sem a realização dos módulos teóricos, tendo em vista o término das bolsas dos tutores sem a devida renovação e reposição imediata do quadro, o que repercutiu negativamente em seu processo formativo.

Cada turma tem suas peculiaridades, mas a nossa teve uma lacuna. Porque, primeiro, a gente começou com uma greve...a gente passou seis meses ou foi quase um ano sem módulo na ESP, só no cenário de prática, por conta dos processos formativos da ESP sem tutoria, enfim, as dificuldades da ESP. Eu não esqueci disso e eu tenho essa cronologia toda na minha cabeça, desse processo. Então, isso contribuiu...isso implicou na gente, né? A gente ficou num cenário de prática, só no lombo, ali. Sem ver a luz do sol literalmente. Então, isso implicou porque a gente não tinha processos, porque a gente não tava nada disparado na plataforma. Então nosso processo pedagógico foi comprometido por conta disso, porque as nossas coisas que eram os fóruns, as coisas que eram disparadas na plataforma faziam parte do nosso processo formativo e se participava do nosso processo formativo, contribui no nosso conhecimento de integralidade do cuidado, enfim, de tudo. Porque é processo formativo. Então, começou por isso aí. [...] Mas a gente teve esse buraco aí, esse ponto de ficar lá, né? [ASS T3]

A terceira atividade pedagógica mencionada pelos entrevistados corresponde ao que eles denominavam como “*estudo multiprofissional*”. Tratava-se de um espaço de diálogo comum a todas às categorias profissionais, e já previsto em suas agendas, destinado à discussão acerca dos casos atendidos e identificados como mais complexos em termos de condução terapêutica. Além disso, algumas equipes o utilizavam também como um espaço para a discussão de temas teóricos diversos, cuja necessidade de aprofundamento decorria da problematização de suas experiências assistenciais cotidianas. Tal atividade foi unanimemente citada em todas as turmas como fundamental para o desenvolvimento da dimensão interprofissional, tendo em vista a oportunidade do compartilhamento de vivências e perspectivas. Assim como em outros espaços já citados, nos estudos multiprofissionais, a categoria médica também não estava presente.

[...] eu acho que entra como recurso pedagógico [...] os estudos de caso né? Quando a gente se propunha a discutir um caso, pensar um projeto terapêutico singular pra aquele caso, acho que também era um...era fundamental né, porque nós conseguíamos ter um olhar ampliado, de todos no processo. Então era outro recurso bem interessante. [PSI T1]

O tempo dos estudos de caso, a gente tinha na agenda, né? Espaços pra discutir os casos. O próprio estudo multi também. Eu conhecer o que cada um...principalmente no começo, né? Era aquele espaço que a gente tinha de cada uma, por exemplo, sei lá, eu apresentar o meu sobre impacto psicológico da colostomia, aí as meninas entendiam um pouquinho também do papel da Psicologia, né? Da colostomia para além da colostomia, então eu acho que esses estudos multi proporcionavam muito. Claro que no dia a dia a gente foi aprendendo isso também. Quando é que chama a psicóloga, quando é que vai pra nutricionista, quando é que faz as coisas juntas, né? No dia a dia a gente vai aprendendo, mas no momento dos estudos eu acho que era, em especial no começo, foi muito eficaz pra isso. [PSI T3]

Deve-se ressaltar que, assim como nas atividades grupais, os estudos multiprofissionais muitas vezes também eram vistos pelos preceptores como um momento formativo desnecessário, tendo em vista que, para participar naquele horário reservado, o residente necessariamente ausentava-se da rotina assistencial. Desse modo, o fato de ser uma atividade prevista na agenda de trabalho de todos os residentes, conferia maior credibilidade e facilitava a liberação pelos preceptores, embora não sem contestações. Fajardo (2011) complementa essa discussão ao refletir sobre a dificuldade de muitos profissionais de saúde em reconhecer esses momentos formativos – ou simplesmente o ato de parar, planejar e refletir sobre os atendimentos realizados - como sendo também constituintes do seu fazer profissional, para além da assistência tradicional.

Considerando-se os vários discursos respondentes a este item, chamou atenção a menção crítica feita pelos residentes às atividades pedagógicas que, segundo eles, se diziam interprofissionais, mas que na prática configuravam outra lógica, destacando-se as assim nomeadas, “*sessões clínicas, tumor board e mesas redondas*”, todas elas atividades já previstas na rotina da instituição, antes mesmo da chegada da RMS.

As sessões clínicas eram espaços de discussão teórica semanais, que no ICC aconteciam às sextas-feiras pela manhã, abertas a todo o corpo de funcionários do hospital, onde se abordavam temas diversos em Cancerologia, mas prioritariamente com foco em questões da área médica, contando com apresentações expositivas de profissionais da casa ou de convidados externos. Dentro da programação mensal destas sessões, reservava-se uma sexta-feira para o que eles denominavam de “*Tumor Board*”, quando então a exposição teórica era substituída pela discussão de um caso clínico pelas diversas especialidades médicas. A cada mês, uma clínica médica específica ficava responsável pela escolha do caso e



organização da apresentação, com o intuito de discutirem com a plateia a conduta terapêutica mais eficaz para aquele paciente.

Em ambas as situações, a programação era idealizada pela Escola Cearense de Oncologia (algo análogo ao Centro de Estudos do hospital) e, após a chegada da RMS, tornou-se uma atividade extensiva e obrigatória a todos os residentes multiprofissionais. Dentre as críticas pontuadas pelos entrevistados, destaca-se o fato de que tais atividades, na maioria das vezes, apenas simulava uma atuação interprofissional que, na prática, não havia acontecido, ou que não acontecia com o grau de comunicação idealizado nas práticas de cuidado em saúde. Sendo assim, apesar da aparente potencialidade da proposta, sendo uma das únicas que agregava residentes médicos e multiprofissionais, acabava por limitar-se ao cumprimento de uma obrigação imposta pela diretoria do hospital.

[...] era uma coisa muito falha né, que se fosse realmente realizado na prática como a teoria mandava, eram as sessões clínicas né, que a gente fazia um estudo, mas acabava sendo um estudo fictício, porque a gente nunca participou de nada daquilo né. A gente ia teorizar alguma intervenção que poderia ter sido feita, mas não foi feita né? Então ali era um espaço que poderia ter uma conversa interprofissional, principalmente com os médicos né, que mudaria a conduta deles, mas que nunca foi praticado. Tudo sempre foi só uma farsa, de certa forma, porque a gente teorizava o que a gente poderia ter praticado [...] O interessante era ser um tema né, um estudo, ou um câncer, um caso, uma coisa rara e interessante pra estudo, mas que fosse interessante a atuação interprofissional, não era. E poderia ser um espaço muito legal né, de atuação, de mostrar realmente como é que funcionaria ou como é que funcionava o trabalho. [ENF T2]

O Tumor Board era a sessão clínica dia de sexta de manhã, ainda existe essa sessão clínica. Mas é...ele só visualiza o tumor. Não tem paciente, não tem a clínica integrada do paciente [...] Tumor board é a evolução do tumor numa figura humana [...] Calhou de ser num humano [PSI T1]

Se fosse identificar a questão do Tumor Board, que a gente ia porque era obrigado a ir, sinceramente, que eles colocavam pra gente. Teve contribuições? Teve contribuições de muita coisa aí [...] mas eu não vejo não como positivo, porque a gente, por exemplo, eu né? Não achava que a gente tinha a liberdade pra trabalhar o que a gente queria. Que muitas vezes a gente apresentava ali eram coisas que eles nem entendiam, mas queriam ditar como era que tinha que falar, entendeu? [...] E ao ponto de você chegar, você se preparar e quando você fosse apresentar a equipe eles dizerem “ah, isso não é relevante, porque quem tem que ser o principal aqui é a medicina”. Tipo assim, como se a gente não pudesse... Ah, não é interessante pra mim, não é interessante pra ninguém, então porque que tu vai falar isso? Então eu não vejo como nada. Só fui obrigada [...] Que a instituição quisesse propor como um espaço de formação pedagógica, não era um espaço muito saudável porque é um espaço biomédico. Então, e é um espaço biomédico contraditório, porque quem lotava as sessões clínicas era a multi. [ASS T3]

A intensidade dos discursos mencionados acima reflete as dificuldades de integrar os residentes médicos e multiprofissionais em atividades comuns, sendo bastante ilustrativos

no que se refere à manutenção das relações hierárquicas entre as corporações profissionais, mesmo em espaços institucionais onde supostamente se incentiva a interprofissionalidade. Desse modo, mais uma vez retorna-se a uma perspectiva de simplificação dos conceitos e práticas, que tendem a considerar a justaposição de diferentes profissionais como suficiente para contemplar as necessidades de saúde, prescindindo, assim, da dimensão dialógica inerente a esse processo.

Por fim, as mesas redondas consistiam em encontros semanais fixos e obrigatórios em todas as clínicas médicas, onde o corpo clínico de cada especialidade se reunia para a discussão e definição de condutas terapêuticas para os casos considerados mais complexos. Originalmente tratava-se de um encontro de especialistas médicos (oncologistas cirúrgicos, oncologistas clínicos, radioterapeutas e outros que se fizessem necessários em cada caso), onde a RMS também foi obrigada a se inserir. Os residentes enfatizaram a dificuldade de inserção nessa atividade, na medida em que não se sentiam acolhidos pelos médicos que, segundo eles, não faziam o mínimo esforço para incluí-los nesse processo, salvo algumas exceções.

E aí eles ficavam olhando aquele monte de médico ali olhando pro tumor do paciente, só via aquilo ali do paciente, o tumor. E iam discutir terminologias que a gente não entendia, tratamentos que não eram...e não tinha, não tinha como a multi entrar. [FIS T1]

Algumas mesas eram super receptivas e explicavam coisas pra gente. Outras mesas eram extremamente fechadas. Então, dependia muito do serviço que a gente tava rodando né? E assim, eu acho que a gente, por exemplo, ter acesso ao prontuário do paciente antes do momento da mesa, pra gente já chegar sabendo quem é, se a gente teve alguma atuação antes naquele paciente, se aquele paciente já tinha sido abordado. É, doutor, eu vi que esse paciente internou com isso, por quê que a gente não faz assim? Mas não, a gente chegava lá de pára-quedas. Em tudo, porque a gente ocupava muito espaço. Então eles olhavam assim, não tinha como a gente se colocar porque a gente não tinha o conhecimento prévio de quem era o paciente, de como que ele estava. Eram discutidos termos técnicos né, assim, médicos. [FIS T2]

Uma vez descritas as atividades práticas e pedagógicas consideradas interprofissionais e interdisciplinares pelos residentes, seguiremos com a discussão dos diversos sentidos de interprofissionalidade percebidos nos discursos analisados, partindo da interface com as produções teóricas já existentes.

### **5.1.3 Sentidos da interprofissionalidade**

No que se refere aos sentidos identificados nos discursos acerca da interprofissionalidade, o primeiro aspecto a destacar é a aparente confusão quanto aos termos utilizados, quando muitas vezes, por exemplo, confunde-se a interdisciplinaridade com a interprofissionalidade, ou ainda esta com a perspectiva multiprofissional. Diante disso, Furtado (2009) nos esclarece quanto à necessidade de distinção entre os sufixos “disciplinar”, que compete ao campo dos conhecimentos e saberes em sua dimensão epistemológica; e “profissional”, como aquele relativo ao campo das práticas concretas. Quanto aos prefixos “multi” e “inter”, o mesmo autor os diferencia ao relacionar o multi (multidisciplinar/multiprofissional) à justaposição entre saberes e práticas frente a um mesmo objeto, sem que haja interlocução entre as diferentes categorias; enquanto o inter (interdisciplinar/interprofissional) pressupõe o estabelecimento de uma relação de maior entrosamento e integração entre as profissões, operando, portanto, com relações menos verticais e mais colaborativas.

Nesse sentido, à interprofissionalidade caberia a operacionalização da interdisciplinaridade no campo das práticas assistenciais, de modo a superar a compartimentalização ainda tão característica do trabalho em saúde, bem como buscando uma tentativa de resposta frente à complexidade das necessidades de saúde dos usuários (FURTADO, 2009).

Quando questionados acerca das atividades ditas interprofissionais, identificamos que alguns residentes ainda recorrem a um discurso simplista quando, por exemplo, restringem a interprofissionalidade à possibilidade de estarem juntos no mesmo espaço físico com todos os membros da equipe, como na fala a seguir: *“tinha rodízio que a gente tava junto e conseguia ter realmente essa atuação integral, interdisciplinar. Mas tinham outros que ficava muito inviável porque ficava cada residente em setores diferentes”* [PSI T2].

No entanto, outros residentes apresentaram uma percepção mais crítica acerca das atividades que, apesar de se dizerem interprofissionais, na prática configuravam tão somente uma mera aglomeração de profissionais, caracterizando mais uma perspectiva multiprofissional. Muitos deles, inclusive, enfatizam que, para além do estar junto no momento da atividade, a residência possibilitava tempo para planejar o desenho das propostas conforme as necessidades dos pacientes, o que refletia sobremaneira na qualidade da assistência prestada.

A primeira coisa que me vem à mente são os grupos nos diferentes serviços né. Seja o grupo de acolhimento na Quimioterapia, o grupo que a gente fez com familiares, e as atividades de sala de espera. Porque eram atividades que, idealmente pelo menos,

mas acho que muitas vezes a gente conseguiu fazer isso, desde o planejamento tinha uma perspectiva de interação entre diferentes profissões, que estavam pensando aquela atividade ali juntos [...] tinha uma dimensão de interprofissionalidade porque tinha o planejamento conjunto e a gente participava um pouco da fala um do outro, mas ainda se aproximava um pouco mais de uma perspectiva multi porque era tipo, a falinha de cada um, do que era sua área. Mas o grupo de apoio a familiares, que a gente fez também na quimio né, que aí eu me juntava com [...] o Serviço Social, com [...] a enfermeira, e a gente pensar uma atividade que a gente fosse conduzir junto, como é que cada um faria. [PSI T1]

O grupo de acolhida da quimioterapia: chegava um profissional, falava e ia-se embora. Aí chegava outro profissional, falava e ia-se embora. Chegava o outro, falava, era assim. Não se sentavam os profissionais pra preparar aquele grupo daquele dia né, e não havia uma integração do que ia ser falado, que cada um ia compreender, o que cada categoria ia falar né. Cada um dava o seu recado e saía. Cada um dava o seu recado e saía. [ASS T1]

Alguns residentes refletem ainda sobre outras atividades que, embora não acontecessem em um formato grupal, também possibilitavam uma aproximação com a dimensão da interprofissionalidade, principalmente na medida em que desenvolvia nos residentes a habilidade de reconhecer as especificidades de outros fazeres profissionais, fortalecendo a dimensão comunicativa inerente e imprescindível à área da saúde.

É, mas eu acho que, assim, não é propriamente a gente prestar assistência junto, entendeu? Mas de existir aquela comunicação, uma necessidade do paciente, uma coisa que a convivência me fez. Assim, e eu acho que isso é um grande diferencial da Residência, na minha opinião, é que a gente apropria muito a visão da gente a partir do espaço do outro. As necessidades, eu não sou enfermeira, mas eu tenho noção de quando eu preciso chamar uma enfermeira e às vezes pra alertar de alguma coisa. Tem tanto paciente que às vezes passa batido, ou então o próprio paciente não verbaliza. Então hoje, com a formação que a gente recebeu, eu acho que eu consigo olhar e ver que tá alguma coisa errada e solicitar, entendeu? [FIS T2]

[...] eu acho que os grupos eles diziam muito desse trabalho, em algumas situações, porque nem todo grupo eu percebia a interprofissionalidade né? Acabava que, às vezes, uma categoria é...estando como se fosse mais do que outras figuras entende, e não se completando como a interprofissionalidade...como o trabalho interprofissional fala. Mas muitas vezes em beira de leito, em algumas vezes eu via mais a interprofissionalidade na beira do leito do que no grupo, entende? [PSI T2]

É isso que eu chamo de trabalho interdisciplinar. Por que? Porque você consegue trabalhar com o suporte do outro [...] Você consegue trabalhar com a integração dos saberes, você consegue estar ali e você tem de fato uma equipe [...] Você vê a importância do outro, porque você vai numa unidade que não tem. Caramba, como esse profissional é necessário. [FAR T3]

Diante do exposto, é interessante refletir que, apesar da forte ênfase e recorrência com que se fala da necessidade de superar as atuações fragmentadas em saúde, pensar a interprofissionalidade nos coloca em um campo onde interagem forças e concepções de

cuidado absolutamente antagônicas, tal como antecipamos no capítulo 04, ao pontuarmos os desafios da interface entre profissionalização, interprofissionalidade e integralidade. Furtado (2009) ratifica esta reflexão ao afirmar que, em pólos opostos, encontram-se duas lógicas de trabalho: de um lado, deparamo-nos com a *lógica profissional*, onde cada categoria ocupa-se em demarcar e expandir seus territórios de atuação em um mercado competitivo como o da saúde e que, portanto, em nada conversa com a *lógica da colaboração* que, por sua vez, busca estabelecer pontes e relações entre as profissões, fomentando um espaço de compartilhamento de conhecimentos e experiências.

Portanto, para além do interesse e do entendimento dos profissionais, o enfrentamento desse antagonismo de forças passa necessariamente pela lida com outras variáveis, com gestões e culturas institucionais que poderão conformar práticas mais ou menos interprofissionais.

## **5.2 Integralidade**

Seguindo a rede interpretativa estabelecida, partiremos agora para a discussão acerca das percepções trazidas pelos residentes sobre a integralidade do cuidado, em torno da qual se fundamentam os objetivos desta pesquisa. Tendo em vista as categorias empíricas construídas em campo, e de modo a melhor responder didaticamente aos objetivos específicos já citados, este capítulo se desdobrará em três sub-tópicos, organizados nesta sequência: os sentidos da integralidade; elementos potencializadores da integralidade e os obstáculos para o alcance da integralidade do cuidado.

