



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**TAMIRES BEZERRA DE MELLO**

**ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE RESIDENTES EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**CAMPINA GRANDE  
MARÇO/2020**

TAMIRES BEZERRA DE MELLO

**ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE RESIDENTES EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

**Área de Concentração:** Psicologia da Saúde

**Orientador (a):** Profa. Dra. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo

**CAMPINA GRANDE  
MARÇO/2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M527a Mello, Tamires Bezerra de.  
Análise da atividade de residentes em saúde da família  
[manuscrito] / Tamires Bezerra de Mello. - 2020.  
87 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) -  
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências  
Biológicas e da Saúde, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Thaís Augusta Cunha de Oliveira  
Máximo, Departamento de Psicologia - CCBS."

1. Residência Multiprofissional em Saúde. 2.  
Psicodinâmica do trabalho. 3. Saúde da Família. 4.  
Subjetividade. I. Título

21. ed. CDD 158.7

TAMIRES BEZERRA DE MELLO

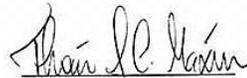
**ANÁLISE DA ATIVIDADE DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Aprovada em: 31/03/2020

**BANCA EXAMINADORA**



\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Manuella Castelo Branco Pessoa  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



\_\_\_\_\_  
Prof. Dr<sup>a</sup> Tatiana de Lucena Torres  
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

*Dedico este trabalho aos meus pais, Aurino e Teresa.*

## AGRADECIMENTOS

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa, gostaria de expressar minha gratidão, em especial:

À Deus, que com Sua graça me sustentou neste caminho, desde o momento da seleção até aqui. Minha vida está em Tuas mãos e sem Ti nada disso seria possível. E à Virgem Maria, que com sua intercessão me auxiliou em todos os momentos.

Aos meus pais, Aurino e Teresa, que ao longo da vida me ensinaram a importância do trabalho, e que através de seus esforços me deram o suporte necessário. E a minha irmã, Thaís, que em sua juventude me renovava nos momentos difíceis.

Ao meu amor, Lucas, que com muito carinho e paciência esteve ao meu lado em todos os momentos de realização desta pesquisa. Obrigada por acreditar, mesmo quando eu mesma não acredito. Minha gratidão à sua disposição e fé para me ajudar a terminar este ciclo.

Às minhas amigas/irmãs, Ana Paula e Thaíris, que desde o período da graduação caminham comigo, não somente na trajetória acadêmica, mas na vida. Vocês são um grande presente de Deus na minha vida. Obrigada por sempre me acolherem em suas vidas.

À minha orientadora, a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo, por me guiar nesta pesquisa quando eu me sentia tão perdida. Obrigada pela paciência e compreensão na elaboração deste estudo.

Aos programas de residência, que abriram as portas e me deram a oportunidade de ouvir os residentes. A vocês minha gratidão por acreditarem na proposta desta pesquisa e por se mostrarem abertos as contribuições que dela podem vir.

Aos residentes, que compartilharam suas vivências no trabalho e dialogaram sobre as dificuldades e potencialidades que é ser residente. Como vocês, um dia fui residente, e compartilho de suas angústias e conquistas próprios deste período. Sem vocês essa pesquisa não seria possível.

A todos que de alguma forma me acompanharam e contribuíram para a realização desta pesquisa.  
A todos, minha gratidão.

Muito obrigada!

## RESUMO

As Residências Multiprofissionais em Saúde situam-se na modalidade de formação ensino-serviço, associando a prática no território com os conhecimentos teóricos adquiridos durante o processo formativo. Na Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família firmou-se como proposta de reorganização das práticas em saúde, integrando profissionais de diversas categorias para o planejamento de ações que vão além da assistência, mas visa também a prevenção e promoção da saúde. Assim a inserção de residentes no contexto da Saúde da Família gera mudanças no cotidiano dos trabalhadores e na dinâmica da oferta dos serviços. As atividades dos residentes estão pautadas na realidade do território e no processo de trabalho das equipes de saúde, por isso, o trabalho exercido na residência está atravessado por diferentes fatores, podendo implicar na autonomia dos profissionais em formação. Para a compreensão dos aspectos do trabalho e as vivências dos residentes dentro da Atenção Básica, foi utilizada a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, buscando apreender as prescrições e o real do trabalho vivido pelos residentes. Além disso, compreender as relações de cooperação entre os residentes diante das adversidades do trabalho em equipe no contexto da saúde de família, e como as experiências vivenciadas, sendo geradoras de prazer ou de sofrimento, incidem sobre subjetividade na prática das atividades. Com isso, esta pesquisa objetiva analisar a atividade do trabalho de residentes multiprofissionais em saúde da família. Para isso, foram realizadas entrevistas individuais com 10 residentes em saúde da família, e para a análise dos dados, foi utilizada a Análise de Núcleos de Sentido, inspirada na Análise de Conteúdo criada por Bardin. Percebeu-se que o modelo proposto pelas residências em saúde são ferramentas potentes na formação dos trabalhadores para atuação na Atenção Básica, mas ainda é necessário a ampliação da proposta dentro dos serviços de saúde, para que a inserção dos residentes ocorra de maneira mais efetiva. Além disso, a organização do trabalho presente no cotidiano dos residentes incide sobre a subjetividade, gerando vivências de prazer e de sofrimento diante das atividades realizadas. Conclui-se que o papel dos residentes precisa ser melhor delimitado dentro dos serviços de saúde, contribuindo para a elaboração das atividades de trabalho significativas para a formação e que sejam efetivas no cotidiano de trabalho, implicando o engajamento subjetivo e favorecendo a autonomia do residente nos serviços.

**Palavras-chave:** Residência. Trabalho. Saúde da Família. Subjetividade.

## **ABSTRACT**

The Multiprofessional Health Residencies are located in the teaching-service training modality, associating practice in the territory with the theoretical knowledge acquired during the training process. There are different types of programs, but most are concentrated in Primary Care, indicating the relevance of this level of care for ensuring access to health services and an appropriate field for expanding professional qualification. In Primary Care, the Family Health Strategy was established as a proposal to reorganize health practices, integrating professionals from different categories to plan actions beyond assistance, but also at prevention and health promotion. Thus, the insertion of residents in the context of Family Health generates changes in their daily lives and in the dynamics of service. The residents' activities are based on the reality of the territory and the work process of the health teams. Therefore, the work performed at the residence is crossed by different factors, which may imply the autonomy of the professionals in training. The theory of Psychodynamics of Work was used to understand the cooperative relationships between residents in the face of the adversities of teamwork in their work context, and how the experiences, being generators of pleasure or suffering, affect subjectivity in the practice of activities. For this, individual interviews were conducted with ten Family Health residents, and for the analysis of the data, the Core of Sense Analysis was used, inspired by the Content Analysis created by Bardin. It was possible to see that the model proposed is a powerful tool in the training of workers to work in Primary Care, but it is still necessary to expand the proposal in health services, so that the insertion of residents occurs more effectively. In addition, the organization of work in the daily lives of residents focuses on subjectivity, generating experiences of pleasure and suffering in face of the activities performed. As a conclusion, the role of residents needs to be better defined within health services, contributing to the elaboration of work activities that are significant for training and that are effective in the daily work, implying subjective engagement and favoring the autonomy of residents in services.

**Keywords:** Residence. Job. Family Health. Subjectivity.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 ARTIGO I – Formação e atividade de trabalho em programas de Residência Multiprofissional em Saúde .....</b>	<b>17</b>
<b>3 ARTIGO II - Análise das relações sujeito-trabalho para residentes em saúde da família .....</b>	<b>47</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE GRAVAÇÃO DE VOZ.....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>87</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em meio às mudanças paradigmáticas no setor da saúde na atualidade, envolvendo novas perspectivas na conjuntura dos serviços e da atuação dos trabalhadores, é necessário resgatar as concepções que conduziram o campo da saúde para o que hoje se tem conhecimento. É fato que os desdobramentos históricos relacionados à saúde propiciaram avanços que contribuíram para a construção de um novo modelo de atenção, descentralizando o cuidado da responsabilidade médica para envolver outros trabalhadores e o próprio sujeito no processo de saúde.

Assim, neste relevante percurso podemos assinalar referências importantes para a saúde pública, indicando a Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970 como precursora dos ideais de uma saúde integral e universal. É com base nesse novo sentido sobre o modelo de saúde, estabelecido na década de 1980 com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que trabalhadores, usuários, movimentos sociais e outros importantes atores, puderam participar e construir um modelo de atenção em saúde que prioriza a educação, promoção, prevenção, e a formação, entendendo o processo saúde- doença como dinâmico e multifatorial, retirando a centralidade da lógica curativista (Soratto et al, 2015, p.588).

Para garantir a continuidade e proteção do novo sistema de saúde, foram estabelecidas as medidas legais que asseguram os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado, representado na Constituição Federal nos artigos 194 a 200 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90. Com esta demarcação constitucional sobre o âmbito da saúde, o novo sistema de saúde escapa aos limites anteriormente impostos ao acesso da população, mas enfim, amplia a oferta de saúde e se estrutura em níveis de atenção, permitindo a continuidade do cuidado, a integralidade das ações e a participação social no processo de saúde.

Deste modo surge o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como ordenadora do cuidado a Atenção Básica, atualmente responsável por 100% da resolutividade das situações de saúde existentes, referenciando e tendo como apoio os demais níveis de atenção, secundário e terciário, representados pelos serviços especializados e os hospitais, respectivamente. (PNAB, 2019).

Para que as ações de saúde sejam implementadas é necessário um conjunto de esforços envolvendo diferentes atores. Como dito anteriormente, o sujeito passa a ter responsabilidade no processo de saúde, sendo ele assistido pelo trabalhador dentro do território pelo qual está

encarregado. Nessa lógica, o trabalhador da saúde é fundamental para que o cuidado seja contínuo, observando as diretrizes e princípios que norteiam o SUS (Arruda et al, 2017).

Em função disso, foi determinado através do art. 200 da CF e na lei 8080/90, que para a manutenção do sistema de saúde recém-criado, seria de responsabilidade do Estado orientar a formação de recursos humanos para atuação no SUS. Nessa lógica, entendeu-se que os trabalhadores inseridos na saúde pública, deveriam trabalhar mediante o entendimento das propostas de uma saúde promotora da autonomia, respeitando a subjetividade e as características próprias de cada território e população (Knuth, Arejano & Martins, 2017).

Compreendendo a complexidade das demandas de saúde e o caráter multifatorial do processo de saúde/doença, propõe-se a descentralização do saber e hegemonia das ciências médicas, e busca-se ampliar o envolvimento de outros saberes que incidem diretamente no cuidado junto ao sujeito, revelando assim a importância da atuação de uma equipe multiprofissional, compartilhando diferentes pontos de vista diante de uma mesma situação (Acirole & Pedro; 2019).

Deste modo surgiu a proposta das Residências Multiprofissionais em Área da Saúde, buscando viabilizar a inserção de outros conhecimentos nas práticas em saúde e a efetivar a responsabilização da formação de trabalhadores para o SUS. As residências se configuram como uma especialização *lato-sensu*, com carga horária específica, e seu principal objetivo é a relação entre ensino e serviço, inserindo o profissional residente no trabalho (Campelo, 2015).

As primeiras experiências das RMS remontam à década de 1975 com a participação de grupos aliados aos ideais da Reforma Sanitária. (Knuth, Arejano & Martins, 2017). As Residências Médicas já eram uma realidade, e foram importantes junto a outros órgãos para sustentar os princípios da RS, principalmente as ligadas a área da saúde pública e comunidade. (Noronha, Lima & Machado, 2008). Apesar das Residências Médicas serem pioneiras no âmbito da saúde, houveram resistências por parte desta categoria em concordar com as novas propostas que estavam surgindo com as RMS, discordando das propostas e da possibilidade de integração com outros profissionais (Campelo, 2015).