### **5.2.1 Sentidos da Integralidade**

Quando questionados a respeito de suas percepções sobre a integralidade, tal como referida no projeto político-pedagógico e vivenciada no âmbito de práticas do programa de residência em questão, identificamos dois sentidos principais nas falas dos residentes, tendo em vista a correspondência com os referenciais teóricos citados anteriormente. Observamos que o primeiro deles em muito se aproxima do primeiro sentido mencionado por Mattos (2006), ao referir-se à integralidade como um traço da boa medicina (e, por extensão,

das demais profissões), bem como guarda estreita relação com o que Cecílio (2006) denominou de integralidade focalizada, conforme ilustrado pelos trechos a seguir:

E se a gente for pensar, assim, pode ter uma cirurgia super bem sucedida, mas se depois a pessoa não tiver como se manter, como trabalhar, ou se não tiver algum benefício, se não estiver bem emocionalmente, se não tiver como trabalhar uma reabilitação motora, se não tiver como trabalhar a questão alimentar, se não souber nada da medicação. A cirurgia foi um sucesso, mas e o cuidado, foi um sucesso? [PSI T1]

E a gente entendia até melhor né, como a gente costuma voltar muito pra questão mesmo biológica, de aspecto de doença e tudo mais, a gente, querendo ou não, mesmo tentando fugir disso, a gente acaba indo pra esse lado. Então, quando a gente se inseria na realidade do outro, a gente podia identificar coisas da realidade mesmo social, que até inclusive influenciavam na questão de saúde e doença dele. Então dava pra ter uma visão muito mais ampla, inclusive da doença, tendo aquele contexto sabe... [ENF T2]

Em ambas as falas os residentes ressaltam a importância de ser ter um olhar mais ampliado frente aos usuários, inclusive para além daquilo que seria a especificidade do objeto de intervenção de cada profissão e, a partir disso, ser capaz de “ver o paciente como um todo”, como habitualmente se costuma falar, o que nos remete ao questionamento de por que esses profissionais, egressos de um processo formativo diferenciado, acabam por referir-se à integralidade em seu significado, por assim dizer, mais próximo ao senso comum. E, ainda vinculado a esse mesmo sentido, outro aspecto ressaltado foi a associação quase que direta que eles fazem da integralidade à dimensão da interprofissionalidade, destacando-a como condição para o alcance da primeira.

Lá na real eu, enfermeira, não posso cuidar integralmente. Eu preciso de outras pessoas, de outros recursos e na hora do “pega pra capá” às vezes eu me vejo só eu mesma, e tendo que fazer uma parte mínima, que não é integral. [ENF T2]

Assim, eu acho que eu me sinto...eu acho que a gente foi muito feliz, eu acredito, que apesar das diferenças e de qualquer problema que a gente tenha tido, a gente foi muito feliz no quesito de realmente andar junto. Andar junto com a proposta da residência nesse sentido de fazer as coisas em equipe, de tentar ao máximo estar interagindo. Não sei se isso consegue acontecer pra todo mundo, tal como é a ideia em si da integralidade, mas eu sei que eu não consigo mais trabalhar sem equipe depois da residência. De verdade. Não consigo enxergar alguém não tendo um grupo assim, especialmente em câncer, né, trabalhar sozinho. Eu não consigo... [PSI T3]

Corroborando essa perspectiva, Shikasho (2013) propõe que, frente ao entendimento da complexidade inerente ao trabalho em saúde, considerando-se os variados elementos que conformam as diferentes necessidades de saúde, lidamos com a constatação da

imprescindibilidade da atuação de uma equipe de profissionais que, só mediante o esforço de construção de práticas coletivas, daria conta desse desafio. Inclusive tal desafio foi apontado enfaticamente por uma residente ao constatar que, com o término da Residência e posterior imersão no mercado de trabalho, teve que lidar com situações de grande dificuldade no que diz respeito à tentativa de trabalhar em equipe, conforme ela nos expõe:

Eu acho o seguinte, essa dimensão do que a gente que é conclamado a pensar na residência de que você não deve fragmentar o sujeito, com o passar do tempo isso fica claríssimo [...] Gente, como é diferente a prática que a residência mobiliza na gente e como acontece de fato, né? Porque o que é que tá posto no mercado de trabalho? É que cada um tem que demarcar muito bem o seu espaço pra que você não seja nem um pouco ferido, no sentido de que o seu saber é superior ao do outro, né? E nenhum pode trazer contribuições sobre o seu porque senão você se vê minimamente fragilizado, afetado, né? Então, eu vim de uma realidade de, quando eu não compartilhava alguma coisa, aí depois mobilizava alguém da equipe a dizer assim “você tá querendo ensinar o meu trabalho? Tá querendo dizer o que eu tenho que fazer? Você não tem competência sobre mim”. Tá, mas isso fluía tão bem na residência (risos). Eu me vejo tendo que retroceder e é muito angustiante isso [...] E hoje não é assim, por isso que eu penso que a dimensão da integralidade é uma coisa que a residência convoca porque ela nos mobiliza a fazer isso. [PSI T3]

Nesse contexto, pode-se inferir que o desenho de trabalho proposto pela RIS-Cancerologia, na medida em que dispõe os residentes em equipes multiprofissionais ao longo de todo o percurso nos cenários de práticas, incentiva e mobiliza nos residentes pelo menos dois dos sentidos da integralidade explicitados por Mattos (2006): primeiro em sua acepção como a capacidade de ter um olhar ampliado sobre as necessidades de saúde dos pacientes, no sentido de ser capaz de identificar tanto as demandas explícitas como as implícitas e, na sequência, desperta para o fato de que essa amplitude do olhar em saúde só se conquista coletivamente e, para tanto, se faz necessária a reorientação das práticas e serviços de saúde.

No entanto, ainda relativo a essa conotação da integralidade no hospital, destaca-se a percepção de uma residente quanto às limitações em apropriar-se dos fluxos terapêuticos percorridos pelos pacientes dentro da instituição, tendo em vista que as equipes são alocadas em serviços com lógicas de funcionamento independentes umas das outras. Assim, por exemplo, ser enfermeira de um posto cirúrgico garantiria apenas o entendimento dos fluxos dentro daquele posto específico, sem necessariamente compreender como este posto se relaciona com os demais setores dentro do hospital. Se atentarmos aos padrões tradicionais de organização das instituições hospitalares, percebe-se que as equipes se estruturam sob a lógica das clínicas médicas ou ainda sob a lógica das profissões, e não centradas no cuidado ao paciente.

Eu acho assim, que enquanto equipe, enquanto assistir um paciente pontualmente em determinado setor, isso foi um ganho enorme, mas eu acho que tanto no espaço que a gente fez na residência, quanto em outros espaços, a integralidade em relação a todo o percurso terapêutico em uma mesma instituição é extremamente frustrante. Pelo menos pra mim. Foi algo que a gente pensou no final, como é que a gente pode ter de fato integralidade assistindo o mesmo paciente no perreio de todo o percurso terapêutico dele dentro de uma mesma instituição? [...] Acho que isso é integralidade também e é o maior ganho. Porque assim, vê pontualmente...especialmente em um turn over de paciente em relação à posto cirúrgico é muito alto, entendeu? Então às vezes...pronto, como eu tenho poucos profissionais no ICC, até é fácil ter essa comunicação, mas quando é um hospital enorme? Que eu não sei quem tá atendendo naquele setor. Então eu achava muito frustrante, assim. [...] Eu acho que mesmo em um setor específico, se eu tenho profissionais de referência, eu tenho um olhar integral pra ele. Saber diferenciar os fluxos em um serviço, tipo chegar...por exemplo, eu acho que um ganho do acolhimento era isso. A gente explicar os fluxos terapêuticos e possivelmente por quem eles seriam atendidos, como é que funcionava o setor. O processo da residência dentro de um mesmo hospital e fazer ele ir pra onde é que ele pode ir, que cirurgias ele pode fazer, várias coisas. [ENF T3]

Furtado (2009) ratifica essa percepção ao apontar para as equipes de referência como estratégia potencial para a efetivação da colaboração interprofissional, sendo esta uma condição imprescindível para o alcance da integralidade. Assim, o arranjo organizacional das equipes de referência, enquanto constituição de um conjunto de profissionais de especialidades diversas e centrados em um objetivo comum, possibilitaria uma atenção pautada na construção de projetos terapêuticos construídos coletivamente, extrapolando a perspectiva das interconsultas e estimulando a prática da co-gestão.

O outro sentido identificado nos discursos dos residentes relaciona-se ao que Cecílio (2006) denominou como *integralidade ampliada*, tal como aquela que só se efetivaria a partir da garantia da transversalidade do cuidado em todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Cecílio e Merhy (2003) complementam essa concepção ao pensarem a integralidade que só se concretiza em rede, onde o hospital estaria situado como um de seus equipamentos, que idealmente funcionariam como referência para casos de maior gravidade. Nesse aspecto, muitos residentes ressaltam a sensação de incapacidade diante de algumas situações mais complexas que extrapolam a resolutividade hospitalar, ao se depararem com a ineficiência da rede de saúde, destacando, assim, a ineficiência da articulação com os serviços da Atenção Primária, inclusive nos municípios onde havia programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Primeiro que não fazia muito sentido pra prática, porque na prática não funcionava. A gente tava com o paciente e ia desospitalizar, e era um paciente do interior, cuidados paliativos. Aí tá lá tudo direitinho e manda pra onde? Pra Atenção Primária. E quem disse que isso existe? Então era isso né? Falava-se no assunto, que na realidade, na prática, não acontecia. Por isso que não fazia tanto sentido. Na



época da residência a gente queria dar sentido à experiência que a gente tava vivendo né. [ASS T1]

O sistema...é, assim, é porque o sistema não é nada integral, então é tão impossível você pensar numa coisa de integralidade mesmo...mesmo a gente estando falando da Residência, que é uma coisa que tá dentro do SUS, mas é porque não vive a integralidade, em nenhum momento, em nenhum momento. [ENF T2]

No entanto, apesar do reconhecimento desses entraves atrelados à rede de saúde, alguns residentes apontaram para estratégias de superação desses conflitos, ou pelo menos a tentativa de resolução, destacando o esforço para a garantia dos mecanismos de referência e contrarreferência, enfatizando também a noção de responsabilização pelo paciente, como uma atitude que vai além do simples encaminhamento para outro serviço, destacando-se aqui o protagonismo dos residentes do Serviço Social, à exceção de um único relato trazido por uma fisioterapeuta que já possuía experiência anterior de trabalho na Atenção Básica.

Então eu passei dez anos na Atenção Básica e aí fui pra Atenção Terciária. Então essa articulação eu sentia muita falta, de se articular, de referenciar o paciente, de matriciar pra ele ter a continuidade do serviço. Então assim, quando eu tava no Posto 04, eu comecei assim...eu via, o paciente fez uma emasculação né, tirou tudo, e ele precisava de curativos imensos, e o paciente era super pobre e não tinha condições. E eu, meu Deus do céu, como é que esse paciente vai conseguir fazer isso? Aí eu fui ver qual era, vi onde ele morava, aí acho que a assistente social tava comigo, não lembro quem era. Aí a gente foi ver onde ele morava, a gente acionou a regional, viu o posto de saúde pra articular, pra aí fazer a visita, dizer a previsão da alta do paciente e ver o quê que eles poderiam fazer por aquele paciente. E aí você fica frustrado, se realmente deu certo, se aquilo aconteceu né. Então eu já tinha uma visão mais de tentar realmente assegurar isso, pelo menos articular né, encaminhar ele e orientar os familiares também. [FIS T1]

O paciente vai de alta na segunda, então no final de semana a gente ficava pensando, né? Que tinha que tá fechado ali pra que ele fosse de alta e tudo fosse nos conformes. Eu acho que em muitos momentos nós fomos felizes, né, nessa questão da integralidade. [ASS T3]

E acho que também essa questão da integralidade vai muito, acho que, passando um pro outro. Assim, a gente não pensava só o paciente ali no hospital, “o que eu posso fazer por esse paciente aqui?”. Não. A gente pensava o paciente para além, né, quando ele fosse de alta, o que ele poderia fazer no município dele. Muitas vezes a gente fez isso, várias e várias vezes a gente pensava mesmo esse cuidado pro paciente depois do hospital, né? Porque no hospital a gente tava ali, né? Tinha toda uma assistência, sim e depois, né? A gente sabe que o câncer é uma doença que, geralmente, né, o tratamento é prolongado, que requer muitas vindas ao hospital [...] E aí, como é que vai ficar quando esse paciente for de alta, né? Ele vai precisar de um cuidado também. E a gente por diversas vezes fez essa ligação com os postos dos municípios, com a residência, com o suporte social do paciente. E é um cuidado que envolvia o próprio cuidador do paciente, inclusive. Com todo mundo” [ASS T3]

Stephan-Souza (2012) discute que a referência trata da transferência de um paciente para um estabelecimento de saúde mais especializado, tendo em vista o esgotamento de recursos no âmbito da Atenção Primária; enquanto a contrarreferência consiste no caminho de volta deste paciente à Atenção Primária, considerando-se a necessária continuidade dos cuidados. Entretanto, Cecílio (1997) reflete que a realidade cotidiana do sistema de saúde muitas vezes atravessa os fluxos idealmente propostos, desacomodando o que seriam as portas tradicionais de entrada e saída do sistema, bem como suas complexidades características. Perspectiva essa que vai ao encontro dos relatos dos residentes que, frente às adversidades de um sistema de saúde real, precisam construir outras estratégias de modo a garantir maior resolutividade possível aos problemas trazidos pelos usuários.

Nessa perspectiva, Franco, Bueno e Merhy (1999) referem que o grau de satisfação dos usuários muitas vezes aparece diretamente relacionado ao potencial resolutivo das intervenções em saúde e à sensação de responsabilização e interesse por parte dos profissionais que os acolhem. Responsabilização essa que se concretiza a partir da sensibilidade e empatia frente ao sofrimento do outro, mediante a construção de vínculos, na medida em que nos dispomos à troca de afetividade nas relações intersubjetivas que se estabelecem (MERHY, 1997). Assim, mesmo nas situações que escapam à governabilidade dos profissionais, uma vez construído o vínculo, percebe-se e valoriza-se o esforço genuíno em prol dessa resolução.

Observamos ainda que alguns residentes referem-se aos dois sentidos da integralidade anteriormente delimitados, destacando ao mesmo tempo a dimensão micropolítica vinculada à complexidade do olhar sobre os problemas de saúde dos usuários e a necessária interprofissionalidade atrelada a essa capacidade, como também a dimensão macropolítica da integralidade que se efetiva na transversalidade das redes de saúde. Destacamos ainda a recorrência desses discursos mais abrangentes entre psicólogos e assistentes sociais, de onde se pode inferir que o referencial epistemológico de suas formações, apesar de originalmente não se tratarem de cursos típicos da área da saúde, na medida em que se constroem em bases menos tecnicistas, possibilitam um olhar menos simplista aos profissionais.

O conceito de integralidade eu entendo muito em um sentido, que é o da transversalidade nos níveis de atenção, mas também de pensar a integralidade enquanto olhar para as várias necessidades do paciente, dentro do ICC, durante o tratamento oncológico lá, por exemplo, que estaria muito mais próximo do que a gente tava discutindo vinculado à interprofissionalidade. [PSI T1]

Então, assim, quando você coloca integralidade [...] me remete logo...por isso que eu antecipei, porque me remete logo à interdisciplinaridade. Quando eu penso na integralidade, é voltado pro fazer profissional. Mas aí, quando você coloca numa concepção né? No diálogo da rede. Aí quando você coloca o cenário que a gente vivenciou na rede, aí já tem um desfalque bem grande, porque o cenário que a gente vivenciou é um cenário que não...que ele é filantrópico, ele não é um aparelho público, ele não é governamental, ele não é municipal. Ele é um aparelho... Ele é um aparelho que se coloca como filantrópico, né? É importante frizar isso. E que ele não é um aparelho do Estado, governamental, enfim. E aí quando você pensar em integralidade, que você tem que pensar em redes, aí você já começa a pensar que ele está deslocado nesse sentido. Quando você pensa em redes. E aí quando você pensa em integralidade, que você começa a pensar nos cenários, que você pensa...que você chega lá, que chega um paciente que ele não tem referência...não é trabalhado uma referência e contra-referência desse paciente, que você pensa que o diálogo com eles, com as unidades de atenção primária a saúde é defasada. Aí como você quer que funcione a integralidade nesse sentido? Então, quando eu penso em integralidade, eu penso que é bem desfalcado. [ASS T3]

Este último relato, inclusive, nos remete à consideração de uma especificidade da RIS-Cancerologia quando comparada às demais ênfases hospitalares constituintes do programa da ESP/CE. O ICC destacava-se como o único hospital com uma gestão privada e familiar, embora de caráter filantrópico, o que na prática gerava importantes repercussões nas relações estabelecidas entre os gestores locais e os residentes, principalmente no que dizia respeito às diferentes concepções sobre a Residência. Todos os demais hospitais compunham as redes municipal e estadual de saúde. Tal aspecto será mais profundamente problematizado no capítulo que tratará dos obstáculos identificados como entraves ao alcance da integralidade.

Por fim, cabe salientar que, apesar dos diferentes sentidos atribuídos à integralidade, pode-se dizer que todos eles, em linhas gerais, e cada autor a seu modo, coadunam com a perspectiva maior de mudanças nos arranjos institucionais e políticos, necessárias à conquista das bandeiras de luta do movimento sanitário brasileiro. Falar em integralidade do cuidado nos remete ao que acreditamos serem as características desejáveis do sistema de saúde idealizado e legalizado com a Constituição de 1988, traduzindo, portanto, mais do que a reorientação de práticas, a demarcação de um posicionamento ético-político.

Se você pensar no sistema como um todo, você foi...talvez eu, a gente como equipe, consegui sanar alguma coisa em algum momento, que foi...que deve ter trago algum, alguma promoção de saúde pro paciente, ótimo. E eu acho que o sentido da integralidade aqui pra gente, não sei pras meninas, mas eu sei que existe, eu sei que é ideal, que é o modelo que eu preciso seguir, e aí eu vou tá nessa luta de querer, é...enquanto estiver com o paciente, tentar chamar a equipe pra dar a melhor assistência possível, dentro das minhas possibilidades, e conseguir pegar o que for melhor. [ENF T2]

Na sequência trataremos da apresentação e discussão dos elementos identificados pelos residentes como potencializadores da integralidade do cuidado, considerando-se as especificidades do programa de residência em análise nesta pesquisa, bem como as variáveis das vivências de cada uma das três turmas.

### 5.2.2 Elementos facilitadores da Integralidade

Dentre os elementos identificados pelos residentes como potencializadores da integralidade do cuidado pudemos constatar que, em boa medida, quase todos os aspectos pontuados remetem-se à especificidade do desenho proposto pelo projeto político-pedagógico do programa RIS-Cancerologia, bem como suas estratégias e o esforço de torná-lo efetivo. Relembramos aqui que as três turmas do programa em análise surgem a partir de um convênio firmado entre uma escola pública de governo e um hospital privado de caráter filantrópico, aspecto que, de algum modo, trouxe singularidades e repercussões importantes no desenrolar desse processo formativo, principalmente quando comparado às demais ênfases de residências também coordenadas pela ESP/CE.