Com as mudanças no modelo de saúde, as RMS trouxeram a multiprofissionalidade, o trabalho junto à comunidade e práticas inovadoras em saúde. Então, o surgimento desta nova modalidade despertou a modificação da visão curativista-assistencialista centrada na figura do médico – em que há uma valorização dos aspectos orgânicos da doença - para um modelo que

propõe a integração dos mais diversos saberes com a finalidade de colocar em foco o próprio sujeito (Lucena et al, 2015).

O surgimento desta nova categoria da saúde exigiu regulamentações que foram ocorrendo nos últimos 15 anos, apesar das práticas em saúde por parte dos residentes remontarem desde a década de 1970. Em 2005, com as mobilizações dos próprios residentes, foi estabelecida a lei 11.129 que institui os programas de residência em saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Em 2007, foi criada a portaria interministerial nº 47/2007 que estabelece as diretrizes das residências multiprofissionais e em área da saúde.

Já em 2009, foi regulamentada a portaria nº 1.077/2009 que dispõe sobre o programa de bolsas das residências multiprofissionais e em área da saúde, inserindo a partir deste período a participação do Ministério da Educação, atuando intersetorialmente com o Ministério da Saúde no processo de formação dos residentes. E por último, em 2010, foi criada a portaria nº 1.320, que regulamenta a estrutura e a organização das CNRMS (Silva, 2018).

Os programas de residência surgiram como resposta às propostas construídas na Reforma Sanitária, valorizando principalmente a atuação na atenção primária, lugar de trabalhar a prevenção e promoção da saúde, porém com os passar dos anos, foram cada vez mais sendo instituídos programas voltados para a atenção hospitalar, possibilitando um retorno dos ideais hospitalocêntricos (Campos, 2019).

Apesar disso, em um levantamento realizado por Sarmiento, França e Medeiros (2016), atualmente existem 320 programas de residência em saúde no Brasil. Deste total, 66 estão presentes no Nordeste, sendo 35 deles são voltados para a Atenção Básica, o que corresponde a 53%. Isso revela que de algum modo, a formação dos profissionais para trabalhar na AB ainda é prioritária, uma vez que este âmbito é responsável por absorver grande parte das profissões voltadas para a saúde.

O campo de atuação de residentes em saúde possui características próprias que irão orientar o caminho da formação e do trabalho. Pode-se destacar que o residente é uma categoria dividida entre trabalhador/estudante, e essa relação muitas vezes confunde o papel a ser desempenhado por ele no cotidiano de trabalho. Além disso, existe uma rede de relações com a qual os residentes estão interligados, em que preceptores, tutores, coordenação do programa, Instituição de Ensino Superior (IES), outros trabalhadores da saúde e os próprios residentes são muitas vezes potenciais, mas também podem ser fator de sofrimento. (Knuth, 2015). Por isso, a interrelação entre o trabalho no

campo da saúde pública e as relações com os trabalhadores permeiam todo o processo formativo, diferenciando os residentes em saúde como um público potencial nos estudos referentes às atividades de trabalho (Rodrigues, 2016).

Como resultado dos movimentos sociais em favor da saúde pública, o modelo de atenção criado para implementar as práticas da APS foi o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, para ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população. Porém, em 2004, transforma-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) tornando-se um eixo estruturante da Atenção Básica, focando-se não apenas nos serviços, mas na ampliação da proposta da saúde orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (Fertonani et al, 2015).

A proposta da ESF é reorganizar as práticas de saúde articulando ações em saúde que respondam as particularidades e necessidades reais do sujeito, sendo orientado em princípios e diretrizes norteadoras que incluem no processo saúde/doença as dimensões subjetivas e sociais dos usuários que utilizam os serviços (Arantes et al, 2016).

Trata-se de um modelo assistencial que prioriza o indivíduo e não o processo de adoecimento, implementando práticas que favoreçam o cuidado em saúde de maneira integral, não só assistenciais, mas de integração entre Vigilância em Saúde e atividades de Promoção à Saúde (Fertonani et al, 2015).

Em torno da dinâmica do cuidado estão envolvidos diferentes atores, entre eles usuários, gestores e trabalhadores que em conjunto buscam atuar em vista da integralidade, universalidade e equidade em saúde. Os trabalhadores da saúde estão envolvidos nesta dinâmica como sujeitos que operacionalizam as políticas e as práticas de saúde em conjunto com a população, além de participar das articulações para o planejamento e criação de novas estratégias de saúde para o território (Arantes et al, 2016).

Atuando de maneira multidisciplinar os trabalhadores são compostos em equipes visando ampliar o conjunto de conhecimento para favorecer as diretrizes norteadoras da política. O trabalho em equipe transformou-se em um recurso capaz de ampliar as práticas de atenção ao cuidado com o usuário, como também modificou os modos de organização do trabalho na ESF, priorizando o compartilhamento de conhecimentos para promover a saúde, e não apenas objetivar a cura (Garcia et al, 2015).

Nesta realidade, a formação dos trabalhadores para a prática na área da saúde torna-se elemento necessário para que haja consistência e continuidade na construção do sistema de saúde

vigente. É aqui que se revela a importância de estabelecer as diretrizes do modelo de formação das RMS, em específico no âmbito da Saúde da Família, permitindo a aproximação do profissional ao contexto da ação dando subsídios teóricos e práticos para o ensino em serviço, e para além disso, fomentar as discussões políticas e sociais que envolvem o fazer em saúde (Fernandes et al, 2015).

Diferentes categorias profissionais podem integrar as equipes de saúde da família (eSF) e as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ampliando a oferta de cuidado aos usuários. A proposta dos programas é incorporar os profissionais em formação divididos em equipes multiprofissionais menores no território de trabalho das equipes de saúde da família. Uma vez inseridos no cotidiano do trabalho das equipes é necessário pensar sobre a efetivação do papel dos residentes e as condições as quais esses atores são submetidos, destacando o seu próprio processo de trabalho (Silva et al, 2015).

Com levantamento realizado por esta pesquisadora para fins deste estudo, foi constatado o número de programas existentes em Pernambuco, que dispõe de 7 RMSF concentrando a maioria na Região Metropolitana do Recife (RMR) (UPENET, 2019). Na RMR estão inseridas várias IES, e é campo constante de pesquisa em diversas áreas, sendo a saúde um campo ampliado para estudos. Além disso, evidencia-se a presença de movimentos sociais e a participação política em favor dos ideais defendidos para a saúde pública.

A Escola Estadual de Saúde Pública (ESPPE), a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a Universidade de Pernambuco (UPE), a Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), O Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ), a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE), as Secretarias Municipais de Saúde de algumas cidades, são algumas das instituições responsáveis pela formação de profissionais para o trabalho em saúde, evidenciando a pluralidade e diversidade de acesso aos programas de RMS e de construção política no resgate das diretrizes propostas na década de 1970 pela RS.

Diante do quantitativo de programas existentes, a literatura a respeito das residências apresenta-se de diversas maneiras como: relatos de experiência, que são muitas vezes frutos dos trabalhos de conclusão exigidos para a obtenção do título de especialista, como em Dornelles (2017); Camargo et al (2018). A temática sobre a percepção dos residentes a respeito da formação e do trabalho em equipe também são encontradas, como em Beker, Feliciano e Machado (2016); Casanova, Batista & Rutz-Moreno (2016); Rossoni (2015). Porém, em relação ao debate sobre

aspectos particulares da dinâmica dos residentes nas atividades de trabalho, a literatura ainda se revela incipiente.

Desse modo, para entender o processo de trabalho dos residentes na Atenção Básica/Saúde da Família será utilizada nesta pesquisa a perspectiva de Christophe Dejours com a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, abordando estudos sobre o trabalho com uma ótica diversificada, acolhendo os aspectos subjetivos e psíquicos do trabalhador que podem incidir na concepção e realização da atividade. O trabalho é considerado elemento constituinte na saúde do sujeito e fator importante na construção da identidade do trabalhador (Heloani & Lancman, 2004).

No trabalho em saúde existem demandas as quais os trabalhadores são imersos, sejam elas de gestão das unidades de saúde, de produtividade ou de planejamento de ações. Como dito anteriormente, os profissionais residentes compartilham as atividades no cotidiano com os trabalhadores, mas que diferem no modo de elaboração e execução da tarefa, já que estão atrelados às atividades da equipe de saúde, além disso, por estarem em processo de formação o exercício do trabalho pode ser influenciado (Rodrigues, 2016).

O trabalho na ESF supõe um desdobramento dos trabalhadores que precisam dar resolutividade a todas essas exigências. A relação entre o que é solicitado e o que é possível ser feito é uma das características do trabalho em saúde, e a teoria dejouriana reflete em conceitos específicos como o prescrito e o real do trabalho. No campo da saúde o limite entre o real e o prescrito é provado constantemente, uma vez que, diante de tantas demandas, os profissionais precisam ser criativos para apreender todas as exigências que lhes são atribuídas. (Dejours, Lancman & Sznalwar, 2004).

Diante da realidade da inserção de residentes nessa rotina de trabalho, as equipes de saúde podem sentir-se ainda mais sobrecarregadas, podendo a relação entre residentes e equipes ser comprometida, levando em consideração as novas responsabilidades atribuídas aos trabalhadores em decorrência da inserção de residentes no território, e também as ações desenvolvidas pelos residentes que trazem um movimento novo ao cotidiano das equipes.

A atuação profissional dos residentes na atenção básica, a relação entre o prescrito e o real do trabalho desses atores perpassa pela interação com os trabalhadores (Fernandes et al, 2015, p.94). Isto posto, a organização do trabalho dos residentes é permeada pela própria organização dos trabalhadores com quem se relacionam e irá refletir nas ações e práticas dos profissionais em formação.

Diante de tais questões, justifica-se a necessidade de discutir sobre as atividades de trabalho dos residentes levando em consideração os fatores que atravessam a prática desses atores no campo. O convívio com as equipes de trabalhadores, a liberdade para planejamento das atividades, a autonomia dos residentes de atuar junto aos usuários, o espaço compartilhado com vários atores dentro das unidades de saúde da família (USF), tudo isso pode influenciar o trabalho dos residentes. Além disso, os programas de residência financiados por órgãos públicos do governo, pressupõe o retorno do investimento dado durante a formação, sendo os residentes os futuros ‘possíveis’ trabalhadores da saúde que irão construir e manter o sistema de saúde, por isso, entender os modos de trabalho implicados no processo de formação poderá ressoar nas práticas futuras desses trabalhadores.

Por fim, a realidade do trabalho em um programa de residência em saúde da família contribuiu para levantar os questionamentos propostos nesta pesquisa. Após dois anos de imersão desta pesquisadora na rotina de trabalho das equipes na Atenção Básica, revelaram-se divergências entre as ações dos trabalhadores da saúde e os residentes que os acompanhavam, não sendo delimitado as funções que os residentes deveriam assumir enquanto profissionais em formação naquele contexto. Essas discrepâncias de atuação podem tornar o processo de trabalho dos residentes impreciso, uma vez que não estão inseridos na lógica da organização do trabalho das equipes.

Por isso, suscitar a exploração desta temática toca em questões importantes referentes ao trabalho em saúde no contexto da atenção básica, colocando em evidência as relações entre trabalhadores e residentes na organização do trabalho, discutindo os processos de formação do profissional residente e a delimitação do seu trabalho e funções.