E o papel do projeto pedagógico da ESP, que queira ou não, em alguns momentos tinha um peso também né. Então, por mais que muitas vezes fosse esquecido e passado por cima, era algo que a gente tinha na hora de negociar essas coisas no hospital. [PSI T1]

[...] desse modelo de Residência que a gente fez, que realmente nos fazia ter esse olhar de integralidade, sempre nos forçava a voltar pra teoria pra conseguir atrelar à prática. Então, como o modelo pedagógico ele era bem estruturado, a gente teve espaços bem definidos, desenhados, que a gente poderia ter essa atuação integral e também nos forçava a pensar e construir outros espaços né, ou estudar realmente o paciente de forma integral. Então, o modelo pedagógico foi excelente e fundamental pra nos permitir essa atuação. Até acho que outros modelos de Residência que estão surgindo, embora seja um ensino no trabalho, não tem esse olhar, porque o projeto pedagógico não é desenhado em cima disso né? Você vai aprender a ser uma excelente emergencista, mas na prática, nas suas condutas, na sua assistência. Muitas vezes, a teoria é só realmente a fisiopatologia, como fazer procedimento. E não se volta pras diretrizes né, pra estudo realmente. [ENF T2]

Nesse sentido, é necessário acrescentar que as três turmas iniciaram suas atividades na residência a partir do que a ESP/CE costuma nomear como *imersão*. Trata-se de um período de três semanas que antecedem a chegada dos residentes nas respectivas instituições executoras, cuja programação contempla uma série de encontros para a apresentação do programa, bem como as nuances do seu projeto político-pedagógico e do

regimento interno, além dos atores condutores do processo formativo, tais como coordenadores, preceptores e tutores. No mais, são apresentadas, ainda que brevemente, as temáticas que serão abordadas ao longo dos dois anos, além de ser iniciado o primeiro módulo teórico sobre “Território e Saúde”, com ênfase maior na conceituação e metodologia do processo de territorialização em saúde, de modo a defini-la como a primeira etapa da inserção prática dos residentes em seus territórios de atuação, para o posterior levantamento das necessidades de saúde locais e planejamento das ações. A esse módulo corresponde a obrigatoriedade da produção de um relatório de territorialização a ser realizado conjuntamente por toda a turma. Diante disso, percebe-se o quanto os residentes chegam aos seus cenários de prática já bastante apropriados da proposta formativa da Residência.

Outro ponto unanimamente citado pelas três turmas como facilitador da integralidade corresponde à obrigatoriedade da disposição dos residentes em equipes multiprofissionais. Desse modo, uma vez imersos no hospital, as turmas são orientadas quanto à divisão em equipes, cuja composição se manterá ao longo dos dois anos de percurso. No caso da RIS-Cancerologia, que anualmente selecionava 24 candidatos, a cada turma equivaliam quatro equipes compostas por seis categorias profissionais diferentes (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social). Para cada equipe desenhava-se uma trajetória diferenciada, contemplando todos os serviços elencados como cenários de prática, e sempre evitando que equipes diferentes estivessem alocadas em um mesmo local ao mesmo tempo. Assim, tal como já pontuado no capítulo anterior, observa-se que muitos residentes fazem uma associação direta da integralidade à dimensão da interprofissionalidade, que seria concretizada através do exercício do trabalho em equipe.

O fato de a gente ser dividido por equipe, de rodar por equipe, faz toda a diferença na parte inter. Talvez muito dificilmente, se não fosse assim, a gente não teria uma integralidade assim espontânea...de forma espontânea. Entende? Então realmente ajuda muito o processo. [PSI T1]

[...] eu acho que uma coisa que facilitou foi o trabalho de equipe, assim eu acho que...eu não tinha vivência de hospital, e assim, é tudo muito novo. E eu acho que ter, assim, principalmente assim, a enfermeira e a psicóloga, que a gente estava mais próximo, me ajudaram em muitas coisas. Me ajudaram, assim, como é que eu tenho que entrar, como é que eu tenho que lidar com o paciente, que eu nunca tinha feito isso, o quê que eu posso falar, o quê que eu não devo falar né? Até essa questão de postura mesmo, eu acho que esse trabalho de equipe ajudou bastante, foi bem facilitador. [FAR T2]

E questão, também, de todas as atividades foram pensadas em serem feitas em grupo, né? Facilitava. Tudo em grupo, todas as atividades, fossem elas as de campo, como as atividades de sala de espera, um exemplo, o estudo de caso, como também

as atividades EAD, tudo isso era pensado pra ser feito em grupo, geralmente, a maioria das atividades. Isso também influenciava bastante [ASS T3]

É interessante observar que, apesar de a maioria dos discursos reconhecerem a imprescindibilidade do trabalho em equipe, duas residentes de psicologia apresentaram um contraponto no sentido de assinalar também as dificuldades inerentes a esse desafio, pontuando tanto a dimensão da ineficiência das graduações em saúde no que se refere a essa demanda, como também, e não menos importantes, os aspectos relacionais que permeiam o mundo do trabalho em saúde.

Uma das coisas que eu parei pra pensar, de o quanto aquela situação tinha algo de único, pensando vivências de grupo que eu tinha tido antes, na faculdade por exemplo. Ah, você junta um grupo pra um determinado trabalho, uma determinada disciplina. Se não deu certo, você não trabalha mais com aquelas pessoas né? Você faz o grupo com quem você quer, com quem funciona bem e você se dá bem. Só que no mundo real do trabalho não funciona assim. Não é você que escolhe seus colegas de trabalho. Mas ao mesmo tempo, nas equipes de trabalho, quando não dá certo, vai cada um pra um canto. E aí eu vejo que isso é muito comum em equipes de saúde multiprofissionais. As pessoas estão colocadas juntas, não se entendem porque tem formações diferentes, vem de perspectivas profissionais diferentes, aí de repente vai cada um pro seu canto porque é mais fácil. E aí eu acho que a formulação da equipe na Residência, que tinha uma permanência da equipe e que tinham atividades que a gente tinha que fazer juntos, fazia com que a gente tivesse que fazer aquele grupo funcionar. Que não, assim, não é fazer funcionar, virar melhores amigos e escolher o grupo que eu gostaria pra trabalhar, mas dentro daquele grupo que eu tinha que trabalhar, eu tinha que ter um mínimo de diálogo com os meus outros colegas e outras profissões pra que as coisas acontecessem. E aí eu acho que isso propiciou um conhecimento sobre a dinâmica ampliada da equipe né, que eu noto que foi um dos maiores diferenciais da Residência. [PSI T1]

Eu acho que você, porque assim, você convive durante dois anos, Big Brother né, com uma equipe de 05 pessoas...06, desculpa (RISOS)...cada um com um processo formativo diferente, vindos de vários lugares (RISOS), um processo formativo outro. Aí você entra no hospital pra passar 60h com essas seis pessoas. Eu acho que o primeiro problema é você dar conta disso (RISOS). Né? Porque você...antes eu andava só, agora eu vou ter que andar com seis pessoas encangadas comigo de alguma forma. Então, isso pra mim, foi muito difícil. Mas quando você consegue perceber esse outro, esses seus amigos, seus colegas de alguma forma, você...isso facilita o processo. Porque você ter uma equipe que não contribui com isso, você sai (RISOS) porque não dá, não dá pra viver. Eu acho que a convivência interprofissional, o suporte, o próprio vínculo que você estabelece com os colegas de Residência, vai facilitar ou dificultar esse processo. [PSI T2]

Corroborando esse cenário de desafios, Peduzzi (2007) reitera que os serviços e práticas de saúde geralmente conformam o exercício multiprofissional à subordinação e hierarquização dos profissionais “não-médicos” à racionalidade biomédica predominante. Frente a isso, o trabalho em equipe se constitui em ferramenta necessária para a mudança das práticas tradicionais de saúde, pautadas na lógica da fragmentação dos saberes, nos atos

profissionais isolados e centrados em uma dimensão exclusivamente técnica. A autora ressalta ainda a efetivação do trabalho em equipe pressupõe a garantia de duas dimensões: a ação instrumental em si, enquanto racionalidade dirigida a um determinado fim; e a interação social que se concretiza como ação comunicativa entre os membros, destacando que:

A integralidade, na sua multiplicidade de sentidos que designam atributos e valores acerca das características desejáveis do sistema de saúde e das práticas de saúde, contrapondo-as ao modelo biomédico, no qual a assistência consiste fundamentalmente na busca da doença que causa o sofrimento de cada sujeito e na aplicação de tecnologias que combatam a doença, é a principal justificativa e motivação para a proposta do trabalho em equipe, em substituição ao trabalho individualizado por profissional. Para articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, articular serviços de diferentes níveis de complexidade e, sobretudo, apreender de forma ampliada e contextualizada as necessidades de saúde dos usuários e população do território, é necessário que os profissionais encontrem alternativa de inserção no serviço e de organização do trabalho que não sejam a tradicional atuação independente e isolada e a mera justaposição das ações (PEDUZZI, 2007 p. 2)

Assim, considera-se que, para o alcance do que Peduzzi (2001) denominou *equipe integração*, em oposição à *equipe agrupamento*, não há necessidade de anulação das especificidades das categorias profissionais como temem as corporações, mas, ao contrário, busca-se o esforço de construção de um horizonte normativo comum a todos os trabalhadores da saúde, pautado pela integralidade da atenção, pela centralidade do cuidado em saúde e pela prioridade ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários e coletivos.

Os residentes apontaram ainda para outros dispositivos previstos no desenho pedagógico, considerando-os como fundamentais no fomento à integralidade da atenção, onde destacaram a relevância dos módulos teóricos (já explicitados no capítulo que apresentou as atividades pedagógicas interdisciplinares) e das atividades grupais (citadas no capítulo que tratou das atividades práticas de caráter interprofissional). Outros versaram também sobre a oportunidade de realização dos estágios externos previstos no percurso da residência, tais como o estágio na Atenção Básica, o estágio eletivo e o estágio em rede.

O estágio na Atenção Básica previa a vivência de 30 dias corridos em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde, a ser escolhida pelos coordenadores mediante disponibilidade da prefeitura, com o objetivo de possibilitar aos residentes o contato com atividades de prevenção e promoção em saúde no geral, o desenvolvimento de ações junto aos pacientes oncológicos referenciados naquele território, além do treinamento da equipe em relação à importância do diagnóstico precoce e conhecimento do fluxo de encaminhamentos na rede nos casos de confirmação diagnóstica (CEARÁ, 2013).

O estágio eletivo corresponde à possibilidade de vivência profissional em outro serviço (nacional ou internacional) que guarde relação com a expertise da ênfase em questão (nesse caso, em Cancerologia), por um período corrido de 30 dias, ou dois períodos de 15 dias em duas instituições diferentes, cuja escolha fica a critério do residente e do aceite da solicitação pelo local (CEARÁ, 2013).

Já o estágio em rede prevê a possibilidade de realização de visitas a outros serviços componentes da rede de saúde do município, com o objetivo de fortalecimento da perspectiva da intersetorialidade, sendo disponibilizados para tal 16 dias ao longo do segundo ano de residência, conforme pactuação dos residentes com os respectivos preceptores de núcleo e de campo (CEARÁ, 2013).

[...] eu acho que os módulos também eles acabam trabalhando isso. Porque as Residências Multiprofissionais ela tem a nomenclatura de...elas são multi, mas na prática elas são uniprofissionais. Uni...é cada um no seu núcleo profissional. Elas não se interagem, elas não se encontram. E aí esse projeto político da escola, a gente lá consegue. Só por a gente rodar na mesma linha de cuidado, a equipe, a gente consegue se integrar. Então eu sei que, se eu estou ali, eu já começo a visualizar, de tanto estar perto dos meus colegas e vendo a profissão deles eu consigo visualizar, a gente já consegue visualizar a necessidade do meu colega ali pra trabalhar naquele paciente né? E é uma realidade que é muito realmente da escola. [FIS T1]

Eu não sei o quanto outros grupos fizeram isso, mas o meu foi um dos que fez um planejamento de vários locais que a gente queria visitar, pra conhecer a Rede de Atenção Oncológica da cidade. E pra mim foi muito legal, porque eu conheci vários campos, que eu não teria tido contato se não fosse...eu lembro que a gente foi pra uma reunião do Conselho de Saúde do Município, uma reunião do Conselho de Saúde do Estado, ou foi pra o Centro...que eu não lembro agora o nome, mas que era uma ONG que distribuía bolsas de colostomia. E aí foi quando, assim, eu fui conhecer outros serviços de Oncologia mesmo, então eu fui no da Unimed, no CRIO. Isso é uma coisa que pra mim foi muito legal. [PSI T1]

A própria residência, ela coloca pra você fazer, ela dá oportunidade, que eu não tive de fazer, porque não deixaram, o percurso de rede. O nome já diz, né? Que muita gente consegue fazer. Escolhe fazer no CAPS, escolhe fazer nesses aparelhos, né? Eu acho que justamente pra oportunizar você nesses espaços. O próprio percurso que é obrigatório [...] O próprio obrigatório, o percurso obrigatório acho que é justamente pra você vivenciar essa integralidade do cuidado numa perspectiva macro, como um princípio do SUS [...] E aí, a própria escola, acho que desenha dessa forma, pra você viver a integralidade do cuidado nesse sentido. [ASS T3]

É interessante ressaltar o trecho nessa última fala da residente da Turma 03, ao pontuar que não fez o estágio de rede porque não permitiram, evidenciando mais uma repercussão dos conflitos entre as concepções e conduções compartilhadas entre a ESP/CE e do ICC. O que significa dizer que, no cotidiano da Residência, apesar da previsão regimental de todos os deveres e direitos dos residentes, nem sempre estes se concretizavam, ficando a



mercê das negociações micropolíticas, que muitas vezes não eram satisfatórias e culminavam em renormalizações impostas de modo autoritário pelos gestores locais.

Idealmente, esses estágios buscavam fortalecer nos residentes a dimensão da formação em rede, aspecto que nem sempre parecia ser compreendido pelo ICC. Cabe salientar que, especificamente na Turma 03, a parceria entre a ESP/CE e o ICC se dissolveu, fator que provavelmente tenha intensificado o embate dessas questões.

Ainda em relação com o projeto político-pedagógico, uma residente acrescenta a opção pelo desenho do percurso dos residentes em cenários de prática que contemplassem todos os serviços assistenciais do hospital, de modo que, ao longo dos dois anos, eram previstos rodízios nesses diversos setores por iguais períodos de tempo. No caso da RIS-ESP/CE com ênfase em Cancerologia, conforme já exposto, os residentes rodavam obrigatoriamente, dentro do ICC, pelos seguintes lugares: Unidade Cirúrgica/Internação, Unidade de Quimioterapia, Unidade de Radioterapia, Unidade de Intercorrência do Câncer, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Paliativos. A residente em questão pondera que, apesar das dificuldades iniciais associadas à constante necessidade de mudança de rodízio e conseqüente readaptação, no final das contas, isso possibilitou um conhecimento e compreensão dos fluxos muito mais ampliados em relação à dinâmica de funcionamento do hospital, tal como expresso:

E eu acho que tem outro obstáculo, que acaba que é um obstáculo mas que depois vira uma oportunidade, que pra mim era muito complicado porque eu sou péssima em mudança. Era a questão do rodízio, porque depois de todo esse estresse, que você conseguia fincar um pouco, hora de mudança, hora de mudar de setor. Então isso estressava a gente, estressava a equipe que tava com a gente, onde a gente tava né? Mas no fim, e isso faz muito sentido agora, ter a noção do hospital como um todo, esse obstáculo depois é uma oportunidade muito grande porque é sensacional. É, de um jeito grosso né, eu não tenho conhecimento de tudo com muito afínco, mas eu sei como é a rotina da UTI, da UIC, eu sei por onde o paciente passa. Eu sei que antes dele vir pra UIC ele tem que passar no Corina Parente, que ele tem um fluxo a seguir, tem as linhas de cuidado que...penei, a cada dois, três meses ter que sair, a equipe nova ter que nos receber, a gente ter que conquistar, mas pelo menos assim, ao todo, eu não sei com a palma da minha mão, mas eu sei o grosso, digamos assim [ENF T2]

Outro aspecto apresentado pelos residentes oportunizado pelo desenho pedagógico da RIS-Cancerologia diz respeito à possibilidade de construção das agendas de trabalho, que idealmente seriam pactuadas entre os residentes e os preceptores, de modo a atender às necessidades observadas a partir do processo de territorialização, e mesclando atividades de núcleo e de campo, tanto aquelas essencialmente assistenciais como aquelas designadas para momentos de reuniões e/ou planejamentos.

[...] o formato das equipes e de ter atividades, assim, a agenda né, que foi uma das atividades que a gente teve que pensar e repensar tantas vezes. A agenda de cada setor como é que era, ter previsto na agenda que tinha horário que era pra atividade de núcleo, de campo. Eu acho que isso foi outra coisa que foi um potencializador também. [PSI T1]

A construção da nossa agenda, pactuada com a coordenação [...] eu acho que era um momento muito importante. Era muito flexível, eu acredito que se colocava, pelo menos minha percepção era essa. Você trazia a proposta e a gente ia assim “olha, a proposta é essa, vocês tem uma hora de grupo de estudo aqui – e o grupo de estudo era muito importante, era um momento que a gente trazia os elementos da farmácia, não sei o que, ou a gente trazia um estudo de caso da semana, de um paciente que tava realmente ali com muito tempo de internamento ou alguma outra coisa. E realmente potencializava, no caso, o seu objeto, a integralidade e outros elementos. Então a construção da nossa agenda e a flexibilidade como ela se colocava era uma estratégia e o gerenciamento dela, se realmente ela tava acontecendo [...] Uma hora pra isso, uma hora pra aquilo. E você conseguia durante a semana ter um...eu acredito que você conseguia trabalhar muito bem. Eu acho, né? Não sei vocês. A integralidade tava muito naquele momento assim. Como é que você tá ali atendendo todo mundo e “não, perai, a gente precisa se sentar, organizar como é que a gente vai fazer isso aqui e passar na hora da visita pro familiar ou passar pra...”. Então o momento que a gente tinha, era esse momento, a gente identificava. [FAR T3]

Associado ao reconhecimento da importância da agenda de trabalho os residentes fizeram menção à possibilidade de, a partir dessa agenda, ter um tempo reservado ao planejamento e discussão das atividades realizadas, aspecto que eles pontuam como um diferencial em relação às experiências posteriores que estão vivenciando no mercado de trabalho. Tal pontuação nos remete à reflexão de que, de uma maneira geral, o trabalhador da saúde, uma vez submetido a uma grande demanda de trabalho, apresenta dificuldade em reconhecê-lo para além da sua dimensão instrumental e técnica, tal como apontado por Fajardo (2011). Ela ainda assevera que, para o trabalhador, o ato de parar para refletir sobre o trabalho não constitui um trabalho, face à tradicional e estanque polarização entre o que seria o tempo da teoria e o tempo da prática. O relato dos residentes evidencia ainda que, em relação à maioria dos preceptores de núcleo, a criação desses espaços nas agendas de trabalho só foi conquistada a partir de muita argumentação, na medida em que tendiam a ser vistos como desperdício de tempo ou como um mecanismo dos residentes para burlar a obrigação das atividades assistenciais.

Na verdade, eu acho que antes do trabalho em equipe é o planejamento do trabalho em equipe. Porque eu acho que acaba sendo tão tomado por um sistema, pela rede, por esse cuidado, que muitas vezes, hoje em dia, o contato com a enfermeira, o contato com a fulana, o contato com a sicrana, é quase que impossível, entende? Pra eu poder ter esse olhar de integralidade pro atendimento desse paciente, porque é

tomado, como eu digo, quando você faz Residência, eu hoje sinto a falta imensa de poder sentar e dizer assim, vamos planejar. Eu hoje tô nos Cuidados Paliativos e a gente não consegue ter reunião de planejamento, porque a gente tem um quantitativo que não dá conta. E como é que eu vou olhar de forma integral pra um paciente que precisa, que eu fui formada com aspectos muito bacanas pra cuidar desse sujeito de outra forma, se eu não planejo aquele atendimento? Então, eu acho que isso dificulta muito conseguir...conseguir cuidar desse outro. [PSI T2]

E proporcionava qualidade de tempo pra gente, porque hoje eu e a psicóloga que era da minha equipe a gente tá na mesma empresa, com a mesma profissão, e eu não tenho condição de fazer um grupo porque 7h eu tenho que tá checando exame. Então, eu sei da importância do grupo, sei que ia ajudar muito os pacientes, que eu ia pegar um número X de pacientes e ia tá facilitando o tratamento deles, mas eu não tenho tempo. A instituição não permite porque eu tenho outras coisas, que à vista da instituição são mais urgentes. E enquanto residente, não, porque me era delegado aquele tempo pra fazer aquela atividade. [...] Mas hoje a gente não tem qualidade de tempo, porque eu não sou mais residente. Então, você tem essas funções, você dá conta? Eu não consegui dar conta, então eu não posso entrar numa outra atividade aqui, abre aspas né, institucional, com inovação. Porque se você não tá dando nem conta dos seus relatórios, como é que você vai fazer um negócio desse? Residência lhe dá qualidade de tempo e lhe dá espaço, porque a gente usava o espaço do paciente. [ENF T2]

Nesse sentido, os residentes destacam a colaboração fundamental de atores que eles consideraram como estratégicos nesse processo de fortalecimento da Residência e, conseqüentemente, da integralidade da atenção a que esse modelo formativo se propunha. Dentre eles, foram especialmente citados os preceptores de campo e a coordenação acadêmica local, tendo em vista que, segundo eles, além da importância da função exercida, tratava-se de pessoas que apresentavam uma compreensão da Residência em consonância com a proposta estabelecida no projeto político-pedagógico, conforme observamos nos relatos ilustrados pelas três turmas:

Eu acho que teve uma preceptoría que foi muito importante, que foi a de campo né? E acho que quando a gente teve preceptoría de campo, de fato, isso contribuiu muito pro processo de integralidade [...] eu bato hoje enquanto defensor de Residências que a preceptoría de campo é fundamental. Deve existir, faz parte do processo, deve fazer parte do projeto pedagógico das Residências. [PSI T1]

É, a primeira coisa que me vem, é o interesse de quem tinha interesse, porque eu acho que foi uma das coisas que, assim, sem isso não tinha ido pra frente, sabe? E na Residência acho que eu encontrei com algumas pessoas que acreditavam muito nisso e queriam fazer isso acontecer. Pra mim isso foi um dos maiores potencializadores em vários níveis, desde a importância que teve o trabalho prático dessas pessoas pras coisas acontecerem, mas até a importância...sei lá, afetiva e emocional, de quando parecia que não ia dá certo, ter gente que queria fazer aquilo. Então, assim, gente, eu digo em vários níveis...colega residente, gente que tava na coordenação da Residência, preceptor né? Nesses vários níveis, encontrar pessoas que abraçavam essa ideia de pensar a Residência como um projeto realmente de formação, numa visão ampliada de saúde, pro SUS né? Uma Residência Multiprofissional que trabalhasse com a ideia de integralidade, de equidade, com os princípios do SUS de

uma maneira geral né? E acho que a integralidade ai dentro, pra mim, isso foi o maior potencializador eu acho. [PSI T1]

Pra mim a resposta é mais simples: a coordenação. Se uma coordenação que não tivesse esse olhar não iria funcionar, como não funcionou. Então, os espaços onde estavam instituídos e bem consolidados...porque existia uma coordenação que reafirmava isso pras preceptorias, mesmo quando não queriam liberar. Isso foi que a gente perdeu. Tanto que ficou claríssimo, que foi com a saída dessa coordenação, com a demissão dela que a residência acabou, porque o modelo não era mais compreendido e não existia mais quem o colocasse como importante e necessário pro nosso processo formativo, algo que estava instituído no papel, mas que precisava ser vivenciado na prática, mas que já não existia mais quem defendesse aquela proposta. Então, pra mim, é claríssimo isso. Não existindo uma coordenação que compreenda a forma da residência trabalhar...pronto, aconteceu o que aconteceu com a gente. [PSI T3]

Observa-se que no último relato, verbalizado por uma residente da terceira turma, mais uma vez evidencia-se a especificidade do conflito vivido por esse grupo, considerando-se a ruptura do convênio firmado entre a ESP/CE e o ICC, cujo ápice se deu a partir da demissão da equipe condutora local (preceptoria de campo e coordenação acadêmica), ainda no início do segundo ano da residência. Tal situação será exposta mais detalhadamente no capítulo seguinte, quando trataremos dos elementos identificados pelos residentes como obstáculos para a integralidade.

No mais, no que concerne ao apoio das preceptorias de núcleo, a única categoria mencionada pelos residentes foi o Serviço Social, onde foi pontuado principalmente o reconhecimento da dimensão afetiva construída nas relações de trabalho, apesar da hierarquia intrínseca à relação preceptor-residente, o que possibilitava um espaço de trabalho acolhedor, tal como expresso a seguir:

Eu acho que assim, pra mim, na minha concepção o Serviço Social sempre foi um ponto, assim, de acolhimento mesmo. E claro que, em algumas situações, era colocado, né, que existia um limite e que poderia ir, né? Mas eu acho que, assim, tudo que foi possível fazer pela gente, assim, foi feito. Assim, eu sempre me senti muito a vontade. E tranquila de trabalhar, assim, com aquelas pessoas. Acho que foi sempre mesmo tranquilo. Estar naquele lugar, pra mim, trazia segurança, assim: “aqui eu tô segura. [ASS T3]

Por fim, o último ponto citado pelos residentes como potencializador da integralidade refere-se à possibilidade de interlocução entre teoria e prática, oportunizada pela opção metodológica da RIS-ESP/CE, em consonância com o que está previsto para todas as RMS nas diretrizes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2012). Retomamos aqui que, conforme mencionado no capítulo sobre Interprofissionalidade, o projeto político-pedagógico da RIS-ESP/CE previa como estratégias

para a articulação teórico-prática as rodas de núcleo e rodas de campo, de modo a assegurar que os residentes tivessem, além da prática assistencial, momentos para a reflexão sobre ela, devidamente conduzidos pelos preceptores. Entende-se, assim, que uma formação pelo trabalho não pode se restringir à ação instrumental do fazer profissional, mas, ao contrário, espera-se que esta imersão no trabalho seja provocativa da construção de uma práxis, por meio de um ciclo onde a ação fomenta a reflexão, e esta repercute na otimização da ação (FREIRE, 1996).

É, mas a prática, a prática, acho que foi o principal ponto, sabe? Porque a teoria é muito, muito, muito importante. Mas se não der pra agregar com a prática, não rola. A gente colocava era na hora que a gente ia pro Posto, ia pra Quimioterapia, a gente lidava com outra profissional, com outra psicóloga, com outro farmacêutico que não era da minha equipe, que também tinha que interagir. Era na hora que eu estava com o paciente que eu podia ver. Não, foi legal, deu certo, essa intervenção foi bacana. Essa intervenção minha foi bacana, essa intervenção em grupo foi bacana. Dá pra melhorar isso, dá pra melhorar aquilo. É, em síntese, acho que é isso. Conseguir agregar a teoria que a gente teve, a oportunidade, e a prática, porque uma sem a outra não rola não. Não dá certo não. [ENF T2].

De modo a fazer o contraponto com os elementos facilitadores, seguiremos com a discussão dos obstáculos identificados pelos residentes como entraves ao alcance da integralidade, considerando-se as especificidades do programa como um todo (RIS-ESP/CE com ênfase em Cancerologia), bem como de cada uma das turmas, naquilo que elas expressam como singularidades.

### **5.2.3 Obstáculos para o alcance da integralidade**

Ao longo das duas seções anteriores, fica bastante evidente o quanto os diversos sentidos da integralidade e as práticas por eles fomentadas deflagram uma potente apropriação pelos residentes acerca da urgente necessidade de mudanças dos modelos de atenção e cuidado em saúde. Todavia, os discursos apontam para a compreensão de um cenário extremamente desafiador e permeado por obstáculos, que contemplam desde questões macropolíticas, que em sua maioria foge às governabilidades locais, até problemas de um cotidiano de relações e processos micropolíticos, tal como discutiremos a seguir.

Em termos macropolíticos, os residentes apontaram para as dificuldades inerentes ao funcionamento da rede de saúde como um todo, tendo em vista os entraves que a atravessam e atrapalham o percurso terapêutico dos usuários no sistema de modo a atender suas necessidades, o que inclusive nos remete ao sentido da integralidade ampliada, tal como

a definição apontada por Cecílio (2006). No que concerne especificamente às Redes de Atenção em Oncologia, a Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída pela Portaria Nº2439 em 2005, prevê o atendimento aos pacientes em todas as etapas do adoecimento, contemplando a atenção nas áreas da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2005), o que só seria garantido mediante a articulação integrada de todos os serviços e fluxos componentes da rede.

Eu acho que na verdade isso é algo de como a sociedade se organiza. Eu acho que, de fato, a gente...nós ainda temos o SUS enquanto política, mas ele não tá ainda efetivamente implantado, nem no ideário social, sabe? Às vezes, até nos próprios núcleos, a gente queria fazer um encaminhamento pro NASF, pro CAPS, a gente não sabia, não tinha retorno, não sabia com quem falar né. Então eu acho que é algo macro, é geral, inclusive eu acho que o objetivo da Residência de colocar a integralidade como um dos grandes focos, é um objetivo bem...bem complexo né? É uma tentativa mesmo, como é uma tentativa as próprias políticas de saúde, enfim. É louvável, eu acho né, vale a pena. E nós vivenciamos isso né, no nosso contexto, mas isso é algo maior do que só a própria Residência. [PSI T1]

Até porque, assim, se a gente for pensar na Oncologia, não tem uma rede de atenção oncológica no estado né? A gente tem equipamentos recortados, fragmentados, equipamentos que...alguns privados né, outros filantrópicos, e aí que vão tentando se organizar, que às vezes é um contra a outro, enfim, mas não tem uma rede. A gente não tem como articular dessa maneira. [PSI T1]

Malta e Merhy (2010), ao trabalharem a concepção sobre a Linha do Cuidado das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), asseveram que a garantia dessa integralidade em rede só se efetivaria mediante a articulação de respostas macro e microinstitucionais, demandando ajustes tanto nos processos de trabalho como na organização do sistema de saúde. A Linha do Cuidado constituiria, portanto, a trajetória terapêutica do usuário iniciada a partir de sua entrada em qualquer ponto de assistência da rede onde haja interação entre ele e um profissional de saúde, e que seguirá pelos demais serviços conforme as necessidades e o projeto terapêutico de cada um.

Quanto à perspectiva micropolítica, chamou-nos atenção a ênfase dada por todas as turmas, ponderadas as devidas especificidades, às dificuldades relacionadas à preceptoria de núcleo, aspecto que foi mencionado em variadas nuances que, em alguma medida, encontram-se interligadas. A primeira delas refere-se à constatação de um cenário generalizado de incompreensão pelos preceptores do que seria a proposta da Residência dita Multiprofissional e desse programa em específico (RIS-ESP/CE), tendo em vista que a única referência até então compartilhada por eles associava-se à Residência Médica. Segundo os residentes, esse desconhecimento do programa, e muito provavelmente também de suas

funções, repercutia diretamente nas relações de trabalho estabelecidas, conforme explicitam as vinhetas a seguir:

Os preceptores. Também, né? Eu acho que foi o nosso primeiro obstáculo, porque eles não entendiam a proposta da residência mesmo. Essa questão da integralidade, do que a residência vinha fazer ali naquele serviço. Então pra mim o primeiro obstáculo foi realmente os preceptores, os profissionais do serviço. E como estratégia, eu acho, que nesse caso principalmente a gente tentou meio que conversar, passar um pouquinho quando possível, quando existia uma abertura pra isso. O que é essa proposta da residência, porque que a gente, em certas situações, por exemplo, a gente saindo do serviço pras atividades, então, em certos momentos, a gente tentou meio que explicar, meio que conversar. Nem sempre dava certo, mas eu vejo isso como um dos primeiros obstáculos. [NUT T3]

E tem preceptores que não foram trabalhados para ser preceptor né [...] também tem isso, é porque como primeira turma ninguém ali...não sabiam nem o que era Residência. Então, o que é ser preceptor se eu não sei nem o que é a Residência? [...] Eles só conheciam porque tinha a dos médicos e olhe lá né? [FIS T1]

A RIS-ESP/CE define a preceptoria como função docente-assistencial de apoio aos profissionais-residentes em seus respectivos campos de trabalho, objetivando o desenvolvimento de saberes e práticas específicas do núcleo profissional (em se tratando da preceptoria de núcleo) e aquelas relativas à dimensão das equipes multiprofissionais (no caso da preceptoria de campo). Os critérios exigidos para o exercício da função contemplam, além do curso de graduação, o mínimo de três anos de experiência na área em questão ou a titulação de especialista (CEARÁ, 2013). Nesse aspecto, é importante observar que, dentre as condições definidas, em nenhum momento são mencionadas as especificidades do exercício da docência em saúde, aspecto muitas vezes absolutamente desconhecido para os preceptores.

Vale pontuar que, em se tratando da ênfase em Cancerologia, quando da aprovação e implantação do programa, os profissionais foram convocados pela gestão a assumirem a preceptoria, não tendo sido necessariamente interrogados sobre o seu interesse ou aptidão para trabalhar na Residência. Acrescente-se a isso o fato de que, no ICC, além de não terem participado da fase de concepção e construção do programa, os preceptores de núcleo nunca receberam qualquer forma de gratificação pelo acréscimo da função, fosse ela financeira ou mesmo em termos de flexibilização de carga horária. Somente a preceptoria de campo era remunerada, tendo em vista que as duas profissionais tiveram sua carga horária ampliada especificamente para atender a essa exigência do desenho pedagógico, muito embora a proporção de preceptores para o número de residentes ainda não fosse a recomendada pelo regimento da RIS-ESP/CE. Diante disso, a sensação experimentada pelos residentes era de que, muitas vezes, estabelecia-se um cenário de resistência e disputa na

relação com o preceptor, principalmente em relação às condições de trabalho e remuneração, se considerarmos o atual e histórico contexto de precarização trabalhista da maioria dos trabalhadores da saúde. A preceptoria remetia, portanto, ao acúmulo de trabalho e de responsabilidades sem o devido reconhecimento da gestão local, acarretando em intensos entraves relacionais de ambas as partes.

[...] outra questão também que foi um obstáculo bem forte é a resistência do hospital, assim, profissionais na prática né? Não sei, assim...da preceptoria né? [...] Alguns momentos que eu sentia alguma resistência né, enfim, medo da substituição, um pouco de não saber como lidar com aquilo, de não conhecer aquela questão nova né [...] Mas eu senti sim, de algumas questões que poderiam ter sido melhor resolvidas né, na nossa época, por conta dessa resistência que os profissionais tinham com a gente, assim. Então, foi um obstáculo que atrapalhou bastante [ENF T2]

[...] Até porque eles tinham medo de ser despedidos, acho que eles tinham, sei lá, umas coisas que eles tinham medo de serem também assediados pela gestão né, seguir a ordem que a gestão passava. Tinha medo do residente tá futuramente tirando o emprego deles, também rolavam essas conversas, enfim, são N fatores [...] A questão da bolsa também contou, porque assim, tinham categorias lá que o residente ganhava mais do que o preceptor. Então ficava “ah, quer dizer que ele tá ganhando mais do que eu pra sair, pra assistir aula, pra fazer grupinho, pra não sei o que. Como é isso? [PSI T1]

[...] eu acho que também entra essa questão da fragilidade no mercado de trabalho hoje. Porque eu acho que alguns profissionais eles tinham medo de perder espaço, entendeu? Então eu acho que, assim, de repente, no hospital onde a pessoa tem um vínculo efetivo, um vínculo formal de trabalho, concursado, por exemplo, talvez ela não tenha tanto esse medo, entendeu? E eu acho que quando você tem um vínculo mais fragilizado de trabalho, eu acho que em alguns setores é mais perceptível isso. Pessoa tinha medo dessa inovação e de que ele fosse considerado obsoleto e acabasse perdendo esse espaço. Acho que isso acaba, também, prejudicando, né? [FAR T3]

Associado a esse contexto, os residentes acrescentam a questão das deficiências e lacunas típicas das graduações na área da saúde que, de modo geral, ainda se constituem em espaços formativos centrados em uma perspectiva prioritariamente tecnicista e que, portanto, raramente preparam os profissionais para a docência em serviço. De acordo com Fajardo e Ceccim (2010), tal aspecto constitui um dos paradoxos mais desafiadores para a efetivação dos programas de RMS: os trabalhadores são convocados ao exercício da preceptoria de um processo formativo eminentemente inovador, sendo estes em sua maioria provenientes de cursos cujos currículos são ainda extremamente fragmentados e organizados na lógica das disciplinas, o que acaba por configurar uma resistência enorme deles em romper com os modelos tradicionais de ensino-aprendizagem.