Estudar a prática de trabalho de residentes possibilita discutir sobre o trabalho em saúde, formando profissionais não somente para o cuidado com o usuário, mas também para o cuidado de si e atentar para as nuances da organização do trabalho, sendo capaz intervir na realidade da atividade e diminuindo os índices de adoecimento.

As pesquisas sobre o trabalho nas equipes da atenção básica são vastas, abordadas em muitas perspectivas que ampliam a compreensão das potencialidades e dificuldades dos trabalhadores da saúde quando se discute o processo de trabalho, como em Malta et al (2016); Carvalho et al (2018); Marqui et al (2010) e Shimizu & Júnior (2012). Porém, quando se refere aos programas de residência, o processo de trabalho desses profissionais em condição de formação,

como dito anteriormente, encontra-se insuficiente, revelando a necessidade de ampliar a discussão sobre as condições e a organização do trabalho dos residentes, podendo favorecer o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a ampliação dos moldes de formação. Além disso, a presença dos residentes multiprofissionais na Atenção Básica pode trazer em si uma potencialidade, pois pode contribuir para a expansão do acesso à profissionais de diversas categorias ampliando as possibilidades do cuidado.

Assim, colocar em evidência o papel exercido por esses profissionais e como se dá a dinâmica do trabalho poderá refletir na oferta do cuidado para os usuários do serviço de saúde. A prática dos residentes pode se dar de maneira positiva quando associado ao apoio e supervisão dos preceptores na prática do trabalho, organizando-se de maneira a beneficiar o trabalho da equipe e o cuidado com a população, como também na tutoria concernente à parte teórica/acadêmica. Por outro lado, pode ser negativo quando a rede de apoio dos residentes encontra-se limitada, desfavorecendo a liberdade na prática e ampliação do conhecimento.

Por isso, com base no que foi dito até aqui, o objetivo geral desta pesquisa é analisar a atividade de trabalho dos residentes multiprofissionais em saúde da família. Os objetivos específicos que auxiliaram o processo da pesquisa são: analisar a organização do trabalho das unidades de saúde da família que recebem residentes; analisar as relações de trabalho e cooperação entre os trabalhadores da saúde da família e os residentes; identificar as lacunas entre o prescrito e o real na atividade dos residentes e analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos residentes.

Assim como o processo de saúde é dinâmico, o processo de formação através das residências em saúde também está em constante movimento. Por isso entender o caráter multifacetado do processo de trabalho com os residentes pode contribuir para observar e criar novas estratégias que ampliem o modelo de formação dos futuros trabalhadores da saúde. Olhar também para a subjetividade dos residentes no processo de formação pode indicar os fatores de risco que podem levar ao adoecimento, uma vez que imersos no cotidiano do trabalho é possível identificar os pontos críticos que impedem ou dificultam o processo de trabalho.

Esta pesquisa está organizada em dois artigos, sendo o primeiro denominado *Formação e atividade de trabalho em programas de Residência Multiprofissional em Saúde*, que irá abordar o processo de formação nas residências em saúde da família, a organização do trabalho dos residentes e as relações de trabalho entre os residentes e as equipes preceptoras. O segundo é o artigo: *Análise*

*das relações sujeito-trabalho para residentes em saúde da família* trata dos aspectos subjetivos do processo de trabalho, como as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, as relações de cooperação e as dificuldades e imprevistos vivenciados durante o processo da residência. Por fim, as considerações finais trazem as observações colhidas durante a pesquisa. Espera-se que a partir da aproximação com esta temática sejam fomentados novos olhares para o público residente, pois inseridos na experiência do trabalho e da formação têm muito a contribuir para a qualidade de vida e do trabalho dos profissionais da saúde, e podem reacender as práticas e convicções que serviram de base para a sua existência.

## 2 ARTIGO I

### **Formação e atividade de trabalho em programas de Residência Multiprofissional em Saúde**

**Resumo:** As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são um modelo de formação caracterizado pelo ensino em serviço, articulando as atividades práticas com a teoria. Este modelo está presente em todos os níveis de saúde, mas é a Atenção Básica que acolhe a maioria dos residentes no contexto atual. Com isso, percebe-se que, como ordenadora do cuidado, a AB necessita de trabalhadores que correspondam aos princípios e diretrizes norteadores do SUS. Este artigo, portanto, tem como objetivo analisar a formação oferecida por Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e sua relação com a atividade de trabalho na Atenção Básica. Como aporte teórico, foi utilizada a Psicodinâmica da Trabalho, tendo como suporte conceitos referentes à organização do trabalho e o reconhecimento do trabalho. Participaram deste estudo 10 residentes de dois programas de RMSF situados no estado de Pernambuco. Como instrumento, utilizou-se de um roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados obtidos foram analisados através da Análise de Núcleos de Sentido (ANS). A partir dos dados, percebe-se que a formação proposta pelas RMSF traz contribuições na construção da identidade dos residentes enquanto trabalhadores da saúde. Porém as articulações teórico-práticas e as relações entre os residentes e as equipes de saúde precisam ser fortalecidas. Do mesmo modo, observou-se que a formação acadêmica anterior à experiência da residência e a organização do trabalho influenciam no processo de trabalho e na formação. Portanto, as residências em saúde apresentam-se como ferramentas potentes na área da saúde, contribuindo não somente para a formação do trabalhador, mas também para as experiências subjetivas.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; Formação; Saúde da Família; Residência; Trabalho.

**Abstract:** The Multiprofessional Health Residencies are a training model characterized by in-service teaching, articulating practical activities with theory. This model is present at all levels of health, but is the Primary Care that welcomes the majority of residents in the current context. Therefore, as a care provider, the Primary Care needs workers who correspond to SUS guiding principles and guidelines. This article aims to analyze the training offered by Multiprofessional Residencies in Family Health and its relationship with the work activity in Primary Care. As a theoretical contribution, we used The Psychodynamics of Work based on concepts related to work organization and work recognition. Ten residents of two residencies programs located in the state of Pernambuco participated in this study answering semi-structured interviews. The data obtained were analyzed through the Analysis of the Core of Meaning. From this, it is clear that the training proposed by the residencies brings contributions to the construction of the residents' identity as health workers. However, the theoretical-practical articulations and the relations between residents and health teams need to be strengthened. Similarly, the previous academic training and work organization influence the work process and training. At last, health residences present as powerful tools in the health area, contributing not only to the training of workers, but also to subjective experiences.

**Keywords:** Primary Care; Formation; Family Health; Residence; Job.

## INTRODUÇÃO

A década de 1970 representou para a história da saúde pública o início da mudança para estabelecer um novo modo de pensar o processo de saúde. A partir da Reforma Sanitária foi possível definir estratégias que corroborassem com o novo ideal voltado para a promoção e prevenção em saúde, pensando no protagonismo do sujeito e na participação social (Campos, 2016).

Para que houvesse a mudança do padrão instituído até então, um dos aspectos que iriam contribuir para a discussão do novo modelo de saúde seriam as propostas voltadas à formação de recursos humanos para atuarem de acordo com os ideais construídos após anos de empenho em constituir os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Honda & Chirelli, 2015).

Segundo Casanova, Batista e Moreno (2015, p. 368) “a mudança nas práticas de saúde devem ocorrer em dois níveis. O primeiro, institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde. O segundo, das práticas dos profissionais de saúde”. Com isso, fica claro que para avançar nos propósitos de uma saúde integral e universalizada é necessário repensar os modos de formação do profissional de saúde para atuar em consonância com o SUS.

Inicialmente, é fundamental refletir sobre a formação dos profissionais na graduação, pois é fato que as Instituições de Ensino Superior (IES) ainda trazem nas grades curriculares a perspectiva mais teórica, voltada para a ação clínica em relação à formação para atuar em uma perspectiva multiprofissional, voltada para ações coletivas e preventivas (Abib & Kuhn, 2017).

Em contrapartida, a partir de 2003, foram iniciadas estratégias que começariam a inserir a formação para o SUS ainda na graduação, como por exemplo, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), inserindo o estudante nas práticas em comunidades à luz da realidade do SUS, aprendendo e interagindo com outros atores, principalmente com a população (Mello, 2016).

Percebe-se que, desde o momento da instituição do SUS até os dias atuais, pensar na formação para a saúde pública dentro da graduação é um movimento recente, se comparado com todo o caminho percorrido até aqui. Isso revela que ainda é preciso desconstruir o modelo centrado no profissional e na abordagem teórico-clínica, e investir em um sentido ampliado na concepção do processo de saúde-doença.

Com a finalidade de expandir os conhecimentos na área da saúde e promover a qualificação profissional, foram sendo reelaboradas estratégias de formação capazes de suprir a insuficiência promovida na formação acadêmica. Neste sentido, a retomada das propostas de formação em saúde foi central para a modificação dos próprios paradigmas da saúde, resultante da participação dos movimentos sociais, principalmente dos próprios trabalhadores, com o objetivo de promover a formação em consonância com os princípios construídos na Reforma Sanitária. Sendo assim, é possível destacar o modelo de formação das Residências em área da saúde, que remonta sua existência desde a década de 1975, porém sua regulamentação ocorreu somente trinta anos depois (Abib & Kuhn, 2017).

Na modalidade de pós-graduação *lato sensu* com objetivo de formar trabalhadores para o SUS evidencia-se a Residência Multiprofissional em Saúde. De acordo com Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017) as RMS apontam para orientar os profissionais de saúde a atuarem conforme as diretrizes do SUS alinhando-se principalmente com a Atenção Primária à Saúde (APS). Entende-se que a APS ou Atenção Básica é um campo amplo para desenvolver e criar estratégias que visem o cuidado no processo de saúde, considerando os determinantes e condicionantes presentes nele, entendendo-o como processo dinâmico.

As RMS vieram com a proposta de integrar ensino e serviço, articulando a teoria com a prática de trabalho. Nesse aspecto, a Educação Permanente em Saúde é a condutora do processo de formação, entendendo que não se resume ao repasse de informações e conteúdos, mas prioriza a problematização, o protagonismo no processo formativo e inclui o aprendizado da prática dos serviços de saúde, não se limitando apenas aos conteúdos teóricos, mas respeitando as vivências de trabalho dos residentes. (Mello, 2016).

Este modelo de formação vem como contraponto às formações dos trabalhadores que já estão inseridos no cotidiano dos serviços de saúde, levando outras compreensões, e até mesmo novos olhares, para a realidade das práticas e ações desenvolvidas. A formação em serviço tem como centro o trabalho, o conhecimento adquirido através das atividades práticas, na relação com a comunidade e com os preceptores, relacionando essas vivências com as atividades teóricas. (Campos, 2016).

Algumas características do processo formativo na modalidade da RMS podem evidenciar as potencialidades desta abordagem, como a integração com a comunidade; a ampliação do conhecimento, visto que muitos são recém graduados e não tiveram base para atuação na Atenção

Básica (Brasil, Oliveira & Vasconcelos, 2017). Mobiliza o corpo docente das IES, que necessitam pensar novas estratégias de abordagem dos conteúdos teóricos para serem incorporadas às práticas cotidianas. É possível inverter a lógica de aprendizado verticalizado, em que alguém ensina a outro, quando na verdade, as RMS proporcionam um conhecimento horizontal, contando com a participação e contribuição de diversos atores no processo formativo (Mello, 2016).