Mas eu acho que isso daí também vem muito da formação né. A gente é formado cada um na sua categoria, ninguém se conversa, na graduação começa assim. A gente pega um hospital terciário que todo mundo foi formado assim, então existe uma resistência muito grande. Aí chega um programa que quer dar uma mudada e uma mexida, e aí começa a incomodar né? Então é natural ter vários obstáculos e tentar...é muito complicado [FIS T1]

E não só dos médicos. Uma coisa que eu pergunto muito pra outras categorias: na graduação de vocês, vocês tiveram projetos, disciplinas, que tivesse esse trabalho em conjunto? Porque a grande maioria da nossa geração não teve. E hoje a gente vê uma maior preocupação, inclusive nas faculdades, os novos cursos de medicina estão se abrindo pra essas atividades com outros cursos, e a gente acaba vendo muito isso na prática. Mas eu fico feliz também que, de alguma maneira, existe uma tentativa de mudar porque vê que não dá mais né. Só o saber médico, só o cuidado do médico não dá conta da integralidade do sujeito. [PSI T2]

Ainda no que tange à formação, cabe destacar que os preceptores da RIS-ESP/CE, num esforço de suprir essas carências e melhor apropriá-los sobre a proposição das RMS, são submetidos a um curso de formação oferecido pelo corpo docente da ESP/CE, através do qual se pretende trabalhar com os preceptores antecipadamente as mesmas unidades de aprendizagem apresentadas aos residentes nos módulos teóricos transversais. Entretanto, a percepção dos residentes é de que, mesmo esse suporte teórico oferecido pela instituição formadora, não dava conta das variadas questões relacionais cotidianas que se forjavam nos cenários de trabalho e que extrapolavam questões teóricas, tendo em vista que muitos dos preceptores não tinham passado por qualquer experiência anterior com esse modelo formativo, tal como revelam os excertos a seguir:

Pena que eu acho que quando a residência passa, não consegue deixar esse legado, ainda. Porque dependendo da instituição por onde a residência passa, os profissionais que estão ali envolvidos, que são os nossos preceptores, eles não passam por essa formação. Eles são simplesmente profissionais daquela instituição. Que bate ponto, que tem uma carga horária estressante, que, né, com todas as...não recebe a mais pra isso. Então tem muita gente que já não é muito feliz com o seu trabalho. E ainda ter que ensinar e que não sabe como é, não vivenciaram a Residência. Como é que você ensina pessoas a serem residentes se você nunca nem passou por isso? Então às vezes se perde tudo que a gente tentou construir durante a residência por conta disso. Acho que muitos dos nossos problemas teriam sido minimizados se eles tivessem tido essa formação. [FAR T3]

O preparo da preceptoria, né. Essa questão de como receber residente, de como lidar. E não receber por isso, e não ter preparação pra isso. A própria gestão com a visão de que residente é mão de obra barata pra eles, de que a gente aprendia com o serviço, mais outros obstáculos. [ASS T3]

Segundo os residentes, essa dificuldade relacional encontrava sua máxima expressão na medida em que se percebiam utilizados como provisão de mão de obra do

hospital, principalmente nos serviços e setores onde o quantitativo de profissionais era insuficiente para a alta demanda de pacientes. Nesse sentido, percebe-se que o modo como a gestão lida com os preceptores, entendendo-os como reprodutores de atos de saúde, acaba por repercutir nas relações que eles estabelecem com os residentes. Meira et al (2010) adverte que, com esse panorama estabelecido, tem-se um preceptor que, uma vez pressionado pelos atravessamentos das influências institucionais, reproduz e repassa essa pressão ao residente que, por sua vez, por ter outra vinculação trabalhista com a instituição, sente-se mais seguro para reagir, embora nem sempre consiga.

[...] o hospital já contava com o nosso serviço, assim, no que a gente...por exemplo, as meninas da Fisioterapia, a quantidade de pacientes que elas atendiam, né?. Então elas tinham essa meta também de atendimentos, apesar de serem residentes. Então, talvez, é isso que as meninas estão falando, da questão da demanda né, a gente tinha também o nosso trabalho a ser desenvolvido e era cobrado por isso né? [ENF T2]

[...] porque o modelo do Brasil já tá acostumado à Residência ser um...uma mão de obra que você pode utilizar e o dinheiro não vem da instituição. Aquela mão de obra muito barata né, que não vai lhe custar nada. [ENF T2]

Eu acho que o quantitativo de profissionais que, muitas vezes, a residência ela também era mão de obra. Ela não cumpria só o papel enquanto residência. Eu tinha que tá cobrindo também serviços e aí por isso muitas vezes eu não podia estar ali com minha equipe naquele rodízio ou naquela atividade, que eu deveria estar ali enquanto residente. Muitas vezes era uma briga pra eu poder participar dos grupos, porque quarta-feira tinha uma demanda muito grande de quimioterapia e pra eu ser liberada era uma coisa. [ENF T3]

A partir da análise interpretativa das falas dos residentes, observamos que essa percepção de cunho utilitarista, ou como eles costumam referir, a sensação de serem vistos como “mão de obra barata”, é nitidamente mais comum nos núcleos profissionais, por assim dizer, mais tecnicistas e que originalmente sempre estiveram situados na área da saúde, tais como Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Nutrição, onde se percebe que a construção da relação com os preceptores se dava de modo mais rígido. Ao contrário, nos núcleos da Psicologia e do Serviço Social, essas relações de trabalho pareciam menos complicadas, estendendo-se, inclusive, ao campo pessoal.

[...] assim, algumas categorias profissionais recebem por produção, no caso a Fisioterapia né? Então, assim, quando você propõe alguma estratégia nova, implantar alguma coisa, propor um serviço, fazer...então isso atrapalha a produção, então isso não é bem aceito, no caso da minha categoria [...] Se eu vou sair pra fazer outra coisa, se eu vou sair pra fazer uma sala de espera ali, eu vou atrasar os atendimentos e vou diminuir o fluxo e, conseqüentemente, o dinheiro né? Então pra gente era bem mais complicado [FIS T1]

Dependia muito de núcleo [...] mas a Psicologia, o Serviço Social, eram preceptores que compravam a Residência, assumiam sim, davam a cara à tapa diversas vezes. Mas outras categorias [...] Então depende muito do núcleo. Eu acho que Nutrição, Fisioterapia, Farmácia...eram complicadíssimos. [PSI T1]

Mas, assim, com relação à Fisioterapia, acontece algo de muito particular, que a gente ganha por produtividade. Então, na realidade eles olham pra gente como se a gente fosse uma maquininha de dinheirinho né, porque ele tem que atender 20 pacientes, e aí você atende metade-metade. Mas aí eu acho que tudo é uma troca, inclusive de interesse, entendeu? [...] O que você não pode é fazer isso sem dar um retorno pra aquele residente, entendeu? De teoria, de artigos, de discussão de caso, sabe. Mas assim, eu digo por mim, muitas vezes a gente precisou assumir setor, inclusive recém-chegada lá. [FIS T2]

Sobre esse panorama de exploração da força de trabalho do residente, que inclusive destoa como uma queixa muito comum em todos os programas de Residência (sejam médicos ou multiprofissionais), é importante pontuar que, de fato, a proposta formativa das Residências está centrada na metodologia de aprendizagem pelo trabalho. Todavia, exatamente por se tratar de uma formação em serviço, é preciso salientar que ela não pode se restringir apenas à formação nem somente ao serviço, demandando que se estabeleça uma interface crítica e construtiva entre ambos (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010). Tal contexto implica ainda em outra dificuldade que é a dicotomia de papéis e posturas assumidos por residentes e preceptores: esse residente é estudante ou profissional? E a partir dessa resposta, como se estabelecem as relações hierárquicas de poder entre ambos? Segundo os residentes, o contraponto que se estabelece tende a ser resolvido conforme a conveniência institucional, de modo que o tratamento como aluno ou como profissional varia tendo como base as necessidades do serviço. Entretanto, chama atenção a ponderação de uma residente que, hoje, ocupando a função de preceptora, reafirma a importância do estímulo à autonomia dos residentes, o que a faz percebê-los como profissionais em formação, mas ainda assim profissionais.

Na hora que é conveniente você é residente, então você senta, você escuta, o sermão é assim. Na hora que é conveniente você ser profissional e você assumir os problemas da direção do setor, você é. No dia que não tem ninguém no Serviço Social, tá todo mundo de férias, ela não é mais residente, ela tá lá, pode papocar o negócio que ela vai dar conta. Então, era quando era conveniente né, que a gente era residente quando era conveniente, quando não a gente era [...] profissional do serviço [ASS T1]

A visão mudava muito de acordo com a conveniência né. Quando eles precisavam nós éramos profissionais suficientes pra assumir o serviço, quando não, nós éramos

residentes e a gente tinha que ficar fazendo o papel de residente né, bem submisso. [PSI T2]

A gente precisa ter muito cuidado com essa questão de profissional e estudante porque o que é proposto pra gente como preceptoria, que hoje eu tô do outro lado da moeda né (RISOS), quando a gente vai pra uma reunião pré-tumor Board, tem que ir residente e eu. Como assim? Como assim que toda categoria o residente tem que tá acompanhado de um profissional? Porque aquele...aquela pessoa, tudo bem que ele é um residente, eu tô lá pra prestar um suporte, uma ajuda, mas assim, ele é fisioterapeuta entendeu. [FIS T2]

Meira et al (2010) apontam que a preceptoria se forja em meio a estas e tantas outras ambiguidades, exigindo do preceptor muito mais do que a atitude de mera supervisão, mas a disponibilidade de ter, para com o residente, “um olhar tão integral como prevê o princípio da integralidade do SUS para os usuários de nossos serviços” (MEIRA et al, 2010, p. 215). Os autores acrescentam ainda que, no contato diário com o residente, a preceptoria, apesar da suposta hierarquia superior, por vezes se vê exposta e avaliada em sua qualidade técnica, submetida a questionamentos e desafiados em sua autoridade, que podem trazer desconforto e insegurança. Alguns residentes, inclusive, apontam para essa dimensão da fragilidade técnica da preceptoria como um dos obstáculos vivenciados durante a Residência, na medida em que veem frustradas suas expectativas de aperfeiçoamento naquela especialidade.

Às vezes até a questão da carreira porque, assim, a gente chega na Residência pra aprender com alguém, e às vezes você não aprende com a pessoa, você ensina e ela é a preceptora do serviço. Então tinham essas situações também, às vezes a pessoa chegava na instituição, ela pegava um R2 e ela ia ensinar o que? Que na realidade ela nem tinha a expertise pra isso [ASS T1]

Pra mim tecnicamente a preceptoria era muito ruim. Tecnicamente, entendeu? Inclusive pra entender as questões de enfermagem, o que a enfermagem pode fazer, mais do que é feito naquele espaço. Eu tinha que evoluir 30 passinhos dos quais eu não via ou não tinha várias coisas, várias questões individuais que acabavam comprometendo minha qualidade de assistência, tanto quanto enfermeira, quanto enquanto equipe. [...] Aí isso foi comprometido, entendeu? Eu morro de falar pras meninas: enquanto multiprofissional, eu aprendi demais. Mas enquanto enfermeira oncológica, não. Até questões mais...que exigem uma compreender de questões clínicas, que onde inclusive a equipe poderia se inserir também, ficou um pouco a desejar em alguns setores. [ENF T3]

Tendo em vista as várias nuances intrínsecas ao complexo exercício da preceptoria em saúde, sobre o qual caberia outra dissertação, nos deteremos a reconhecer que “a atuação dos preceptores na contemporaneidade deve ultrapassar a técnica e o tecnicismo e avançar para a produção de conhecimentos e afetos, ocupando tempos e espaços além do

prescrito e autorizado” (FAJARDO, CECCIM, 2010, p.206), de modo a reforçar a amplitude e imprescindibilidade desta função para a formação de novos perfis profissionais, compreendendo estes trabalhadores como sujeitos inventores de si e do mundo.

Num contraponto às queixas sobre a preceptoria, os participantes também apontaram como dificuldade a lida com alguns perfis de residentes aparentemente pouco implicados com a proposta da Residência, considerando-se as variadas motivações que os fizeram optar por esse processo formativo. Considerando-se o contexto de precarização das condições de trabalho na área da saúde, observa-se que nos últimos anos a especialização na modalidade Residência tem sido buscada, para além do aspecto formativo e da certificação, como opção de um trabalho estável e bem remunerado. O que significa dizer que nem todo residente compartilha das concepções e objetivos previstos pelos programas, fato que pode repercutir no seu desenvolvimento individual e nas relações que estabelece com os preceptores e mesmo com os colegas residentes.

[...] às vezes, a pessoa presta pra seleção da Residência, mas ela não conhece o que vai fazer lá né? (RISOS). Ela não, não...ela tá ali por N situações, mas...e, às vezes, eu não conheço mas quero conhecer, às vezes eu não conheço e eu quero passar só né. Então, assim, vai muito pela motivação mesmo pessoal de cada um, vai muito...e se a Residência não for realmente integrada, se não tiver essa proposta mesmo de quebrar, de ir contra a corrente, de ir contra a maré, vai acabar se perdendo assim, realmente do que se propõe, do que se quer transformar [ASS T1]

Porque assim, querendo ou não, até pela forma como as relações trabalhistas estão se dando, a Residência já virou meio que uma...é tipo assim um emprego garantido que paga bem, por dois anos pelo menos né, então, que é um outro problema, que a Residência não vire...não entre nessa lógica aí que a gente tá vendo [...] E não se pensa na questão pedagógica, na integralidade, não, eu quero é o dinheiro [PSI T1]

Outro obstáculo enfaticamente apontado pelos residentes diz respeito às dificuldades experimentadas quando da imersão em uma cultura institucional hospitalar, notadamente caracterizada pela hegemonia da categoria médica, aspecto ainda mais evidente a partir das constantes comparações entre os programas de RMS e RM. Ao compararmos o tempo histórico de regulamentação das residências, compreendemos que os 28 anos de antecedência da RM conferem a ela uma tradição muitas vezes colocada como irrefutável, o que, em consequência, explica muito da resistência dos profissionais do hospital – tanto assistenciais como os gestores – às diferenças substanciais promovidas pelas concepções da RMS.

[...] pra mim, o maior empecilho, e não é um empecilho que eu acho que seria necessário [...] era o engessamento da lógica de Residência no hospital para o

modelo de Residência Médica, que os gestores tinham vivido enquanto Residência Médica né? Então essa ideia de, comigo foi assim, é assim que funciona, é assim que tem que ser. Pra mim, esse foi de longe o maior desafio [PSI T1]

No final tinha a justificativa né, de que a residência médica era um modelo que já estava consolidado, é o modelo que dá certo, é o modelo hegemônico e todo mundo aplaude. Então, pra que essas rodas de discussão, essa metodologia de roda, essa coisa toda dentro da instituição? Acho que foi se perdendo também. [ASS T1]

[...] eu acho que, assim, olhar né a Residência Médica e os outros (RISOS). Então eu via muito, ah os meninos da Residência Multi estão chegando aí, como se a gente já não estivesse e fosse parte daquele espaço. Porque nós não éramos visitantes, nós fazíamos parte de um processo, que eles também faziam, que os residentes médicos também faziam, então no começo era estranho falar da Residência Médica e Residência Multi como duas coisas que não se complementam, porque parecia isso. E na verdade se complementam, são residências diferentes, tem que ser diferentes porque possuem olhares outros, apesar de que eu acho que algo pode ser mudado, mas se era pra conversar, no começo não havia tanto essa conversa. [PSI T2]

O discurso dessa última residente ratifica seu estranhamento diante da impossibilidade de integração entre dois programas que, acontecendo na mesma instituição e possibilitando aos profissionais cuidarem dos mesmos pacientes, não conseguem estabelecer a comunicação mínima necessária para a efetivação de um cuidado que se faça de fato integral. Nesse aspecto, é importante ressaltar que a Portaria Interministerial Nº 45 de 2007, lançada dois anos após a primeira regulamentação sobre as RMS, prevê como um dos eixos norteadores a articulação entre a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e a Residência Médica (BRASIL, 2007), o que infelizmente, no caso da RIS-Cancerologia, permanece restrito ao âmbito das recomendações, uma vez que a cultural soberania médica permaneceu como entrave às tentativas de integração. Mais uma vez pontuamos aqui a contraditória naturalização com que geralmente nos deparamos ao tratarmos a concepção de uma multiprofissionalidade que necessariamente exclui uma profissão, estabelecendo o sutil binarismo entre médicos e “não-médicos”, ao que Dallegrave e Kruse (2009) entendem como “exercício do poder, o lugar por onde ele se espalha, entranha-se, capilariza-se e vincula-se, de maneira inseparável, ao saber. Ao mesmo tempo, declara separação nítida de saberes, de projetos de cuidado, de objetos e de sujeitos articulados no trabalho” (p.219).

Eu acho que, assim, o obstáculo que eu via era que como a gente trabalhava muito junto, então a gente respeitava o saber profissional de cada pessoa, só que como o médico era muito distante da gente, então ele era sempre o ser supremo. E de certa forma, tipo assim, às vezes empatava, entendeu? Essa atuação quebrava. Quando a gente construía tudo bem bonitinho e, por ele não participar ou não aceitar, isso barrava, atrapalhava [...] A figura do médico. Acho que as nossas formações

profissionais já começam lá de baixo, né? Já começa do nosso processo formativo de graduação. Ninguém vivenciou. Chega, junta todo mundo e agora vamos começar, uhu, né? E já começa daí. Complicado. A ausência do médico nas...na própria residência multiprofissional. Já é separado, começa daí [...] O hospital já é assim, né? É como se fosse assim, é o lugar deles. A gente tá ali, mas eles são os protagonistas. [ASS T3]

Associado a esse contexto, os participantes seguem refletindo acerca dos impasses decorrentes do contato com essa “cultura hospitalar” que, apesar das mudanças em curso, ainda é pautada por uma lógica fragmentada de produção do cuidado, que situa todas as demais categorias profissionais em um pólo inferior frente à soberania da medicina. Feuerwerker e Cecílio (2007), ao situarem a integralidade como eixo articulador das práticas de saúde, entendem que esta deve ser um atributo também presente nos hospitais. No entanto, os valores aclamados pela atenção integral, tais como a concepção ampliada de saúde e a construção multiprofissional de projetos terapêuticos conduzidos por equipes, são ainda restritos ou raros a um cenário demarcado por relações de poder e disputa entre as profissões. A RMS, diante disso, coloca-se como contraponto ameaçador à ordem tradicionalmente estabelecida.