Portanto, pela dinamicidade e diversidade encontradas na Atenção Básica, e além disso, indicando sua importância como ordenadora do processo de cuidado, a RMS se insere nas unidades de saúde da família e no cotidiano de trabalho, buscando a ampliação das novas práticas propostas pelo SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo estruturante da AB, porta de entrada dos serviços de saúde e possui responsabilidade sanitária de um território determinado e por uma população adscrita (Noronha, Lima & Machado, 2006). Configura-se enquanto equipe multiprofissional, abarcando diferentes categorias profissionais, como médico, enfermeiro, dentista, ACS, técnico de enfermagem, e auxiliar em saúde bucal. São eles que serão responsáveis pela preceptoria – os profissionais de ensino superior - e acompanhamento dos residentes acolhidos no serviço de saúde (Malta et al, 2016).

A ESF é resultado de intensas mobilizações em torno das necessidades de saúde, saindo da lógica hospitalar e da assistência focada na doença e voltando o processo de trabalho concentrado nas demandas de saúde advindas do próprio território e da comunidade. Refletir sobre esse aspecto é atentar para o suporte pedagógico e prático com a inserção de residentes nos serviços de saúde (Santos & Miranda, 2016).

Com isso, a dinâmica do processo de trabalho sofre alterações e as equipes necessitam se adequar às novas configurações do ambiente de trabalho, realizando reajustes para a inclusão das atividades propostas pelos residentes e pelo programa. Na pesquisa de Domingos, Nunes & Carvalho (2012) foi analisado a potencialidade que a RMSF pode ter em relação ao processo de trabalho das equipes de saúde da família, revelando que a inserção de diversas categorias profissionais na equipe básica da ESF impulsiona práticas inovadoras em saúde, retornando aos princípios norteadores da AB.

A presença dos residentes no trabalho na AB pode ser fonte de inovação para os profissionais e para as ações em saúde, contudo podem representar a valorização do trabalho em si em detrimento dos aspectos voltados para a formação. Nesse sentido, como refere Campos (2016,

p. 07) “a residência pode propiciar uma visão limitada dentro da atuação no SUS, observando-o apenas como campo de trabalho e não espaço de qualificação para atuar na saúde pública”.

Em relação a este aspecto, segundo Abib e Kuhn (2017) tem sido frequente nas pautas levantadas pelos residentes a discussão sobre o lugar ocupado por eles dentro das equipes de saúde, uma vez que, sem definição das atividades, a formação torna-se secundária e prioriza-se apenas as ações relacionadas ao trabalho produzido pelos residentes. Para Farias (2016) as equipes de saúde, imersas nas demandas inesgotáveis do território, observa na figura do residente a possibilidade de reparar as lacunas existentes no provimento de trabalhadores para o campo da saúde. Quando o residente vivencia um processo de formação voltado para suprimir demandas preexistentes à sua chegada no serviço de saúde, o caráter formativo já se encontra afetado, contribuindo para vivências de sofrimento no trabalho, precarizando o trabalho na saúde em si.

É no encontro entre o trabalho na AB e a inserção dos residentes nos serviços de saúde que se esboça esta pesquisa, tomando como suporte teórico a Psicodinâmica do Trabalho, utilizando importantes os conceitos referidos por Christophe Dejours (2011) como a organização do trabalho, articulando com a realidade da AB, percebendo as nuances presentes na prática dos trabalhadores da saúde e dos residentes; assim como as relações sociais estabelecidas no convívio diário, e as repercussões surgidas desta relação, como o reconhecimento (ou não) do trabalho dos residentes. Tudo isso será base para as discussões sobre o trabalho nas vivências dos residentes em saúde da família.

Quanto à sistematização bibliográfica desta pesquisa, foram realizadas consultas com a finalidade de analisar os percursos das pesquisas recentes referentes às vivências do processo de formação dos residentes em saúde da família sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. As bases de dados utilizadas foram a BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), o Portal Periódicos da CAPES e indexados da Scielo Brasil (Scientific Electronic Library Online) no período de 2010 a 2019. Os descritores, residência multiprofissional; saúde da família; formação e atividade de trabalho foram utilizados separadamente. Como critérios de exclusão, foram retiradas as pesquisas que eram voltadas para categorias profissionais específicas e sobre residências inseridas em contextos hospitalares. Ao total, foram categorizados 12 textos referentes à formação no modelo de RMSF abordando o campo da AB entre artigos de periódicos, artigos publicados em anais de congressos, livros online e dissertações. Aqui destacam-se os estudos de Casanova, Batista e Ruiz-Moreno

(2015); Romcy e Martins (2017); Rossoni (2015); Campos (2019); Farias (2016); Mello (2015), todos referentes à perspectiva da formação nos programas de RMSF.

Em relação aos estudos relacionados à Psicodinâmica, foram encontradas 10 publicações entre artigos, dissertações e livros que abordassem a perspectiva do olhar para as dinâmicas do trabalho na Atenção Básica, como nas pesquisas de Katsurayama, Parente e Moraes (2013); Maissiat (2013); Ferreira (2017); Maissiat, Lautert e Pai (2015). Porém, do ponto de vista das residências multiprofissionais sob a concepção da atividade de trabalho e as vivências subjetivas, os estudos demonstram-se concentrados em contextos hospitalares (Júnior e Ribeiro, 2018); (Fernandes et al, 2015).

Por isso, evidenciou-se que os estudos relacionados às atividades de trabalho estão dirigidos em sua maioria aos trabalhadores da saúde na AB. Este estudo pretende lançar o olhar para o processo de formação e as atividades de trabalho dos residentes entendendo que, o contexto de trabalho na AB atravessa toda a formação do residente, e que discutir aspectos do trabalho e das relações pode favorecer novas estratégias de construção de conhecimento, retornando ao fato de que a proposta da residência é o ensino em serviço e não apenas o serviço em si. A partir do sentido atribuído pelos residentes sobre sua prática de trabalho, propõe-se refletir sobre o trabalho na saúde pública e a formação e saúde dos futuros trabalhadores.

O trabalho em saúde é caracterizado por seu dinamismo próprio, envolvendo diferentes atores contribuindo no processo de saúde, exigindo dos trabalhadores a adequação às diretrizes e princípios do sistema de saúde vigente. Esta adequação fala da relação do trabalhador com a organização do trabalho, que segundo Dejours (1993) divide-se em dois aspectos, um mais concreto, respectivo às normas, às tarefas a serem executadas, a parte prática em si. Por outro lado, fala de uma dimensão humana, com a divisão de pessoas, a hierarquia no trabalho, entre outros. Essas nuances perpassam as próprias relações de trabalho, e podem revelar fatores desencadeantes de saúde ou de sofrimento (Dejours, 1993).

Para este autor, o trabalho é parte constituinte da subjetividade do trabalhador, e buscar compreender as relações do sujeito com o trabalho pode contribuir para a criação de novas estratégias de enfrentamento das adversidades. “A organização do trabalho é um compromisso, na medida em que está no próprio centro das trocas intersubjetivas” (Dejours, 2004).

Trazendo esses conceitos para a realidade dos residentes, questiona-se como se caracteriza a organização do trabalho dos mesmos e de que maneira essa organização interage com a realidade

nos serviços de saúde, considerando que são muitas as relações existentes no processo de formação – Residente – Preceptor – Tutor – Coordenação – Comunidade. Entender a divisão das atividades do residente no serviço irá se relacionar diretamente com a própria atuação do preceptor, então isso revela que são necessárias articulações, ou seja, pressupõe uma ação do sujeito (Junior & Ribeiro, 2017).

Para Dejours (2003), é característico do trabalho levar o sujeito à ação, mas a depender do modo como está organizado, pode levar à paralisação dos modos de pensar a atividade e impedir a criação de estratégias de enfrentamento do sofrimento. Para o autor (2003), a organização do trabalho é a constante relação social entre os que organizam e os que realizam o trabalho; a interrelação entre as prescrições, ou seja, as normas do trabalho, e o real, manifesto pela inventividade do sujeito diante das regras impostas. O trabalho em si, é essa relação entre o prescrito e o real (Dejours, 2012).

Segundo Mendes (2007) é fundamental que a organização do trabalho gere no trabalhador o envolvimento subjetivo para enfrentar a realidade de trabalho. Esse envolvimento também está correlacionado com os pares presentes no cotidiano. Dejours (2004) afirma que é por intermédio do trabalho que os sujeitos podem estabelecer vínculos e refletir sobre sua própria história e ressignificar afetivamente suas ações dentro do ambiente de trabalho. As relações se estabelecem tanto hierarquicamente quanto com seus pares, além da relação que se estabelece com o público-alvo para o qual o trabalho está voltado, no caso da saúde para a comunidade, para o território (Lavnchicha, 2015). Portanto a união entre a organização do trabalho e as relações estabelecidas irão refletir no processo do trabalhar do sujeito, e em saúde, as relações estabelecidas na prática das ações no cotidiano podem favorecer ou dificultar o exercício da atividade.

A partir disso, este artigo se propõe a analisar a formação oferecida por Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e sua relação com a atividade de trabalho na Atenção Básica, levando em consideração a formação acadêmica voltada para a AB e a relação dos residentes com o processo de formação. Entendendo que esse processo é permeado por outros fatores, considera-se os aspectos relativos à organização do trabalho na visão dos residentes e como é estabelecida a relação de trabalho com as equipes de saúde da família que os recebem.

Compreender o lugar ocupado pelos residentes no cotidiano de trabalho com o olhar dirigido aos aspectos subjetivos podem contribuir para identificar os fatores geradores de

sofrimento durante o processo formativo, e potencializar o que já é construído pela prática cotidiana dos residentes.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Participaram da pesquisa 10 residentes de segundo ano de dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da cidade do Recife/PE. Um dos programas é vinculado à uma Instituição de Ensino Superior, e o outro está vinculado à Secretaria de Saúde do Recife – PE. Os participantes são residentes de diversas categorias profissionais, sendo oito deles ligados à equipe NASF e dois à equipe de saúde da família. O critério de inclusão na pesquisa foi estar vinculado ao programa de residência no exercício do segundo ano do processo formativo.

### **Instrumentos de coleta de dados**

A coleta dos dados se deu por meio de entrevistas individuais semiestruturadas compostas por 19 perguntas norteadoras divididas em blocos temáticos. O processo de formação, antes de pertencer à dimensão coletiva, decorre das experiências subjetivas elaboradas por cada residente. O sentido atribuído ao trabalho parte inicialmente das considerações e vivências do residente de maneira particular, e as reflexões realizadas a partir do confronto com a realidade do trabalho diz de uma ação individual, para que assim possa unir-se ao coletivo.

Dejours (1993) destaca que para abordar as dimensões subjetivas não é possível concentrar-se apenas nos aspectos exteriores da atividade, mas considerar as implicações subjetivas de cada trabalhador sobre a vivência com o real do trabalho. Deste modo, é através da palavra, como afirma (Dejours, 1993), seja individual ou coletiva, que possibilita a transformação e as concepções do trabalho, favorecendo a ressignificação da atividade e da formação. Esta pesquisa se propôs a ouvir do residente a sua relação com a formação, e refletir sobre as atitudes diante dos imprevistos impostos pela organização do trabalho.

Não foi possível a realização da pesquisa a partir da proposta metodológica coletiva do Dejours (2011), tendo em vista que se mostrou inviável a reunião desses residentes coletivamente, pois já apresentam carga horária de trabalho e teórica muito extensa (60hs semanais), e não teriam disponibilidade para participar da pesquisa em horários extras. Apesar de não ter sido possível a

realização da metodologia coletiva, privilegiamos a manutenção dessa subjetividade, da percepção do residente trabalhador, acerca da sua atividade.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho ou na IES ao qual o residente estava vinculado. Houve necessidade de adaptações ao local da entrevista tendo em conta a realidade de deslocamento e de atividades exercidas pelos residentes no momento da construção dos dados. As entrevistas foram realizadas em encontro único, iniciando com a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Gravação de Voz (TGV).

### **Procedimentos da Pesquisa**

Inicialmente, a pesquisa foi apresentada aos programas de residência em saúde da família. O projeto foi submetido à análise em ambos os programas, para posteriormente receber a carta de anuência para início da pesquisa. Após esse momento, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba registrado no CAAE: 13506919.8.0000.5187 e parecer aprovado com nº 3.369.030. Posteriormente, foi direcionado aos programas de residência o parecer de aprovação do CEP para iniciar a coleta de dados.

O contato para realização da entrevista se deu pela utilização de aplicativo de mensagens, posterior à reunião de convite à participação da pesquisa. As entrevistas foram realizadas nos locais determinados pelos residentes, alternando entre o serviço de saúde onde estão inseridos, a IES ou em algum ponto que favorecesse a locomoção do residente para realização de suas tarefas cotidianas. A pesquisadora levou o roteiro de entrevista, o qual foi apresentado ao residente antes de seu início, informando a quantidade de perguntas e o assunto que seria abordado. Cada entrevista durou aproximadamente 40min, e estas foram transcritas na íntegra após sua realização.

### **Análise dos dados**

Para a análise das entrevistas utilizou-se a análise a partir dos Núcleos de Sentido proposta por Mendes (2007). Esta metodologia é inspirada na Análise de Conteúdo Categorical de Bardin (1977) e tem como propósito fragmentar o texto em núcleos de sentido com o intuito de produzir, através de conteúdos verbais e/ou escritos, aspectos psicológicos presentes no discurso (Mendes, 2007, p. 45). Deste modo, as entrevistas foram divididas em núcleos que representam tópicos relacionados à formação acadêmica anterior à RMSF; às vivências na organização do trabalho na

RMSF dentro da AB e nas relações estabelecidas com os preceptores durante o período de formação.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados da pesquisa estão organizados em núcleos de sentido, e serão exemplificados a partir do discurso dos residentes entrevistados. Os três primeiros núcleos dizem respeito à formação acadêmica; seguido da discussão sobre as questões que os levaram a escolher a RMSF; e sobre a articulação entre as atividades teóricas e práticas, pensando no suporte teórico-metodológico oferecido pelos programas. Em seguida, o quarto núcleo diz respeito à organização do trabalho dentro do processo formativo proposto pela residência; o quinto núcleo está relacionado às expectativas do serviço de saúde sobre a atuação do residente no cotidiano, e por fim, o núcleo que se refere à relação entre residentes e equipe preceptora no trabalho.

### **Núcleo 1: *“Eu acho que foi muito tarde. Talvez eu pudesse ter entrado na residência com mais bagagem”.***

Este primeiro núcleo de sentido refere-se à trajetória anterior à experiência da residência, e as vivências oportunizadas pelas IES no contexto da AB. Este núcleo propõe caracterizar e analisar os atributos decorrentes da formação acadêmica para os residentes e que reverbera atualmente no processo de formação no contexto da residência. Considera-se que a familiaridade com a AB poderia favorecer a formação do trabalhador, assim como, a relação superficial com este campo poderia gerar incertezas quanto a saúde pública como campo favorável de atuação.

Os residentes apontam que no período referente à graduação, as disciplinas voltadas para a saúde pública eram insuficientes em relação ao conhecimento que eles necessitavam para iniciar uma residência na área em saúde da família. No processo da graduação, a formação nas mais diversas profissões não abordava o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, focando no ensinamento dos aspectos técnicos e respectivos à área clínica, e a saúde pública direcionada para uma disciplina eletiva ou isolada das demais.

*Eu cursei apenas duas disciplinas que eram ligadas a saúde da família (R2 I).*

Em contrapartida, um diferencial apontado por eles, é a visão que a IES possui em relação a atuação dos profissionais dentro da saúde de um modo geral, que termina por favorecer o

aprendizado ampliado, e não somente um saber técnico isolado. Foi abordado pelos residentes que muitas experiências em saúde pública decorreram das vivências de estágio, demonstrando a escolha do próprio estudante em ir para as atividades na comunidade.

*[...] eu vim de uma universidade pública estadual, lá de Alagoas, e lá a gente tem muito contato; esse olhar da equipe multiprofissional, e também no trabalho com a comunidade. (R2 VIII).*

Em relação às profissões, algumas naturalmente são direcionadas para atuar na saúde pública, como é o caso da enfermagem que possui várias disciplinas focadas para a saúde da família. Ainda assim, neste núcleo, as atividades são focadas para as atividades clínicas do enfermeiro, colocando em segundo plano as atividades coletivas e em equipe multiprofissional. Houve também durante o curso, segundo relatos dos participantes, poucos momentos de interação com pessoas que passaram pela experiência da RMSF.

Por outro lado, algumas categorias profissionais presentes e atuantes na AB atualmente, não recebem na graduação oportunidades suficientes para aproximar os estudantes das vivências no campo da saúde, como é o caso da Assistência Social. Isso demonstra que na graduação são favorecidos os espaços que já são instituídos como campos de prática de determinada categoria, valorizando alguns em detrimento de outros.

*Eu sou assistente social, estou no segundo ano da residência, mas que na graduação não tive nenhum contato, nem com Atenção Básica, só com a política de saúde no geral, mas AB não. (R2 II).*

Para os residentes, a visão clínica ambulatorial ainda é o cerne do processo de formação na graduação, o que gera insegurança no momento de decisão pela saúde pública. Mas as experiências exitosas na graduação em saúde pública favorecem a escolha de aprofundar os conhecimentos e vivências nesta área.

Deste modo, diante do contexto apresentado pelos residentes, a formação na graduação em temáticas relacionadas a saúde pública influenciaram na escolha pela RMSF. O contato com o trabalho na realidade da AB despertou o interesse em aprofundar os conhecimentos, não somente teóricos como também práticos. É com essa articulação entre teoria e prática que os programas de

residência propõem a formação de modo a suscitar nos profissionais a interlocução entre as atividades vivenciadas nos serviços de saúde e a teoria referente à saúde da família, buscando trazer ao trabalhador subsídios para a atuação em consonância com os princípios do SUS (Fernandes et al, 2015).

Apesar da graduação proporcionar disciplinas e estágios em saúde pública, continua sendo insuficiente para uma formação de base que dê suporte ao profissional em formação a compreensão das dinâmicas do processo de trabalho na AB. Os estágios são realizados com um distanciamento característico, sem a atuação e participação efetiva no processo de trabalho, tornando o estudante espectador. A formação na RMSF exigirá um posicionamento do residente que não foi estimulado durante a graduação, e isso pode influenciar diretamente na realização das atividades práticas do residente (Mello, 2015).

A reformulação das grades curriculares nos cursos da área da saúde é necessária à medida que o contexto da saúde se transforma. A formação para o trabalho multiprofissional precisa acompanhar a complexidade das demandas de saúde existentes na atualidade, e além disso, proporcionar o trabalho coletivo, sem colocar o conhecimento clínico como absoluto na prática do trabalho (Campelo, 2015).

Assim, apesar da graduação apresentar uma introdução insuficiente no campo da saúde pública, percebe-se que os conceitos gerais abordados, em conjunto com atividades de estágio despertam o interesse e mobilizam o sujeito a aderir às propostas deste modelo de saúde. Por isso, a adesão à RMSF, segundo perspectivas dos residentes, é em favor da manutenção dos conceitos norteadores da AB. A formação do residente precisa apontar para a construção de métodos de cuidado condizentes com as necessidades de saúde do território em que se encontram, para que seja atribuído sentido na presença do residente junto ao serviço de saúde e, conseqüentemente, para que os próprios residentes deem significado ao seu trabalho (Arejano & Martins, 2015).

**Núcleo 2: *“Foi algo que me direcionou a olhar essa questão de trabalhar na comunidade, trabalhar com equipe multiprofissional”.***

Já este núcleo propõe discutir os elementos presentes na AB que levaram os residentes a escolher o programa com ênfase em saúde da família. Hoje, existe uma variedade de programas de residência presentes em todos os níveis de atenção à saúde, porém, mesmo a relação com a AB

durante a graduação ainda ser limitada, existem aspectos que despertam o interesse do graduando em se especializar nesta área.

Os residentes afirmam que escolher a RMSF relaciona-se com a organização do trabalho na qual ela é construída, ou seja, aspectos como trabalhar com a comunidade, dentro de um território, focado em atividades como prevenção e promoção à saúde, e a articulação com outros núcleos de saber. A residência em saúde é vista atualmente como uma experiência que se destaca em relação à outras modalidades de pós-graduação, orientada para formar não somente em teoria, mas principalmente na prática.

*Eu gostava dessa questão da humanização, de alguns conceitos que a saúde coletiva trazia. Aí eu me interessei na parte de saúde da família eu acho que por conta disso, por ser uma coisa generalista. (R2 IV).*

Por isso, a escolha da residência após o término da graduação no âmbito da saúde é cada vez mais frequente. Por outro lado, a pós-graduação *strictu sensu* também aparece como opção dos recém-formados, gerando dúvida no momento de optar pela residência. O interesse em escolher a RMSF está ligado ao seu caráter generalista, buscando observar o sujeito como um todo, e não atentar apenas à visão curativista ou técnica da demanda de saúde.

*[...] senti vontade de fazer residência no SUS porque justamente não fica só no campo da clínica (R2 VII).*

Apesar da experiência na graduação ser limitada em relação à saúde da família, o conhecimento básico levou ao interesse em aprofundar os conceitos relativos à saúde pública, despertando a vontade de especializar-se nessa área.

*[...] eu sempre simpatizei com a saúde pública e assim que eu me formei, o meu principal objetivo era entrar em uma residência. (R2 X).*

Diferenciando-se dos outros níveis de atenção, a AB é reconhecida por abranger e acolher diferentes necessidades de saúde com baixo nível de complexidade e sendo porta de entrada para os cuidados da população. Como diz Fertoni, Pires, Biff e Scherer (2015), por seu caráter generalista, a AB não atua com enfoque no processo reabilitação, mas trabalha e prioriza atividades preventivas e de promoção à saúde, entendendo que o território é dinâmico e multifatorial, por isso,

é atravessado por eixos que não se relacionam somente com a saúde, mas com saneamento básico, alimentação, trabalho, lazer, entre outros. É na AB que se viabiliza uma nova postura diante da concepção de saúde, compreendendo que é na interrelação desses fatores que irá condicionar e determinar o estado de saúde da população.

Deste modo, os residentes são atraídos pela possibilidade de trabalhar com a potência transformadora presente no território, irrestrita às quatro paredes do consultório e considerando principalmente a coparticipação dos sujeitos no processo de cuidado, traçando uma linha de cuidado horizontalizada, sem desenvolver uma relação de poder entre o saber acadêmico e o saber da comunidade. Esses aspectos são fundamentais no processo de escolha pela especialização em saúde da família.

A residência favorece o desenvolvimento de habilidades necessárias para o trabalho, mas também proporciona a conscientização sobre o modelo de atenção no qual estão inseridos, entendendo as propostas de atuação voltadas para a comunidade. Para aqueles que escolheram a AB sem ter minimamente o conhecimento sobre a dinâmica de trabalho, pode ser fator de sofrimento. Do mesmo modo, tendo a experiência e entendendo os ideais propostos, perceber as dificuldades existentes e se ver impotente diante da realidade, pode também desfavorecer no processo formativo e incidir negativamente sobre a subjetividade do residente.