Eu acho que não é nem desconhecimento, é desconsiderar mesmo, porque é pensar que é um modelo...é um modelo paradigmático que foge, né? Quando a gente propõe o modelo de integralidade, a gente foge do modelo biomédico, que inclusive é histórico, que vem lá daquela divisão cartesiana de corpo e mente, que a divisão da ciência e do cuidado tem que ser cada vez em partes menores. E aí é o tumor, é o tumor de não sei o que, é o médico especialista, então acaba que se a gente propondo “não, espera aí, a pessoa é um todo, a pessoa tem uma família, a pessoa tem uma reação emocional, a pessoa tem toda uma vida diária, atividades que ela realiza, e atividades que são básicas, que a gente não pensa”. Poxa, depois de uma cirurgia, como é que ela vai pentear o cabelo? [PSI T1]

Não sei se vocês tinham essa sensação, de que o hospital quer funcionar desse jeito né, que não é integral, apesar de querer se mascarar como né, porque aparentemente integral é se ele tiver um radiologista, um cirurgião, aí é integral. Ou então pelo fato da equipe do hospital constar, conter o Serviço Social, a Psicologia, então a gente tem uma integralidade né. Porque aí eu acho que eles se iludiam muito nesse processo que tava sendo integral [PSI T1]

E eu acho que, na verdade, também é uma questão da ideologia, dos princípios da instituição mesmo, porque assim ainda impera muito ali no ICC a questão do modelo biomédico, tá se quebrando um pouco, tá em processo de transformação, mas o que é que o modelo impõe? Que haja uma atuação multiprofissional sem que necessariamente haja uma conversa. E aí eu acho que a gente pegou um período de transição que tá tentando mudar essa forma de produzir saúde. [PSI T2]

Os relatos ilustram também a percepção de um esforço de mudança institucional, muito embora este muitas vezes fique mascarado por um discurso de integralidade

supostamente inovador, mas que na prática se mostra absolutamente equivocado ao entendê-lo como restrito ao somatório de profissionais em um mesmo espaço e tempo, e sem as devidas condições para que esses profissionais possam de fato interagir como uma equipe. No que tange à percepção da categoria médica especificamente, percebe-se que “há um descompasso quando esta categoria fala em multiprofissionalidade, se comparado ao discurso das demais categorias. É comum encontrarmos equivalência do termo multiprofissional com atuação por especialidade” (DALLEGRAVE; KRUSE, p. 222, 2009).

Frente aos obstáculos identificados até aqui pelos residentes, podemos inferir que, apesar da parceria interinstitucional estabelecida para a aquisição da RIS-Cancerologia, o que a experiência com as três primeiras turmas conduzidas conjuntamente pela ESP/CE e pelo ICC constatou é que estavam em jogo compreensões e interesses absolutamente diferentes e inegociáveis sobre o programa. E essa impossibilidade de chegar a um discurso comum implicou em inúmeros conflitos para as três turmas, cujas resoluções, na maioria das vezes, resultavam na imposição do poder conferido às hierarquias locais, tal como explicitado na vinheta abaixo:

A Residência às vezes é até...é contraditório né? Ela é necessária na instituição e ao mesmo tempo ela tá ali, afrontando a forma como deve funcionar. E eles vão gerindo de que forma né? Quem tem o poder? É uma mão-de-obra que é barata, que tem resultado. E como é que eu vou fazendo? Essas legislações, esse momento formativo? É como se fosse isso, quem tem o poder de tomar algumas decisões, parece que fala outra língua. Fala alemão. Enquanto quem pensa a Residência, tá fazendo os documentos, tá pensando a construção da Saúde Coletiva, aquela discussão toda, pensa de outra forma [ASS T1]

Ainda relacionado a esses conflitos, percebe-se o quanto esse contexto de projetos e modelos de atenção em disputa entre as duas instituições era bastante perceptível aos residentes, tendo em vista que os impactava diretamente em suas tentativas de construção de novas práticas de trabalho. É importante pontuar aqui que não nos interessa e nem nos cabe a determinação de um posicionamento maniqueísta sobre a instituição “boa” ou a “má”, mas, ao contrário, pretende-se um estabelecer um processo compreensivo crítico acerca das experiências vividas pelos residentes egressos. Para eles, o cotidiano de trabalho se forjava era um jogo de forças que caminhavam em paralelo, ora pendente mais para um lado, ora para o outro, conforme as estratégias de enfrentamento fossem mais ou menos eficazes.

E outra questão é da própria direção, que eu acho que existe uma certa...um certo conflito de interesses entre o hospital e a proposta da ESP, principalmente porque é uma Residência que foi feita pra parte de Saúde Coletiva e tudo mais né, Saúde



Mental e tudo mais. Então, assim, foi muito interessante, os módulos teóricos eram muito bons, mas em muitas questões existia esse conflito de interesses. [FIS T2]

[...] o modelo que a ESP propõe, que a gente ia trabalhar no SUS, dentro do que o SUS preconiza, a gente ia instalar tudo aquilo que estava na lei. A gente ia trabalhar com as diretrizes, a gente ia trabalhar com todo aquele processo e com o que já se...com o que já era bem definido dentro do SUS. E lá como era uma instituição filantrópica né, particular, a gente...eles não tinham esse hábito. O SUS era só o financiamento deles né? Eles não tem esse costume de trabalhar, de conhecer realmente o que é que aquela lei falava. Então muitas vezes a gente batia de frente nisso né? Eu precisava implementar um modelo que eles nem conheciam, que não faziam questão de conhecer, porque não queriam mudar a forma de trabalho. Então muitas vezes pra gente prejudicava isso né? [ENF T2]

Em relação às vivências desses conflitos e das dificuldades decorrentes, percebe-se que, apesar de um contexto geral comum, os discursos são diferenciados entre as experiências das três turmas, tendo em vista suas especificidades. A Turma 01, por exemplo, compreende que seu maior desafio foi exatamente o pioneirismo, considerando-se a inexistência de experiências anteriores com RMS e a necessidade de uma postura de maior embate para fazer valer o modelo proposto.

Corroborando essa percepção, a Turma 02 já identifica um cenário de menor resistência e, provavelmente por isso, um modo de enfrentamento constituído por estratégias mais diplomáticas e menos combativas.

[...] pra mim, tudo se resume ao fato da Residência ser a primeira Residência né, ser a primeira Residência no hospital né? Porque, como os médicos não conheciam, como a direção do hospital não conhecia uma realidade de Residência Multiprofissional, então aquilo que não era conhecido era muito mais fácil de ser entendido, de ser levado, quando comparado, feito semelhante ao outro tipo de Residência, que é a Residência Médica. Então, eu acho que eles acabavam tentando espelhar a Residência Multiprofissional como Residência Médica, por não conhecer Residência Multi, então eles acabavam fazendo isso. Mas eu acho que, assim, ser a primeira Residência foi um grande obstáculo pra gente né, tanto em questões teóricas né, porque como a gente era a única residência hospitalar, muitas vezes a gente se deparava com questões que eram um pouco difícil de você imaginar no hospital. [ASS T1]

E cada uma teve sua importância né, porque assim, nós fomos a segunda turma. A primeira eles tiveram muitos embates, mas eles também conquistaram muito território. Então, quando a gente chegou já tava algo garantido, posto pra gente. Então a gente não teve esse trabalho. De repente, a nossa forma de agir se deu muito por conta disso, porque já tinham aqueles espaços garantidos, então a gente não precisou comprar aquela briga de frente, entre aspas né. Aí a gente já presenciou também a terceira turma vindo muito sedenta e tal, provocando algumas rupturas né? [PSI T2]

Diferente das duas turmas anteriores, a expressão máxima desse conflito foi relatada pelos residentes egressos da Turma 03, quando, por volta do início do segundo ano de

residência (em maio de 2016), se deu a ruptura definitiva da parceria entre a ESP/CE e o ICC. Conforme apontado ao longo de todo o trabalho, percebe-se que a decisão pelo rompimento do convênio que agregava as duas instituições não foi decorrente de um único e pontual episódio, tratando-se, portanto, de um processo cumulativo de enfrentamentos entre posições que nunca chegaram a um denominador comum.

Todavia, é necessário destacar dois elementos que foram, por assim dizer, desencadeadores do processo: primeiro, o fato de que, ao final do ano de 2015 (quando, então a Turma 03 finalizava seu primeiro ano), a ESP/CE resolveu, à revelia de alguns hospitais parceiros, não lançar o edital para a formação de uma nova turma em 2016, tendo em vista a manutenção dos problemas financeiros já recorrentes e que impossibilitavam a aquisição de um corpo docente mínimo para as necessidades de condução pedagógica do programa. Tal decisão acarretou em enorme insatisfação por parte do ICC, cuja preocupação centrava-se na redução do número de residentes que teriam no ano seguinte e a consequente lacuna de atividades que ficariam descobertas nos vários serviços. Diante disso, o hospital arbitrariamente, leia-se, sem nenhum diálogo ou negociação prévia com a ESP ou mesmo com os residentes, resolveu alterar o cronograma de rodízio das equipes, de modo a cobrir esses espaços que ficariam ociosos pela ausência da nova turma.

O segundo fato, estreitamente vinculado ao primeiro, é que, na tentativa de questionar e reverter essa situação, foram demitidas pelo ICC a coordenadora acadêmica e a preceptora de campo da RIS-Cancerologia. A partir daí, e com uma nova coordenação, a direção do hospital seguiu com uma série de mudanças impostas ao desenho pedagógico original da Residência, principalmente no que se refere à anulação das atividades teóricas e teórico-práticas, restringindo toda a carga horária dos residentes somente às atividades assistenciais em serviço. Os excertos a seguir são ilustrativos das percepções e repercussões sentidas pelos residentes nesse contexto:

Eu acho o seguinte, que no dia que o nosso projeto político pedagógico foi rasgado, o que ficou muito claro é que não dava pra se perder o que tinha sido construído até aquele momento. Então, talvez tudo isso que foi dito tenha sido delineado na soberania do poder biomédico que imperou naquele momento ali. Na lógica da produtividade, da assistência pela assistência, de que é um fazer, no sentido de produzir cuidado sem a dimensão da parceria sobre...enfim, em relação aos pacientes, né? Em relação à dimensão de cooperação interprofissional e, eu acho que, a grande questão, o grande entrave que se delineou, especialmente no nosso processo formativo, foi justamente quando entenderam que não era possível o desenho, que era o que estava proposto. E aí a gente, eu pelo menos, não estava mais disposta a voltar atrás, porque eu entendia que era um modelo de trabalho que era o que eu queria vivenciar. Que era o que eu ansiava por não conhecer, mesmo sem saber que ele não era tão efetivo até poder ver que na prática era a melhor forma de cuidado que a gente poderia dispensar ao paciente e a família. Então eu acho que o

principal entrave que nós enfrentamos foi não sermos respeitados naquilo que a gente tinha se disposto a fazer desde o início que a gente se inscreveu no processo da residência, porque quando foi decretado que a gente começaria a trabalhar de uma forma diferente, tava sendo dito que tudo aquilo para o qual vocês se dispuseram a enfrentar e vivenciar todos os desafios, né, na verdade não era o caráter aceitável de se pensar o cuidado, especialmente na oncologia, naquele espaço de trabalho [PSI T3]

Era a minha posição sobre e que eu manteria a minha bandeira de que eu iria terminar a residência com o caráter que eu tinha me inscrito pra ela. Que era trabalhando de forma integral e com a interprofissionalidade e não com o modelo que tava sendo imposto pra gente de uniprofissionalidade, de um trabalho, enfim, com outros moldes da lógica de mercado que não o que a residência nos propunha. Porque pra mim a gente não era...e continuo achando assim, não somos mão de obra do hospital. Estávamos lá pra sermos formadas pelo SUS com financiamento público, então cada cidadão brasileiro estava contribuindo com a minha bolsa e eu sempre tive isso muito claro pra mim de que eu inclusive faço parte disso. Quando eu pago meus impostos eu também tô contribuindo pra isso. Então eu acho que essa dimensão ética do que é aquilo que tá me financiando naquele lugar, na minha responsabilidade social sobre esse processo formativo não me deixou pensar em mim. Eu tinha algo além, que era de pensar o quê que tava em jogo nesse processo. Tem muitas questões. Eu estou sendo formada por um sistema para trabalhar nesse sistema e como é que eu vou manter com os princípios dele aceitando a lógica de uma instituição privada? Pra mim isso era incoerente, né? [PSI T3]

E depois teve essa quebra bem no meio aí, de mudar completamente o desenho da residência. Querer implantar uma residência que não era de condução deles. Era uma parceria e acabou não sendo mais uma parceria, queria uma condução que fosse totalmente da instituição e houve essa quebra. Então claro que implicou no nosso processo formativo, bastante. Pra mim foi drasticamente, porque foi um divisor de águas pra gente. Até então tinha um perfil de coordenação, então a coordenadora que entrou trouxe muitos arranhões na equipe, na turma... em tudo. Então, como é que esse...como é que isso não vai implicar na gente, como é que a gente... A gente perdeu até a credibilidade como residência [...] Como é que todo esse processo não implica na gente como profissional e, implicando na gente como profissional, como é que isso não implica no paciente? Como é que isso não implica no nosso atendimento? [...] Você se sente implicado. Eu não estou, mas eu me senti implicado com isso, né? Então isso implica no cuidado. No autocuidado e no cuidado que eu ofereço [ASS T3]

Como reação e enfrentamento a esse movimento, os residente relatam terem recorrido ao apoio institucional da ESP/CE, o que, após alguns meses de discussão e da impossibilidade de um consenso, culminou na separação do grupo de residentes da Turma 03: aos 11 que reivindicaram a garantia de continuidade do projeto original, foi assegurada a saída do ICC e o realocamento em outros cenários de práticas constituintes das Secretárias Municipal e Estadual de Saúde que ofertassem atendimento a pacientes oncológicos, até que se cumprisse o período de dois anos previsto pelo programa.

A outra metade da turma, por opção própria, preferiu finalizar a residência no ICC. No ano seguinte, em 2017, tanto a ESP/CE como o ICC, em separado, lançaram novos editais de Residência Multiprofissional em Cancerologia, concretizando o fim da parceria de

quatro anos. Nas falas abaixo seguem as estratégias destacadas pelos residentes para lidar com a situação:

Acho que a primeira ferramenta foi sair. Sai do cenário enquanto equipe, com o que sobrou, o que saiu, as estratégias foram...foi tentar retomar o que tinha sido perdido. Tentar buscar, correr atrás do prejuízo que a gente teve. Mas eu acho que a primeira foi realmente sair do cenário. A gente não conseguia...tava de uma forma que a gente não conseguia fazer mais nada. [ASS T3]

A gente não queria sair. A gente queria mudar o local que a gente tava. Queria resgatar coisas da residência. O que a gente planejou como residência. O que é o projeto da residência. A gente queria retomar isso. Retornar, porque algumas coisas a gente conseguia conquistar como equipe. As visitas dependiam da gente, tem coisas que dependiam da gente, mas tem coisas que o sistema não ia ajudar. A gente não conseguia fazer isso [...] O que estava escrito. O que tinha no papel. Que era o que a gente tinha direito. Do mesmo jeito que a gente cumpriu com as obrigações, o que é que a gente tinha de direito? E nesses outros espaços a gente conseguiu retomar. [FAR T3]

Frente aos tantos obstáculos destacados pelos residentes, observa-se o quão desafiadora pode ser a tentativa de consolidar um modelo formativo diferenciado em suas concepções e desenho pedagógico, principalmente no que se refere à garantia da integralidade da atenção. A RMS, ao reafirmar pautas já ativadas pelo movimento sanitário brasileiro, desacomoda atores e processos instituídos e, por isso mesmo, provoca afetações nos mais variados níveis, agregando apoiadores e resistências. Considerando-se a complexidade deste cenário, seguiremos com o próximo capítulo na tentativa de compreender como se conforma esse processo formativo em prol da integralidade, na interface com o que há de potencializador e de obstáculo, configurando a singularidade dessa experiência a partir dos olhares de quem a vivenciou.

### **5.3 Residências Multiprofissionais em Cancerologia e Integralidade: contribuições e interfaces possíveis**

Neste capítulo pretendemos apresentar a compreensão dos residentes acerca das contribuições produzidas pelo processo formativo da RIS-Cancerologia no sentido da integralidade da atenção, considerando-se as interfaces entre os obstáculos e os elementos facilitadores identificados. De modo geral, percebemos que todos os residentes foram unânimes em reconhecer o diferencial que a experiência da Residência possibilitou em suas trajetórias profissionais.

Os relatos apontam para as especificidades da vivência da RIS-ESP/CE com ênfase em Cancerologia como um fator de destaque para o alcance da integralidade, tendo em vista o esforço de um corpo docente em fazer valer a proposta do desenho pedagógico que a definiu, apesar de todas as dificuldades que emergiram nos cenários de trabalho. O fato de tratar-se de um audacioso projeto integrado possibilitava ainda o contato e as trocas de experiência entre programas de variadas ênfases, tanto hospitalares como comunitárias, na perspectiva da integralidade e da atenção em rede.