**Núcleo 3: *“Ela tem, só que eu acho que é meio que insuficiente. [...] eu acho que faltam disciplinas que façam esse elo, entre a teoria da saúde da família e a prática.”***

Com este núcleo, pretende-se discutir sobre a articulação teoria/prática a partir das experiências dos residentes e do suporte teórico-metodológico oferecido pelos programas viabilizando o diálogo entre as disciplinas ofertadas e as ações e situações de trabalho concernentes à AB. Os programas de residência são responsáveis pelo embasamento teórico necessário para auxiliar o residente na articulação com as atividades cotidianas e contribuir nas ações planejadas em conjunto com as equipes de saúde.

Para os residentes, os programas de residência oferecem suporte teórico-prático, porém existem mais ressalvas com relação às atividades teóricas. As disciplinas elaboradas proporcionam a construção do conhecimento necessário para a atuação na saúde da família, mas surgem dificuldades como a repetitividade em relação à algumas temáticas, a condução das disciplinas,

que muitas vezes ficam com a responsabilidade de alguém que não possui aproximação com o que está sendo discutido.

*“Ela tem, só que eu acho que é meio que insuficiente. [...] eu acho que faltam disciplinas que façam esse elo, entre a teoria da saúde da família e a prática”. (R2 VI).*

As disciplinas podem estar relacionadas com alguém do contexto acadêmico, ou com a participação de um trabalhador da AB que esteja relacionado com o conteúdo específico. Isso mostra que o conhecimento não precisa necessariamente estar vinculado à uma IES, embora seja importante, contudo considerar as experiências dos próprios trabalhadores inseridos no cotidiano de trabalho é essencial. Outra questão levantada pelos residentes, foi a articulação entre a teoria e a prática, visto que muitas vezes a disciplina não está articulada com as vivências dentro do território.

*“Eu acho que a gente tem um abismo quando se trata dos preceptores e dos tutores da residência; [...] aproximar uma discussão teórica, acadêmica do que está mais fresco assim do que está dentro de discussão de saúde pública com a prática”. (R2 IX).*

Por fim, discutiram sobre o tempo necessário para dedicação aos estudos relacionados aos conteúdos teóricos. Com uma carga horária de 60h/semanais, cumpridas entre atividades práticas e as aulas, não sobram momentos de estudo que poderiam favorecer a apropriação dos conteúdos.

*“Acho, eu acho que dá, a questão é a gente ter tempo [...] para me dedicar, para ler, para estudar e conseguir aproveitar ao máximo”. (R2 VII).*

Diante do exposto, é possível perceber que existem normas inerentes ao processo de formação na residência que inviabilizam o aprofundamento nos conteúdos teóricos e até mesmo dificultam a possibilidade de articular teoria e prática. Sem o tempo hábil para dedicação aos estudos e pesquisas no campo da AB, corre-se o risco de reproduzir a lógica atual instituída do trabalho. Isso se evidencia na carga horária de 60h/semanais cumprida pelos residentes. São 40h dedicadas ao serviço de saúde, e 20h destinadas às aulas e construção do trabalho de conclusão da residência.

Para Campos (2019), a alta carga horária, intensifica o trabalho dos residentes, trazendo impactos na saúde do residente, e propõe repensar o processo de qualificação e não precarizar o trabalho em nome da formação. O excesso de horas nas residências já é discussão em diversos espaços, principalmente no coletivo de residentes. Como refere Knuth (2017) os debates sobre a diminuição na carga horária giram em torno de alguns aspectos que envolvem o comprometimento da efetividade da formação, uma vez que diminuiria o tempo dos residentes no campo de trabalho, necessitaria rever a oferta das disciplinas, assim como reajustes no valor das bolsas oferecidas pelos órgãos federais.

Isso leva a questionar se o processo de residência está realmente voltado à formação de recursos humanos para atuar na saúde, ou se hoje os residentes representam uma categoria de trabalhador da saúde não instituída. O ensino em serviço pressupõe o acompanhamento direto por parte dos programas e dos preceptores e tutores, respeitando a autonomia e a subjetividade de cada residente, entendendo que são profissionais formados e capacitados para contribuir no cotidiano. Contudo não se tornam responsáveis pelas atribuições e demandas das equipes de saúde, evidenciando mais uma vez a possibilidade de precarização, não somente do trabalho dos residentes, mas o trabalho em saúde em si.

A articulação teórico-prática irá dar subsídios para os residentes construir os planos de ação dentro do território. Pensar na relação entre serviço de saúde e IES é fundamental para que a RMS seja efetiva em sua proposta de formação. Para Mello (2016) o papel de preceptores e tutores na residência é fomentar uma atitude autônoma frente as adversidades do trabalho, e além disso, contribuir para a ampliação acadêmica das discussões sobre a saúde pública.

Porém, para Knuth (2015) a proximidade entre preceptores e tutores é marcada por uma relação fragilizada, e que influencia no processo formativo dos residentes. Os docentes das IES estão por vezes distantes das atividades práticas dos residentes, resumindo sua presença à construção do produto final exigido pela residência ou ao curso das disciplinas. Esse distanciamento contribui para a dificuldade dos residentes em relacionar os conteúdos teóricos com as atividades práticas, podendo gerar uma descontinuidade no processo formativo (Mello, 2016).

Por outro lado, é comum a valorização dos aspectos práticos em detrimento das atividades teóricas. Nesse sentido, “a residência pode propiciar uma visão limitada da atuação dentro do SUS, observando-o apenas como campo de trabalho e não espaço de qualificação para atuar na saúde pública” (Campos, 2019, p. 07). Com a valorização da atividade prática em relação às demais,

dificulta a participação dos residentes em outros espaços de discussão importantes para o processo de formação, como a participação nos debates sobre a Reforma Sanitária na atualidade e a presença em espaços de controle social. O fortalecimento dos vínculos entre preceptor-residente-tutor pode proporcionar o avanço no modelo de formação e favorecer a aproximação desses atores no objetivo comum de potencializar o SUS.

**Núcleo 4: “*Que eu vejo que minha rotina de trabalho na saúde da família não é aquilo que eu via no papel*”.**

Este núcleo refere-se as percepções de cada residente a respeito de suas contribuições para o trabalho na AB e os aspectos, positivos ou negativos, que perpassam as ações construídas por eles. Além disso, segundo relato dos residentes, as relações com as equipes de saúde possuem características distintas quando comparadas entre equipes NASF e equipe de saúde da família. A aproximação com as equipes de saúde é fundamental para o residente sentir-se pertencente ao contexto de trabalho. Por fim, os residentes tomam como base de trabalho as diretrizes e princípios norteadores das ações em saúde na AB, porém, no decorrer do cotidiano percebe-se que as atividades reais de trabalho muitas vezes distanciam-se das propostas ideais, levando trabalhadores e residentes a lançar mão de estratégias que consigam minimizar as demandas ocorridas no campo.

No que se refere a atividade de trabalho deles, observa-se dois eixos principais: a relação com as equipes e com outros residentes e a questão estrutural dos serviços de saúde. Em relação à primeira, é muito central para o trabalho do residente o tipo de relação estabelecida com a equipe de saúde, pois é através dela que serão direcionados as ações e atividades realizadas por eles.

Os residentes relatam que existe uma facilidade maior em trabalhar com a equipe NASF, já que o número de trabalhadores componentes da equipe é maior em relação à equipe básica de SF. Isso também acontece entre os residentes, já que os residentes que compõem a equipe NASF são mais próximos em relação à equipe básica. Isso aponta como característica do processo de trabalho na AB, uma vez que a equipe NASF dispõe de um número e variedade de profissionais maior, diferentemente das equipes de saúde da família.

*“O ambiente de trabalho em si eu gosto muito. Eu acho que o NASF que eu estou [...] sempre estimulando a independência da gente; nas estratégias, nas equipes da ESF aí já é um pouco mais dificultoso”. (R2 VI).*

Em relação à questão estrutural, em muitas situações o serviço de saúde não tem suporte para receber uma quantidade maior de residentes. A presença deles modifica o cotidiano de trabalho e exige adaptações por parte das equipes para que eles sejam absorvidos no serviço.

Foi suscitado por eles que existe uma discrepância na atividade de trabalho observado pela experiência das próprias equipes de saúde, fazendo com que os residentes reproduzissem o trabalho centralizado nas demandas mais curativistas. Apesar dessas considerações, o ambiente de trabalho é tido como algo positivo e propicia o diálogo.

*“Vê só a questão estrutural, eu acho assim, que é um pouco defasada, podia ter mais coisas. No começo quando os residentes, no geral, chegaram na unidade foi um pouco difícil. [...] existia uma resistência muito grande principalmente pelos agentes de saúde (ACS) ”. (R2 IV).*

Diante disso, é fato que o ambiente de trabalho exerce influência no processo de formação, e entender as suas dinâmicas no cotidiano dos residentes pode favorecer o entendimento do processo de trabalho. Os residentes quando são inseridos nas equipes dos serviços de saúde, passam a compartilhar com seus preceptores as mesmas dificuldades pertinentes ao sistema de saúde. Para entender algumas das características presentes no cotidiano do trabalho dos residentes, é preciso adentrar na realidade dos serviços de saúde e como o trabalho está estruturado, abordando aspectos objetivos e subjetivos. Para isso, a Psicodinâmica do Trabalho irá contribuir para a compreensão da atividade dos residentes no cotidiano de trabalho.

Segundo Lancman e Uchida (2003, p. 87) “a organização do trabalho é uma relação social, é um compromisso entre os objetivos e prescrições e as dificuldades reais para a realização do trabalho”. Neste sentido, a organização do trabalho se apresenta como um processo dialético entre o que é prescrito para a realização da atividade, sejam normas e técnicas, e o que é possível ser realizado pelo sujeito para execução do trabalho. Esse movimento do trabalhador de adaptação das normas para a possibilidade de manifestação da criatividade para a realização da tarefa traz angústia, mas torna-se inevitável, uma vez que é impossível manter-se preso inteiramente às regras (Dejours, 2012).

A organização do trabalho dos residentes é caracterizada pelo compartilhamento de experiências com a equipe preceptora sendo participantes ativos da dinâmica de trabalho do território. Para Dejours (1994) a organização do trabalho tem como características principais duas

divisões: a do trabalho e a dos homens. A divisão do trabalho é referente às tarefas exercidas, às normatizações e regras próprias do trabalho.

Sendo assim, na residência as tarefas são divididas de acordo com o núcleo de cada profissional e favorecendo a integração entre esses núcleos, representando a multiprofissionalidade. Para Evangelista (2016, p. 78) “o processo de trabalho dos residentes é organizado de forma que existam momentos agendados para a realização do planejamento das atividades a serem desenvolvidas o que fortalece a presença no planejamento no processo formativo”, e isso pode promover o protagonismo do residente no seu processo de formação.

Assim como é estabelecida a participação dos residentes nas atividades coletivas junto aos seus preceptores, contribuindo para o aprendizado no planejamento das ações comunitárias, sempre presentes na AB. Com isso, todo o trabalho dos residentes estará em torno das prescrições presentes na AB, respeitando as diretrizes que norteiam o sistema de saúde. Os próprios princípios do SUS como a integralidade, a universalidade e equidade são prescrições que orientam o trabalho na atenção primária.

Com o objetivo de apropriar o trabalho, o residente busca adaptar-se às prescrições da organização, seguindo-as, dadas tanto pela coordenação do programa quanto pelos preceptores no serviço. Por isso, o modo como cada residente irá enfrentar o cotidiano, implica a ação da subjetividade no trabalho. A organização do trabalho irá incidir no funcionamento psíquico do sujeito, uma vez que “a divisão das tarefas e o modo operatório incitam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de homens solicita sobretudo as relações entre pessoas e mobiliza os investimentos afetivos” (Dejours & Abdoucheli, 1994, p. 123).

**Núcleo 5: “De uma forma geral acho que todo mundo espera que a gente possa somar no serviço, contribuindo no processo de trabalho de uma forma geral. [...] que seja mais um braço na equipe para dar conta das coisas, e acho que essa postura cooperativa mesmo de dividir e partilhar as coisas”.**

Objetiva-se com este núcleo, destacar as expectativas colocadas pelas equipes de saúde na presença e contribuição dos residentes para o trabalho, levando em consideração os papéis atribuídos a eles no cotidiano. O desenvolvimento de uma visão crítica sobre o trabalho na saúde é incentivado dentro dos programas, porém, a prática do serviço dificulta a formação do trabalhador

em uma perspectiva ampliada, e muitas vezes, leva os residentes a adentrarem na lógica assistencial.

A partir do relato dos residentes, eles percebem que as equipes de saúde consideram importante para eles o desenvolvimento do senso ético e crítico diante da atuação dentro da saúde pública. O comprometimento com as ações e a participação ativa é algo que os residentes se sentem impelidos a desenvolver.

A construção das atividades e atuação no cotidiano do trabalho são reflexo das expectativas que os residentes observam nos seus respectivos preceptores. Por outro lado, os residentes consideram que a presença deles está ligada à tentativa das equipes de conseguir cumprir as atividades e suprir as demandas do território. Isso gera um sentimento de frustração, pois o processo de formação torna-se cansativo e entra na lógica de produção no qual os profissionais já estão inseridos. A presença do residente poderia significar outros modos de fazer saúde, mas acabam por serem absorvidos pelas demandas do território e da própria equipe de saúde, como expresso nas falas a seguir:

*“[...] eu observo que a gente está ali meio que para pegar um fluxo, um fluxo e diminuir demanda dos preceptores que estão sobrecarregados. Eu observo em muitos pontos que os preceptores acabam não enxergando a equipe de residentes como profissionais”. (R2 I).*

*“[...] de uma forma geral acho que todo mundo espera que a gente possa somar no serviço, contribuindo no processo de trabalho de uma forma geral. [...] que seja mais um braço na equipe para dar conta das coisas, e acho que essa postura cooperativa mesmo de dividir e partilhar as coisas”. (R2 VII).*

*“Esperam que eu consiga agregar, consiga fortalecer mesmo essa questão do atendimento na AB. [...] de ser uma profissional que entende esses princípios, que pratique esses princípios no território”. (R2 V).*

Entende-se o processo formativo na AB por meio dos programas de residências como um meio alternativo de renovar o modo como se concebe o trabalho na AB, emergindo novas possibilidades de atuação mediante a participação ativa de atores presentes no contexto acadêmico,

constantemente inseridos nas pesquisas e estudos na área da saúde pública, sendo ponte articuladora entre os trabalhadores da saúde e as contribuições teóricas que podem auxiliar na reflexão das atuações no cotidiano.

Porém, a dinâmica produtivista cada vez mais presente no contexto da saúde, que prioriza as práticas técnico-assistenciais, em detrimento das ações coletivas e preventivas, assim como valorizar a quantidade de atendimentos em relação à qualidade. Tudo isso já faz parte do processo de trabalho daqueles que compõem as equipes de saúde, e os residentes, que levam propostas alternativas, muitas vezes se veem em posição de conflito por apresentar novos sentidos às ações por muito tempo cristalizadas nos serviços de saúde.

Desta maneira, ao longo do processo formativo, os residentes entram na lógica dos trabalhadores, que por sua vez, também são compelidos a responder com efetividade as demandas impostas pelo contexto de trabalho. A residência tem a possibilidade de contribuir para a mudança do processo de trabalho, mas sem uma transformação paradigmática profunda nos modos de atuação na AB, serão apenas mais trabalhadores desgastados pela lógica assistencial-produtivista.

**Núcleo 6: “Em geral é uma relação boa assim, a gente nunca teve nenhum conflito; [...], mas ao mesmo tempo a gente vê que os conflitos estão muito por ‘debaixo do tapete’”.**

Por fim, neste núcleo pretende-se refletir sobre os impactos da relação entre preceptores e residentes e sua influência no processo de formação e nas atividades de trabalho. A figura do preceptor é parte importante na constituição do trabalhador da saúde, contribuindo para as mudanças nas atividades práticas e na possibilidade de repensar os moldes atuais de trabalho na saúde. Do mesmo modo, uma relação divergente ou até mesmo ausente do preceptor, pode reverberar negativamente no processo diário de trabalho e na própria percepção do residente sobre a sua formação no campo da AB e as implicações subjetivas inerentes à relação estabelecida entre residentes e preceptores.

Desta maneira, os residentes apresentam a relação com a preceptoria nos serviços de saúde com ambiguidade. Ao mesmo tempo que caracterizam a relação boa, existem situações do cotidiano que tornam a relação conflituosa.

A equipe NASF-preceptora possui uma relação mais estabelecida com a equipe NASF-residentes. Por sua vez, os residentes da equipe básica apresentam melhor relacionamento com seus

preceptores diretos. Os residentes afirmam que é nítida a divisão entre os residentes de equipe básica e NASF, apesar de haver um relacionamento enquanto coletivo, principalmente quando estão envolvidos em atividades teóricas. Mas na atividade de trabalho, a relação reproduz a distância existente entre NASF e equipe básica.

*“A gente consegue se articular a partir das reuniões do NASF; [...] é difícil até entrar em contato com outros residentes que não são do NASF; [...] a gente vai vendo muitos empecilhos porque eles ficam muito no quadradinho deles, sabe, minha opinião”. (R2 VI).*

Outra característica importante destacada é a necessidade da comunicação. Preceptores e residentes compartilham os mesmos espaços e o diálogo pode favorecer ou prejudicar a atuação dos residentes. A relação de autoridade ou de parceira com os preceptores também define o posicionamento que o residente pode ter dentro do serviço de saúde.

*“[...] de uma forma mais geral, é uma relação boa, eu acho que o que falta aprimorar; [...] é a comunicação mesmo, é a forma de se comunicar, de se expressar com o outro, as vezes fica um pouco a desejar”. (R2 X).*

Diante das relações estabelecidas entre residentes e preceptores, é possível traçar um eixo de discussão proposto por Dejours (1994) referente as divisões estabelecidas pela organização do trabalho que demarcam as ações e comportamentos no contexto de trabalho. Segundo o autor, existem dois tipos de divisões presentes na relação de trabalho, sendo elas a divisão dos homens e a divisão dos homens e a divisão das tarefas. A divisão de homens descrita por Dejours (1994) refere-se à hierarquia, à responsabilidade nas ações.

Dentro dos serviços de saúde existe uma estrutura que rege o funcionamento do trabalho, e os residentes, respondem diretamente ao seu preceptor responsável por monitorar suas atividades, presença, engajamento nas atividades propostas. É com essa estruturação que a atividade de trabalho dos residentes se dá no cotidiano, observando o trabalho de seus preceptores, buscando estratégias para criar seus próprios modos de atuação no contexto dos serviços.

Para que houvesse uma mudança nos moldes do processo formativo, um dos elementos a serem considerados é o modo como as equipes se articulam, uma vez que compartilham o mesmo

território e as mesmas demandas, e com variados pontos de vista seria possível ampliar a oferta do cuidado.

Nessa perspectiva das relações sociais estabelecidas no trabalho, os preceptores têm papel fundamental no processo formativo, assim como foi descrito pelos residentes.

Os profissionais preceptores, são aqueles responsáveis por acompanhar e supervisionar o residente dentro do contexto de trabalho durante o processo de formação. À priori, deve ser da mesma categoria profissional do residente - com titulação mínima de especialista - para que haja um diálogo entre os profissionais com o intuito de favorecer o aprendizado referente ao núcleo de saber. Contudo, para atividades de caráter coletivo, o preceptor pode ser de qualquer categoria profissional, desde que oriente o residente nas atividades práticas. Sem a presença desses profissionais, a RMS não pode ser implantada (Silva, 2017).

Esta relação de poder estabelecida entre residentes e preceptores aparece muitas vezes de forma velada no cotidiano de trabalho. As contribuições dos residentes são levadas em consideração com cautela por parte dos preceptores, enxergando o processo formativo como um estágio no serviço de saúde. As compreensões dos preceptores sobre a proposta da residência dificultam a inserção dos residentes no cotidiano do trabalho, gerando conflitos que podem ficar ocultos, mas que se alguma forma se revelam na atividade de trabalho dos residentes.

*“É isso assim, é boa na aparência, mas tem muitos conflitos não ditos. [...] a gente meio que se recolhe assim, e reclama entre a gente, entre os residentes; [...] a gente sabe que existe uma cobrança, a gente sabe que isso vem de formas que a gente não tem acesso”. (R2 IX).*

A supervisão dada pelos preceptores no cotidiano, conforme Caputo, Silva e Tristão (2019) é fundamental para que o processo de formação ocorra de forma a qualificar o residente no trabalho em saúde, por meio da problematização das situações de trabalho, trazendo o residente como sujeito integrante deste processo. Ao mesmo tempo que, segundo as mesmas autoras, os preceptores não são formados para receber residentes na prática do trabalho e o processo de supervisão perde-se durante a rotina.

Entender as nuances da relação entre residentes e preceptores favorece a compreensão do processo de formação, mas também da ação que esses atores exercem na subjetividade dos residentes. Para Silva e Moreira (2019, p. 164) “sem uma preceptoria adequada, os residentes

podem se sentir desamparados em sua prática, o que provoca sentimentos de desilusão quanto ao trabalho na saúde pública”. Quando se trabalha coletivamente, existe uma mobilização subjetiva que sobrepõe a necessidade do coletivo em detrimento das aspirações individuais.

De acordo com Dejours (2004), o engajamento da subjetividade se dá a partir da experiência do trabalhar, na medida em que se relaciona com seus pares, com sua chefia, com seu território, no caso específico da saúde. É na relação social que o sujeito observa sua própria história, e assim, possibilita a transformação de si. As relações obedecem à uma lógica dialética, entendendo a influência que outros podem exercer na subjetividade (Lavnchicha, 2015).

Assim, a relação social estabelecida na residência conta com uma rede de sujeitos capazes de ampliar não somente o processo de formação do trabalhador da saúde, como também na constituição subjetiva dos residentes, influenciando no modo como estes passarão a observar o trabalho em saúde, e seus modos de atuação dentro do programa.

A subjetividade é submetida aos interesses do grupo, ou seja, o sujeito renuncia seus desejos e individualidade em benefício do trabalho coletivo. Esta renúncia, porém, é recompensada quando há o reconhecimento, validada socialmente, diante das atitudes do sujeito em favor do trabalho, pois sem a constatação coletiva, as ações do sujeito perdem o sentido (Dejours & Abdoucheli, 1994).

Os residentes vivenciam limitações no cotidiano de trabalho que se relacionam principalmente à percepção de si dentro da dinâmica e da organização do trabalho. Sentir-se parte da equipe é fundamental para que o residente se engaje nas atividades exercidas diariamente. Esse pertencimento parte do olhar do preceptor sobre a presença atuante do residente, e quando isso não ocorre, afeta-se o sentido de contribuição para o trabalho, levando o residente a tomar posturas que não gerem sofrimento em confronto com esta realidade.