É, mas assim, eu digo, principalmente pra todo mundo que tá saindo da graduação, que é um processo muito rico, fazer Residência, sabe? [...] Mas é...vivendo outros espaços e vendo a realidade de outras residências. Eu tô fazendo um curso no Sírio e a gente tem contato com muitas residências, e é difícil. Você conta nos dedos as residências que tem um projeto mais...como o nosso, mais aberto, mais inovador, no sentido realmente de garantir essa integralidade né, nesse modelo que a gente trabalha. É muito cada núcleo no seu mundo e ninguém conversa, ninguém se encontra [...] Todo mundo no seu...e a gente não, a gente já tem um modelo diferente, que já trabalha o residente politicamente [FIS T1]

É, eu acho que nesse sentido, o fato de ser...porque era uma Residência Integrada também né, enquanto nome. A gente era integrado não só enquanto equipe, mas também enquanto ênfases né? Nós nos encontrávamos com os nossos colegas de outras ênfases. Então, uma sugestão corroborando isso, eu acho que programas que se integrem mais, que tentem articular não só as categorias profissionais, mas articular outras ênfases, articular outras realidades, inclusive articular com equipamentos que nem estão na Residência, como o CRASS né, mas que puxe também pra tentar discutir, pra tentar ver a realidade. Porque, querendo ou não, a gente só vai discutir, a gente só vai conseguir articular essa integralidade na prática, depois que a gente discutir teoricamente sobre, depois que a gente vivenciar os desafios. E acho que os residentes, como nós né, e como os outros que já foram, vão ser futuros profissionais que estarão trabalhando dentro dessa perspectiva, tentando articular essas questões. Então, é um processo que eu acho também que é a longo prazo né, não é pra...as mudanças que a gente queria ver, a gente não ia ver na nossa época [PSI T1]

[...] a gente é preparado pra um modelo que as pessoas não estão preparadas pra acolher porque é muito inovador o que a residência propõe e se a gente vai conhecer outros modelos de residência que existem pelo país, você vai ver que o nosso ele é incrível. Ele é muito maravilhoso. Ai eu fico pensando, eu sinto muito orgulho da residência que eu fiz. Porque o que ela agregou em mim eu tenho certeza que nenhuma outra, em nenhum outro lugar produziria. Porque foi muito intenso, em todos os sentidos, né? [PSI T3]

A importância dessa perspectiva da integração entre as ênfases componentes do programa é também confirmada por Oliveira e Guareschi (2010), quando afirmam que “não há como um residente colocar-se realmente a serviço da formação para o sistema enquanto não puder desenvolver uma visão ampla e integrada das partes que o compõem” (p.111). Além disso, a opção pela formação em serviço possibilita a vivência cotidiana com a

complexidade inerente às práticas de saúde que, independente do nível hierárquico onde se situem, exigirá dos profissionais articulações criativas e resolutivas.

O outro benefício associado ao modelo pedagógico da RIS-ESP/CE diz respeito à opção pela disposição dos residentes em equipes multiprofissionais durante todo o período da Residência, o que, segundo eles, implicou na possibilidade de adquirir um entendimento, até então superficial ou mesmo inexistente, do fazer profissional das outras categorias. Assim, ser capaz de conviver com o outro e afirmá-lo em sua diferença remete ao reconhecimento de que, frente à complexidade das necessidades de saúde das pessoas e dos coletivos, nenhuma profissão isoladamente dará conta da integralidade do cuidado. A adoção de práticas interprofissionais por meio do exercício diário do trabalho em equipe conduz o residente a uma ampliação do olhar sobre o usuário em seu contexto mais amplo de vida, bem como em seu processo de adoecimento e adaptação a esta nova condição, fazendo-os ir além do reducionismo biológico ainda tão característico de ambientes hospitalares.

O que é que eu percebo, se eu fosse entrar agora no hospital, eu iria trabalhar com uma psicóloga, uma farmacêutica provavelmente, uma fisioterapeuta, totalmente isolado. A Residência, ela me fez perceber, não é que eu vá ser a psicóloga ou a farmacêutica, mas eu sei...isso daqui a psicologia é...eu consigo entender o que é uma demanda da psicologia, eu consigo entender o que é uma demanda da farmácia, eu consigo entender uma demanda da fisio, do serviço social. Então, a Residência fez eu entender, você é enfermeira, mas você precisa de outras categorias. E essas categorias trabalham assim, assim, assado. Então eu sabia quem era que eu ia acionar [...] A Residência permitiu isso, porque sem a Residência...o paciente tá chorando...tchau. Não, não...eu não ia ter o mesmo olhar do que ele faz, do que o outro profissional faz, e da importância dele, porque eu ia ser aquela...não, eu sou enfermeira, faço só o que me cabe e pronto. Eu não sei quando é que eu vou acionar outro profissional, porque não me foi dada a oportunidade. A Residência deu. [ENF T2]

Eu coloquei isso todos os dias, na verdade, lá no nosso hospital, de que a residência, o caráter dela, tanto como se constrói, enfim, se constitui no dia a dia, é de você conhecer muito bem o trabalho do outro e ele conhecer o código de ética do outro, conhecer coisas que são de dimensão técnica, né? E que só na graduação essa pessoa vai ter acesso, mas que no dia a dia, pela proximidade que a gente tem, pelas trocas, você acaba se apropriando um pouco disso também e é tão interessante porque a coisa fica tão fluida que a gente realmente tem como horizonte a transdisciplinaridade. Eu digo isso sempre “gente, é surreal você chegar, assim, beirar na trans e você voltar pra multi”. É muito frustrante, porque quando você tava, né, compreendendo bem o que é que o outro faz, convocando os outros saberes, sabendo os limites do seu, aí você volta 50 passos porque os outros profissionais não tem esse caráter formativo. [...] Além dessa dimensão de conhecer muito tecnicamente, né, do biológico, mas é se apropriar muito de cada outra categoria profissional. [PSI T3]

Os relatos acima corroboram a percepção de que uma das grandes inovações das RMS, ao propor o desafio do trabalho em equipe, é exatamente a superação da fragmentação

do objeto saúde por disciplinas isoladas, centrando-se, sobretudo, no esforço de reconhecer o processo de saúde-doença-cuidado como um objeto único e comum a todas as profissões, buscando a construção de saberes e fazeres compartilhados que rompam com o paradigma da racionalidade da ciência moderna ainda predominante (OLIVEIRA. GUARESCHI, 2010).

Assim, mesmo em meio à convivência com tantas adversidades, conforme pontuamos ao longo da pesquisa, os participantes se remetem à Residência como uma experiência transformadora que contribuiu de modo significativo para a conformação de um perfil profissional diferenciado, aspecto que, inclusive, eles percebem mais facilmente a partir do contato com colegas que não passaram pela mesma formação.

É, eu acho que contribuiu bastante. É, assim, a gente meio que acaba que naturaliza algumas práticas nossas né, como sendo uma prática que todo mundo deveria ter né? Mas aí quando a gente começa a atuar na assistência como profissional, egresso da Residência, e a gente começa a lidar com pessoas que não passaram pela Residência, a gente vê que muitas das nossas atitudes, que são naturais né, assim, do nosso dia-a-dia, que deve acontecer, não é tão natural e não é tão...eu não sei se a palavra é óbvio, não é tão intrínseco daquela atuação daquele profissional [...] Então, quando eu fui atuar na assistência né, aí eu pude ver que sim, tem um diferencial em algumas questões né? E é positivo né, a Residência traz coisas positivas pra gente né? [ENF T1]

O jeito como ela foi pensada, ela...ela não te faz só uma máquina, ela não te faz só um cristão que vai lá e faz atividades. É aquela pessoa que vai e pensa o que você tá fazendo. Hoje, quando eu faço algo no automático, eu fico puta de raiva, porque eu percebo que eu não tô conseguindo mais seguir o raciocínio que a Residência me dava. Por N questões né, da instituição, do tempo, das responsabilidades outras que me foram dadas. Mas a Residência ela lhe abre as perspectivas realmente. Quando você vai conversar com os colegas você percebe assim...não que a gente se sinta os melhores profissionais, não é isso. Mas é que parece que ele tá enxergando aqui e a gente tá enxergando lá acolá. [ENF T2]

[...] apesar de todos os obstáculos, quando você vai comparar as vivências, a formação que a gente teve na residência, o olhar do profissional residente pra o profissional que não teve a oportunidade de participar de um projeto formativo desses, que contribui bastante pra essa questão. Então, eu acho que apesar de todos os obstáculos, mas como já foram citados também inúmeros pontos positivos durante a residência que contribuíram para a integralidade mesmo, para a construção desse conceito de integralidade em cada um, eu acredito que a residência é sim muito importante. Que realmente é um processo formativo que realmente vale a pena ser vivido por cada profissional de saúde. [NUT T3]

É interessante observar também que, mesmo com o reconhecimento dessas contribuições, os residentes transmitem com muita maturidade uma compreensão da Residência como algo que é processual e inexoravelmente associado ao desafio, tendo em vista suas concepções contra-hegemônicas mais amplas que buscam encontrar rotas de fuga aos modelamentos tradicionais. A RMS destaca-se como algo que só se concretiza pelo

desafio, pelo incômodo que provoca e pela desacomodação do que está posto e instituído como verdade. Ao estabelecer um espaço intercessor entre Saúde e Educação, a Residência possibilita a oxigenação dos típicos cenários do trabalho em saúde, tomando como matéria-prima a problematização do cotidiano e o transformando em oportunidade de mudanças que refletem no aperfeiçoamento dos residentes, dos serviços e da qualidade da assistência prestada aos usuários (SILVA & CABALLERO, 2010).

Assim, pra mim, pessoalmente, valeu. Tanto que hoje em dia né, eu estudei sobre isso depois, mas foi transformador profissionalmente, foi transformador pedagogicamente, a questão do aprendizado, foi transformador de ordem pessoal né. Pessoas que eu conheci, o jeito de lidar com o problema, o jeito de lidar com as dificuldades, então eu acho que vale a pena demais. Claro que com todas as dificuldades que a gente discutiu aqui, também potencialidades né, mas...porque, querendo ou não, é um processo de aprendizado que, de fato, se dá no trabalho né, na prática. Então, quando você consegue articular a teoria e a prática ali no dia-a-dia, você vê que “pô, é isso que a gente vai vivenciar, é isso que a gente vê”. Você deve ver hoje, quem tá em hospital tá vendo, é isso né? E eu já tenho toda uma bagagem que me dá uma segurança, que me dá todo um conhecimento, enfim. Então vale, vale à pena. [PSI T1]

Por isso que, às vezes, quando eu compartilho com os meninos até um pouquinho da minha experiência, ah foi muito desafiante. Mas eu acho que um desafio foi que a gente cresceu, tu tá entendendo. Assim, se não fosse desafiante, não seria integrado, entendeu? Porque o que é proposto, principalmente nesse momento que a gente tá vivendo na sociedade, onde cada um tá no seu quadrado né, nessas crises políticas que a gente tá tendo, nessas crises filosóficas, num momento um pouco até de intolerância, essas coisas, cada um querendo que o seu conhecimento prevaleça do outro. Então, você colocar a integralidade dentro da saúde, dentro do contexto social hoje, é um desafio. Então a gente só vai trabalhar com obstáculo, porque se eu não trabalhasse com obstáculo, eu tava na mesma maré, tu tá entendendo [...] Se não tiver obstáculo, então não tá tendo Residência. [ASS T1]

Outra contribuição identificada pelos residentes entrevistados diz respeito ao fortalecimento da dimensão política atrelada a esse processo formativo. A RIS-ESP/CE menciona o objetivo de formação de “lideranças técnicas-científicas-políticas para a qualificação da linha de cuidado da pessoa com câncer” (CEARÁ, 2013, p.7), aspecto que percebemos ser bastante incentivado junto aos atores componentes do programa, na medida em que lidam cotidianamente com o questionamento da lógica vigente. Oliveira e Guareschi (2010) complementam a reflexão ao vislumbrarem o ato da problematização, tão característico das RMS, para além do mero e restrito apontamento de críticas aos cenários locais, mas, ao contrário, como “colocar em análise não somente os objetos que analisamos ou sobre os quais produzimos saberes, mas principalmente por em discussão as políticas e práticas já estabelecidas pelo SUS, os diferentes níveis de atuação nas redes de serviço propostos pelos programas de RMS, bem como a inclusão da integralidade das práticas de



formação e atuação profissional” (p.106), tal como percebido no discurso apresentado a seguir:

Eu me vejo um ser completamente diferente, né? Antes e depois da residência. Eu me vejo apolítica, apesar de ser impossível, né? Humano e político são...enfim, mesmo você se eximindo de participar das discussões, mas a residência, ela produz um processo formativo outro. Estar no SUS, pensando o SUS, na sua reformulação, na sua execução diária, entendendo que muitos dos entraves que a gente vai ver são de uma dimensão institucional, que é de gestão, que é de má gestão, na verdade. E que isso atravessa diretamente a nossa prática, a gente vai ter que lidar com uma rede que tá furada, com um sistema que em muito precisa ainda ser aperfeiçoado, não porque não está bem desenhado, mas porque quem executa, né, infelizmente, atravessado por outras questões, enfim, que são muito amplas, acabam às vezes inviabilizando que isso se processe da forma adequada, né? E pensar essa dimensão individual dessa gestão de como eu posso fazer pelo meu paciente, esse contrato que a gente faz, das parcerias de intervenções multiprofissionais, interprofissionais. Eu acho que é o grande desafio, é o que fica da residência. As coisas inovadoras que a gente é mobilizado a fazer. [PSI T3]

Um último aspecto problematizado pelos participantes refere-se ao fato de que, apesar dos movimentos em prol da legitimação e incentivo aos programas de RMS, que se intensificaram nos anos 2000 em meio aos avanços e retrocessos da CNRMS, uma importante lacuna ainda segue como pauta do movimento nacional: a necessidade de discutir e viabilizar formas de absorção dos residentes egressos pelo sistema público de saúde, tendo em vista o diferencial da formação a que foram submetidos e o retorno do investimento público que receberam. Retomando o objetivo definido pelo Regimento interno da RIS-ESP/CE (CEARÁ, 2013), pretende-se a qualificação de profissionais de saúde do SUS e para o SUS, para fins de consolidação de carreira na saúde pública.

No entanto, a experiência com os egressos tem demonstrado que muitos destes, após todo o investimento, acabam admitidos na rede privada ou mesmo em outras áreas pela falta de oportunidades de imersão nas políticas e equipamentos públicos de saúde. Considerando-se as três turmas convidadas a participar da pesquisa, temos que 57% dos residentes egressos permaneceram atuando na Cancerologia, contemplando as áreas clínica e hospitalar. No entanto, 71% destes trabalham no setor privado e somente 29% seguiram em serviços públicos. Quanto aos demais, 14% optaram pelo percurso acadêmico em cursos de pós-graduação e 29% atuam em outras áreas da saúde.

Mas, tipo assim, fomos formados, pegando a proposta e os objetivos, “como lideranças técnicas, científicas, políticas”, pro Sistema Único de Saúde. E como é que a gente vai ser absorvido dentro do sistema? [...] É massa e eu digo pra todo mundo, oh eu fui residente. Mas assim, pra além disso também né? Ela traz esse empoderamento pessoal, profissional, enfim, mas como que isso vai ser aproveitado dentro da lógica política? [PSI T1]

Esta e outras reivindicações seguem pautadas pelos movimentos nacionais e regionais nos mais diversos segmentos, reunindo residentes, preceptores, tutores e coordenadores em prol do estabelecimento de uma Política Nacional de Residências em Saúde que possa garantir condições de financiamento, condução e desenvolvimento dos programas.

Desse modo, ratificando as percepções dos residentes egressos acerca das potencialidades e desafios apontados, ressaltamos que a existência das Residências por si só, não garante a produção de novidades nos serviços de saúde. Silva e Caballero (2010) complementam que é necessário assegurar um projeto formativo que contemple dois eixos principais: a insistência na dimensão ético-política da Educação Permanente em Saúde e da Integralidade na constituição dos saberes e práticas. É poder “utilizar-se da pedagogia da problematização – entendida aqui como invenção de problemas, interrogando os saberes e práticas encontrados – estranhando o mundo e, exatamente por isso, autorizando-se a inventar outras realidades” (p.68).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo realizamos uma investigação acerca dos processos formativos ativados por uma Residência Multiprofissional em Cancerologia, a partir da compreensão dos residentes egressos deste programa, tendo como eixo norteador a integralidade do cuidado. Do ponto de vista pessoal, este trabalho remete ao encerramento de um longo ciclo acadêmico e profissional estando, pois, permeado por muitos afetos e significados para além do objetivo de mera titulação. Todavia, mais do que respostas prontas e definitivas às indagações que me movimentaram por tanto tempo, finalizo esta etapa simbólica em meio aos “meus” achados (agora também nossos) e ao contexto da atual conjuntura política brasileira, com a única convicção de ainda há muito por caminhar e por fazer pela garantia dos preceitos constitucionais do nosso Sistema Único de Saúde.

Refletir sobre o tão aclamado princípio da integralidade no contexto de uma modalidade de formação como as Residências Multiprofissionais em Saúde, apesar de parecer atual e inovador, nos faz resgatar as mais genuínas bandeiras de luta em prol da garantia de um sistema de saúde que pretende, desde a sua concepção, propiciar saúde aos sujeitos e coletividades, nos quais pretendemos estimular autonomia em seus modos de “andar a vida”. E se, enquanto trabalhadora desse sistema e também egressa dessa modalidade me desafiei a tal empreitada, impelida a refletir acerca dos possíveis sentidos atrelados à formação que se tem “vendido” como balizadora da integralidade, como oportunidade para o preenchimento das tantas lacunas deixadas pelos cursos de graduação da área da saúde.

O encontro possibilitado pelo extenso e intenso desafio da pesquisa empírica me conduziu a um rico campo de significados a um só tempo unívoco e plural, onde os discursos dos sujeitos surgiram delineados por um contexto formativo comum, mas também entrelaçados pela diversidade de histórias de vida e singularidades de cada um que gentilmente se disponibilizou a revisitar essa trajetória comigo. Reencontrar essas pessoas, com as quais compartilhei um período importante de minha formação profissional, acionou em mim o despertar dos vários papéis que ocupei nessa trajetória: desde a residente que migrou sozinha para o sul do país em busca de uma especialização, passando pela preceptora que retornou empolgada com a oportunidade de trabalho, até a coordenadora que se deparou com as dificuldades e limites de uma gestão rígida e pouco dialógica. E permeando tudo isso surgia também o papel da pesquisadora que precisava dialogar com todas essas vozes e ao mesmo tempo manter-se aberta ao que o campo tinha a oferecer, num esforço contínuo de não me deixar influenciar pelas percepções que eu já trazia, embora tenha constatado a impossibilidade de me desvencilhar delas por completo. O resultado foi então fruto do esforço de costurar essas percepções na interface com as fundamentações teóricas há tanto tempo

conhecidas, mas que emergiam agora, num constante movimento de ir e vir com os textos produzidos, com novos sentidos ao que eu julgava já dado. Assim como o que eu desejo a cada novo leitor que se aventure por essas páginas, a abertura para a descoberta e, a cada nova leitura, quem sabe a produção de outros textos e outros sentidos.

Dos pressupostos de onde eu parti como pesquisadora a empiria me confirmou que, em se tratando deste grupo específico e da realidade do programa analisado, esta Residência Multiprofissional em Cancerologia contribuiu, sim, para o estímulo à integralidade da atenção, muito embora esta apareça nos discursos em apenas alguns dos seus vários sentidos, mas principalmente associada à dimensão da interprofissionalidade e da perspectiva da atenção em rede. Observa-se que o reconhecimento da integralidade pelos residentes egressos se expressa nos componentes teóricos e práticos que constituem o desenho pedagógico da RIS-ESP/CE, mas que estes se encontram atravessados por vários obstáculos e desafios próprios do cenário hospitalar. Além disso, evidencia-se o fato de que tal perspectiva, apesar da interface cotidiana nos cenários de prática, encontra-se restrita ao segmento dos residentes, sofrendo grande resistência dos preceptores e gestores locais, o que reflete a grande dificuldade dos profissionais em compreender e efetivamente trabalhar a partir do eixo norteador da Educação Permanente em Saúde.

Dentre as atividades teóricas, percebe-se que as estratégias apontadas no desenho pedagógico utilizado pela ESP/CE, detalhado ao longo da pesquisa, de fato possibilitam a construção de espaços dialógicos e reflexivos acerca da integralidade e da interprofissionalidade. Entretanto, ressaltamos que, apesar da previsão de que estas atividades aconteçam, sua efetividade acaba à mercê de condicionantes específicos do hospital e das respectivas categorias profissionais. Nesse sentido, destacou-se ainda a necessidade de que as unidades de aprendizagem transversais, trabalhadas teoricamente pelo corpo docente da ESP/CE com o conjunto dos residentes, estabeleçam uma interface maior e mais adaptada à realidade da instituição hospitalar, tendo em vista a predominância de conteúdos associados à perspectiva da saúde comunitária.

Já em relação ao componente prático, destaca-se como maior potencialidade e desafio o exercício do trabalho em equipes interprofissionais, já que muitas vezes estas acabam restritas à mera multiprofissionalidade. De todo modo, pode-se inferir que mesmo a multiprofissionalidade, tal como apontada na denominação das RMS, não constitui um conceito pacífico na área da saúde. Não é algo que aconteça espontaneamente pelo simples fato de reunirmos diferentes profissões em um mesmo tempo e espaço, já que trabalhar a partir do horizonte normativo do trabalho em equipe implica, entre outras coisas, em

desacomodar as relações de poder e hierarquia já estabelecidas entre as corporações profissionais. Talvez por isso mesmo a proposta da RMS, ao situar o trabalho em equipe como condição primeira de funcionamento, provoque tantas rupturas e incômodos. Acrescente-se a isso o fato de que a RMS, na medida em que se propõe a trabalhar na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, incentiva nos residentes à prática de uma aprendizagem em serviço essencialmente problematizadora dos saberes e fazeres instituídos, aspecto que, apesar de potente em termos de aprendizado, pode ser gerador de muitos conflitos cotidianos.

Como pano de fundo desse enredo, situa-se o Instituto do Câncer do Ceará, instituição precursora e que hoje capitaneia a atenção oncológica no estado do Ceará, cambiando entre definições que, em tese, não seriam excludentes, mas que na prática não conseguiram encontrar um consenso: a perspectiva da filantropia e da empresa privada, cujas retóricas parecem movimentar-se conforme a conveniência e as disputas em jogo. Daí a complexidade da parceria que se tentou estabelecer entre o ICC e a ESP/CE e que, em meio a avanços e retrocessos, chegou ao fim após a condução conjunta de três turmas. Pode-se concluir que, apesar do suposto interesse compartilhado em qualificar a formação de profissionais especialistas em Cancerologia, as diferentes concepções e interesses sobre os modos de pensar e fazer saúde, exaustivamente disputados, tornaram-se, por fim, inconciliáveis.

Chegamos enfim ao momento de reafirmar nossas motivações iniciais, agora acrescidas pelas tantas reflexões produzidas ao longo do percurso da pesquisa. Advogamos pela potência intrínseca à interseção entre os mundos aparentemente paralelos da formação e do trabalho em saúde, entendendo-os como processos que se retroalimentam mutuamente, e que, portanto, não podem ser pensados em separado. Acreditamos ser exatamente nessa interface que se constroem as possibilidades de construção de um novo agir em saúde, que se conforme na lógica de um cuidado ampliado, humanizado e integral. As RMS destacam-se, pois, como modalidade estratégica para capacitar novos perfis profissionais que, com atitudes críticas e comprometimento ético-político, possam construir coletivamente com os usuários relações dialógicas de afeto e cuidado, que os respeitem e os reconheçam em suas singularidades.

Reafirmarmos a necessidade de compreendermos os processos formativos em saúde como dispositivos que agreguem concomitantemente as dimensões técnica e política, possibilitando ir além dos especialismos que aprisionam os profissionais em territórios restritos de poder corporativo e que, portanto, impedem o intercâmbio entre a diversidade de

vozes presentes no campo da saúde, condição considerada indispensável para a garantia da integralidade da atenção. Pensar a formação em saúde nesses moldes implica em reconhecer nos profissionais a condição de constante aprendiz, entendendo que a formação e o exercício profissional não constituem etapas excludentes, mas que coexistem e se retroalimentam a partir da problematização das experiências cotidianas, indo ao encontro de práticas sociais criativas que escapem das reproduções protocoladas.

Finalizamos esperando que os resultados desse estudo, guardadas suas especificidades e limitações, possam contribuir no aperfeiçoamento de outros programas formativos em Cancerologia na modalidade Residência, e reafirmamos a necessidade de que outros trabalhos possam aprofundar questões complementares e igualmente importantes como, por exemplo, a análise das Residências a partir da compreensão dos outros atores componentes do processo, como os preceptores, tutores, gestores e mesmo os usuários, de modo a conformar uma avaliação mais ampliada e que considere todas as perspectivas envolvidas.

## REFERÊNCIAS

BONALDI, C.; et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010. p. 53-72.

BARROS, M.E.B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. e MATTOS, R.A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011. p. 131-149.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(2): 555-560, 2012.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3): 575-586, 2012.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF, 1977.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do residente médico e dá outras providências. Brasília, DF, 1981.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const>>. Acesso em: 23 mai 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54\\_Portaria\\_198\\_de\\_13\\_02\\_2004.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54_Portaria_198_de_13_02_2004.pdf). Acesso em: 09 set 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2117, de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde / Ministério da Educação, 2005. Disponível em: [http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/portaria\\_ms-mec\\_2117\\_3-11-205\\_-\\_cert.pdf](http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/portaria_ms-mec_2117_3-11-205_-_cert.pdf). Acesso em: 09 set 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2439, de 08 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de plantão. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_oncologica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_oncologica.pdf) Acesso em 09 set 2015

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MS/MEC nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério

da Saúde / Ministério da Educação, 2007a. Disponível em: [https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/PROEX/coremu/documentos/portaria\\_45\\_2007.pdf](https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/PROEX/coremu/documentos/portaria_45_2007.pdf). Acesso em: 09 set 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação/ Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009a [DOU da República Federativa do Brasil nº 217, sexta-feira, 13 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.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874\\_16\\_05\\_2013.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html). Acesso em 22 nov 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 03 mar 2017.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):219-230, 2000.

\_\_\_\_\_. **Saúde paideia**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

CARVALHO, A.O.R. **O Instituto Nacional de Câncer e sua memória: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil**. 2006. 206p. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado profissionalizante em bens culturais e projetos sociais). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2006.

CARVALHO, R.T. & PARSONS, H.A. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. **Academia nacional de cuidados paliativos** (ANCP). Agosto/2012.

CEARÁ. Instituto do Câncer do Ceará. Escola Cearense de Oncologia. Hospital Haroldo Juacaba. Coordenação da Residência Médica. Regimento Interno da Residência Médica. Fortaleza, CE, 2012.

\_\_\_\_\_. Escola de Saúde Pública do. Governo do Estado do Ceará. Secretaria Estadual de Saúde. Instituto do Câncer do Ceará. Escola Cearense de Oncologia. **Projeto Político Pedagógico de Residência Multiprofissional**. Fortaleza – Ceará, 2012.

\_\_\_\_\_. Escola de Saúde Pública do. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Regimento da Residência Integrada em Saúde – RISESP/CE**. Fortaleza – Ceará, 2013b. Acesso em 24/08/2015. Disponível em: [http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/file.php/113/GUIA\\_RIS/REGIMENTO/REGIMENTO\\_RMSFC\\_VERSAO\\_29\\_ABRIL.pdf](http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/file.php/113/GUIA_RIS/REGIMENTO/REGIMENTO_RMSFC_VERSAO_29_ABRIL.pdf)

\_\_\_\_\_. Escola de Saúde Pública do. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. EDITAL N.º 01/2014: regulamenta o processo seletivo simplificado de



seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RISESP/CE 2014. Fortaleza – Ceará, 2014.

\_\_\_\_\_. Escola de Saúde Pública do. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. EDITAL N.º 01/2014: regulamenta o processo seletivo simplificado de seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RISESP/CE 2014. Fortaleza – Ceará, 2016. Disponível em: [http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3247&Itemid=276](http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3247&Itemid=276)

\_\_\_\_\_. Escola de Saúde Pública do. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. EDITAL N.º 49/2016: regulamenta o processo seletivo simplificado de seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RISESP/CE 2017. Fortaleza – Ceará, 2016. Disponível em: [http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4173&Itemid=276](http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4173&Itemid=276)

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. As Necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

CECILIO, L.C.O & MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp. Tese de doutorado, 2003.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005

CECCIM, R.B. & FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1400-1410, set-out, 2004.

CECCIM, R.B.; KREUTZ, J.A.; MAYER JR., M. Das Residências integradas às Residências Multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde** /- Rio de Janeiro: IMS/ UERJ - CEPESC, 2011. p. 257-292.

DALL'AGNOL, C.M.; RESTA, D.G.; ZANATTA, E.; SCHRANK, G.; MAFFACCIOLLI, R. O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*; 28(1): 21-6, 2007.

DELLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface/Comunicação Saúde Educação**. v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a18.pdf> Acesso em: 01/12/2015.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FAJARDO, A.P. Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. 2011. 200p. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FAJARDO, A.P. & CECCIM, R.B. O trabalho da preceptoria nos tempos de Residência em Área Profissional da Saúde. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F. & PASINI, V.L. (Org.). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210.

FERREIRA, S.R. & OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F. & PASINI, V.L. (Org.). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.23-34.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.3, 1998.

FEUERWERKER, L.C.M & CECILIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4): 965-971, 2007.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FURTADO, J.P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol.1, nº1, jan-abr, 2009.

GADAMER, H-G. **Verdade e Método**. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução Flávio Paulo Meurer. Petrópolis: Vozes, 1999. 365p.

GASTALDO, D.; MCKEEVER, P. Investigación cualitativa: intrínsecamente ética? In: MERCADO, F.; GASTALDO, D.; CALDERÓN, C. (Orgs). **Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara / Centro Universitario de Ciencias de Salud, 2002. p. 475-479.

GOMES, R.S.; et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010. p. 20-36.

GONZE, G.G. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas. 2009. 158p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

GUERRIEIRO, I.C.Z. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8): 2619-2629, 2016.

HAUBRICH, P. L.G.; et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. **Rev. Saúde em Redes**, Porto Alegre, 2015; 1 (1): 47-56.

HOTTOIS, G. **História da Filosofia**: da Renascença à Pós-Modernidade. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

INCA. Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, 2015.

KAHLMAYER-MERTENS, R.S. **10 lições sobre Gadamer**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

KANDEL, L. Reflexões sobre o uso da entrevista especialmente a não-diretiva e sobre a pesquisa de opinião. In: THIOLENT, M.J.M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Editora Polis, 1982.

LAWN, C. **Compreender Gadamer**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LOUZADA, A.P.F.; BONALDI, C.; BARROS, M.E.B. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010. p. 37-52.

MALTA, D.C & MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*; Botucatu, vol.14, Nº34, jul-set, 2010.

MANZINI, E.J. A entrevista na pesquisa em Educação e Educação Especial: uso e processo de análise. 2008. Livre-docência (Faculdade de Filosofia e Ciências, FFC UNESP) – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2008.

MARTINEZ-SALGADO, C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.3.

MARTINS, A.R. et al. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F. & PASINI, V.L. (Org.). **Residências em Saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.75-90.

MATTOS, R. A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5): 1411-1416, set-out, 2004.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 43-68.

MEIRA, A.C.S; MARTINS, A.R.; MARTINS, M.C. A relação entre preceptores e residentes: percursos e percalços. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F. & PASINI, V.L. (Org.). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.211-224.

MERCADO, F.J. & BOSI, M.L.M. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 23-70.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 117-160.

\_\_\_\_\_. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

\_\_\_\_\_. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: FRANCO, Túlio Batista & MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 252–265.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, M.J.M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Editora Polis, 1982.

MINAYO, Maria C. de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

OLIVEIRA, C.F. & GUARESCHI, N.M.F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F. & PASINI, V.L. (Org.). **Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.91-113.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, Dec. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>. Access on 11 Jan. 2017.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, 35(1): 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO R.; BARROS M.E.B.;

MATTOS, R.A.( organizadores). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ CEPESC/Abrasco; 2007.

PONTES, R.J.S. et al. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: Medronho, R; Bloch, KV; Luiz, RR; Werneck, GL (Org.). **Epidemiologia**. 2a Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

RADAELLI, R.G. & MEDEIROS, C.R.G. Redes de Cuidado em Oncologia: trajetórias assistenciais como ferramenta avaliadora da integralidade e do acesso. **Caderno Pedagógico**, Lajeado, v.12, n.1, p. 277-288, 2015.

RIBEIRO, M.A.A. Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil. Consultoria Legislativa. Câmara dos Deputados. Brasília, DF, 2011.

RIBEIRO, J.C.S. & DACAL, M.D.P.O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. **Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, vol.15, Nº2, Rio de Janeiro – JUL/DEZ – 2012.

ROBLES-SILVA, L. Dilemas éticos en el trabajo de campo: temas olvidados en la investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3): 603-612, 2012.

SHIKASHO, L. **Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde**. 2013. 211p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

SILVA, L.C. **O cuidado na vivência do doente de câncer**: uma compreensão fenomenológica. Maringá: Eduem, 2009. 148p.

SILVA, M.G.C. & ARREGI, M.M.U. Residência Médica na área de Cancerologia no Brasil: distribuição dos programas e da oferta de vagas por região em 2003. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2005: 51(1): 5-13.

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

STEPHAN-SOUZA, A. I. Resolutividade: ensaio de um conceito embrionário. Juiz de Fora: [s.n.], 2012. Mimeografado.

TORRES, R.B.S.; BARRETO, I.C.H.C.; CARVALHO, J.B. Conflitos e avanços na implementação de uma Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia. **ABCS Health Sic**. 2015; 40(3): 370-376.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE PESQUISA GRUPO FOCAL

1. Quais práticas de trabalho foram desenvolvidas na Residência? E destas, quais vocês identificam como interprofissionais?
2. Que outros elementos da formação pedagógica vocês apontariam como importantes nesse sentido?
3. O Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Cancerologia apontava para a integralidade como uma de suas diretrizes. Na descrição desse modelo pedagógico, como vocês percebem essa diretriz?
4. Diante disso, dentre as atividades desenvolvidas, quais vocês destacariam como relevantes para a efetivação da diretriz pedagógica da integralidade?
5. Que elementos vocês identificam como obstáculos para a efetivação cotidiana dessa proposta de formação? E quais as estratégias encontradas para superá-los?
6. E que situações, momentos ou espaços vocês identificam como facilitadores potenciais para a garantia da integralidade do cuidado?
7. Vocês acham que o modelo formativo da Residência contribui para a efetivação da integralidade do cuidado? Que sugestões vocês dariam nesse sentido?

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CANCEROLOGIA: EXPRESSÕES DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO, que tem como objetivo geral “Compreender, sob sua perspectiva enquanto residente, como a integralidade do cuidado se expressa no processo formativo da Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Para a produção dos dados serão utilizados: grupos focais e entrevistas semiestruturadas, conforme a necessidade de aprofundamento das questões investigadas. Realizaremos 09 grupos focais e 06 entrevistas, de modo a contemplar todos os sujeitos, com tempo de duração em torno de no máximo 60 minutos. Em todos os grupos focais e entrevistas serão abordados os mesmos tópicos em relação a uma questão norteadora principal: como o processo formativo da Residência Multiprofissional em Cancerologia contribui para a integralidade do cuidado ao paciente oncológico? Reafirmamos nosso compromisso em garantir que os dados coletados somente serão utilizados nesta pesquisa e suas respostas serão gravadas, se você concordar.

Para a realização dos grupos e das entrevistas utilizaremos as dependências do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, tendo em vista ser um ambiente neutro, em termos de vínculo institucional, para todos os participantes. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir de participar. Ressaltamos que não disponibilizaremos nenhuma forma de pagamento aos participantes. Informamos que a referida pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, tais como: poderá causar desconforto emocional, dificuldade em responder aos questionamentos ou desinteresse. Procuraremos proporcionar um ambiente seguro, confortável e que resguarde o devido sigilo dos participantes e das informações por eles prestadas. Porém, caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador para ser excluído da pesquisa a qualquer momento. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha. Como benefícios, esse estudo poderá contribuir com a qualificação dos programas de Residência Multiprofissional em Cancerologia, além de qualificar os processos de trabalho e de cuidado em saúde no contexto dos pacientes oncológicos, pelo estímulo à autoanálise e autogestão desses processos no decorrer da pesquisa.

Ressaltamos que esse material será tratado com todo o respeito e postura ética, sendo manuseado somente pelo pesquisador, e que, o trabalho a ser elaborado posteriormente, seguirá conforme determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Quaisquer esclarecimentos adicionais podem ser obtidos diretamente com o Comitê

de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará que avaliará essa pesquisa. Certos de contar com sua colaboração, agradecemos antecipadamente.

Em caso de esclarecimento, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética:

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

**Dados da Pesquisadora Principal**

**Nome:** Bruna Fabrícia Barboza Leitão

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará

**Endereço:** Rua Professor Costa Mendes, 1608, Bloco Didático – 5º andar.

**Telefones para contato:** (85) 9 96757575

**E-mail:** bruna\_fabricia@yahoo.com.br

**Dados da Orientadora**

**Nome:** Maria Lúcia Magalhães Bosi

**Instituição:** Universidade Federal do Ceará

**Endereço:** Rua Professor Costa Mendes, 1608, Bloco Didático – 5º andar.

**Telefones para contato:** (85) 33668045

**E-mail:** malubosi@ufc.br

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como participante da pesquisa. Declara que leu cuidadosamente este documento e que teve a oportunidade de fazer perguntas sobre a pesquisa, recebendo explicações que responderam por completo suas dúvidas. Declara ainda estar recebendo uma via assinada deste documento.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do participante da pesquisa \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_