O reconhecimento é importante pois desperta no sujeito o sentimento de pertença ao coletivo. Por outro lado, quando o reconhecimento advém dos pares, ele ganha um caráter estético, de beleza, e isso só pode vir de quem conhece o trabalho, considerando todas as particularidades envolvidas no trabalho e para a realização dele. Partindo da perspectiva dos residentes, sentir-se reconhecidos pelos pares e pela hierarquia, fortalece o engajamento subjetivo no exercício da tarefa e os vínculos no cotidiano de trabalho.

Por isso, Dejours (2012b, p. 39) destaca que o reconhecimento é uma retribuição simbólica ou até mesmo moral por parte do grupo em relação ao trabalho do sujeito. Ele pode vir de duas

maneiras: através da hierarquia, no sentido verticalizado; e pelos pares, no sentido horizontal das relações. Quando ligado à hierarquia, o reconhecimento tem um sentido de utilidade, na medida em que o trabalho é considerado útil para o todo, reconhecendo a contribuição das ações do sujeito. Por isso, na medida em que preceptores e residentes se relacionam, o sentido do reconhecimento se faz necessário para a formação do trabalhador da saúde na medida em que se estabelece uma relação identitária, em que o sujeito confere à sua identidade o julgamento atribuído ao seu trabalho, e isso pode favorecer a permanência dos residentes no âmbito da saúde após o término da residência.

Do mesmo modo, o engajamento subjetivo no trabalho necessita do reconhecimento advindo das relações estabelecidas com o coletivo. Por isso, a visibilidade do trabalhar, da ação do sujeito, somente passa à subjetividade após o reconhecimento da ação em si (Dejours, 2004).

O reconhecimento do coletivo de residentes também influi na compreensão do papel do residente na equipe de saúde. Quando os residentes percebem a participação ativa dos pares nas ações e atividades de trabalho, é dado um sentido ao processo de formação, entendendo que a colaboração insere o residente na lógica do ensino em serviço, tentando articular teoria e prática. As ideias expostas e agregadas à organização do trabalho das equipes, ganham sentido e refletem positivamente sob a subjetividade, esta que primeiro foi acionada para revelar a criatividade diante das prescrições do trabalho na AB.

A relação estabelecida com os preceptores, representados pela hierarquia, é fundamental para que o residente consiga atribuir sentido à sua presença dentro dos serviços de saúde. O afastamento dos preceptores e a falta de comunicação entre preceptores e residentes pode gerar sofrimento, levando muitas vezes à desistência do programa (Silva et al, 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As Residências Multiprofissionais em Saúde apresentam uma potencialidade no que diz respeito a formação de recursos humanos para atuação no SUS. Trabalhar na saúde pública exige do profissional atitudes e posturas que não são passadas durante a formação acadêmica no nível de graduação. As IES passam por reformulações em suas grades curriculares, para que possa favorecer desde a formação inicial em saúde, o olhar voltado para a atuação em equipe multiprofissional, ampliação do cuidado voltado para ações de promoção e prevenção, saindo da lógica

assistencialista que por muito tempo serviu como modelo de saúde adotado em grande parte dos serviços.

Discutir sobre a formação nas RMS permite a discussão em dois aspectos, tanto em relação à formação do trabalhador da saúde quanto no sentido atribuído ao trabalho em saúde e suas implicações no sujeito trabalhador. Por isso, entender as nuances próprias da atuação em saúde pode contribuir para que a formação não seja limitada apenas ao saber técnico, mas propicie discutir sobre os impactos produzidos pelo trabalho na subjetividade, buscando compreender os fatores que podem levar ao adoecimento, tão frequentes neste campo de atuação.

As RMS são atravessadas por variadas instituições, como as IES responsáveis pela dimensão teórica; os serviços de saúde representados pelas secretarias de saúde do município no qual o programa está inserido; assim como a coordenação do programa, contando com múltiplos atores envolvidos no processo de formação. Em meio a tantas intervenções, os residentes necessitam expressar suas contribuições e anseios referentes à sua caminhada profissional.

Deste modo, recorrer a fala dos residentes pode contribuir para o entendimento da lógica do trabalho em saúde na atualidade, e revelar a possibilidade de mudanças no modelo de formação, revertendo o sentido de produtividade, e voltando-se para a subjetividade do trabalhador. A organização do trabalho do residente diferencia-se das demais na medida em que as atividades são exercidas em diferentes contextos, não só referente ao território, mas também ao ambiente acadêmico.

Com uma carga horária excessiva, os residentes apresentam dificuldades em relacionar a teoria com a prática, primeiro em decorrência da abordagem dos conteúdos teóricos; segundo porque falta-lhes qualidade de tempo para estudos e produções acadêmicas, exigidas e necessárias para o avanço científico nesta área.

Para tanto, os residentes são importantes atores na mudança dos processos de trabalho, particularmente na Atenção Básica. A chegada dos residentes nos serviços de saúde provoca mudanças; mobilizam as equipes a olharem para o contexto de trabalho por diferentes ângulos, podendo representar um sopro inspirador diante de uma rotina de trabalho há muito engessada, demonstrando a potencialidade criativa que eles podem exercer no processo de formação e no trabalho junto aos trabalhadores. Por outro lado, o contexto de trabalho pode sufocar as intenções transformadoras dos residentes, e por sua vez, acabam adentrando na dinâmica de trabalho, reprimindo não só a prática de trabalho como também a subjetividade.

Por isso, é necessário discutir não só o papel dos preceptores no processo de formação dos residentes, mas convidar as IES à estreitarem o diálogo com o setor da saúde pública para que a formação seja ampliada, sem colocar a prática em detrimento da teoria, e vice e versa. A contribuição dos residentes nos serviços de saúde tem potencial para ampliar o cuidado dentro das comunidades, entendendo que a atividade é voltada para formação em serviço, favorecendo o desenvolvimento subjetivo e prático no reconhecimento do seu fazer no cotidiano.

Portanto, os residentes são fontes das quais podemos absorver variadas estratégias que possam renovar o trabalho em saúde, assim como promover a mudança da perspectiva voltada apenas para os serviços de saúde, buscando compreender o trabalhador em sua subjetividade e as influências destas nas práticas cotidianas.

## REFERÊNCIAS

- Abib, L.T & Kuhn, G.F. (2017). Trajetórias das Residências Multiprofissionais em Saúde no contexto da saúde coletiva. In: Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde. (orgs) Knuth, A.G; Arejano, C.B & Martins, S.R. (2017).
- Arejano, C.B & Martins, S.R.(2017). Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contextualizando as transformações no campo da pedagogia da formação. In: Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde. (orgs) Knuth, A.G; Arejano, C.B & Martins, S.R. (2017).
- Brasil. (2005). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens-ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude-CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Campelo, G.O. (2015). A residência multiprofissional em saúde da família: revelando sentidos dos profissionais egressos.
- Campos, E. A. (2019). Residência multiprofissional em saúde: qualificação ou precarização da formação em saúde?. In *Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019* (Vol. 16, No. 1).
- Caputo, L. R., da Silva, P. C., & Tristão, V. D. A. C. (2019). Tutoria e Preceptoria de Residência Multiprofissional em Saúde: análises do Serviço Social. *Libertas*, 19(02), 498-512. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27134/19922>

- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Ruiz-Moreno, L. (2015). Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 40(3). Recuperado de <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/800/695>
- da Costa Brasil, C., de Oliveira, P. R. S., & de Moraes Vasconcelos, A. P. S. (2017). Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. *SANARE-Revista de políticas Públicas*, 16(1). <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1095/606>
- de Araújo Santos, R. C., & de Miranda, F. A. N. (2016). Articulação ensino-serviço na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Revista de APS*, 19(1).
- de Araújo Santos, R. C., & de Miranda, F. A. N. (2016). Articulação ensino-serviço na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Revista de APS*, 19(1). <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15564>
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista produção*, 14(3), 27-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>
- Dejours, C. (2012). Trabalho vivo: sexualidade e trabalho. *Brasília: Paralelo*, 15, 440.
- Dejours, C. (2012). Trabalho vivo: trabalho e emancipação. *Brasília: Paralelo*, 15, 440.
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 119-145. [https://www.researchgate.net/profile/Christophe\\_Dejours/publication/268349248\\_Itinerario\\_teorico\\_em\\_psicopatologia\\_do\\_trabalho/links/54b857550cf269d8cbf6cbde.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christophe_Dejours/publication/268349248_Itinerario_teorico_em_psicopatologia_do_trabalho/links/54b857550cf269d8cbf6cbde.pdf)
- Dejours, C., Dessors, D., & Desrioux, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Rev. adm. empres*, 98-104. <http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3.pdf> Traduzido por: Betiol, M.I.S.
- Domingos, C. M., Nunes, E. D. F. P. D., & Carvalho, B. G. (2015). Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 1221-1232. <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180142194018.pdf>
- Evangelista, S. C., Machado, L. D. S., Tamboril, A. C. R., Moreira, M. R. C., Viana, M. C. A., & Machado, M. D. F. A. S. (2017). Percurso das ações de promoção da saúde na residência multiprofissional: Análise à luz de um referencial europeu. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 10(4), 69-82. <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2291>
- Fernandes MNS, Beck CLC, Weiller TH, Coelho APF, Prestes FC, Donaduzzi DSS. (2017)
- Garcia, A.C.P; Lima, R.C.D; Freitas, P.S.S; Fachetti, T & Andrade, M.A.C. (2015). O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. *Rev Epidemiol Control Infect.* 2015;5(1):31-36. <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/5314/4127>

- Honda, K., & Chirelli, M. Q. (2015). Residência Multiprofissional em Saúde: formação com metodologias ativas de ensino-aprendizagem. *Indagatio Didactica*, 7(3), 49-61. <https://proa.ua.pt/index.php/id/article/view/2836>
- Junior, N. S. R., & dos Santos Ribeiro, C. V. (2018). Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(3), 193-215. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1953>
- Lancman, S., & Uchida, S. (2003). Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, 79-90.
- Lavnchicha, G. D. S. (2015). A clínica psicodinâmica do trabalho: teoria e método. *Khóra: Revista Transdisciplinar*, 2(2), 1-17.
- Lucena, C. M. F., Rodrigues, F. J., Lucena, P. L. C., de Oliveira Marques, C. C., & Adolfo, A. A. P. Análise da formação pós-graduada em moldes de residência multiprofissional sob a ótica de preceptores/tutores e residentes.
- Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A., & Reis, A. A. C. D. (2016). A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 327-338. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>.
- Mello, A. D. L. (2016). Integração ensino-serviço na formação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva do docente.
- Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Knuth, A.G (2017). As Residências Multiprofissionais em Saúde como movimento social e pela saúde pública. In *Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em Saúde*. (orgs) Knuth, A.G; Arejano, C.B & Martins, S.R. (2017).
- Noronha, J. C.; Lima, L. D.; Machado, C. V. (2008) O Sistema Único de Saúde: SUS. In: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 365-394.
- Satisfação e insatisfação de residentes multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação. *Rev baiana enferm*. 2017;31(3):e18344. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32037>
- Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21(1), 200-209.
- Silva, R. M. B. D., & Moreira, S. D. N. T. (2019). Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. *Revista Brasileira de*

*Educação Médica*, 43(4), 157-166. <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n4/1981-5271-rbem-43-4-0157.pdf>

Silva, V. C. D. (2017). Os saberes que emergem da prática social do enfermeiro-preceptor na residência multiprofissional em saúde. <http://objdig.ufrj.br/51/teses/850375.pdf>

Steinbach, M. (2015). A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2015 <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/157306>

### 3 ARTIGO II

#### **Análise das relações sujeito-trabalho para residentes em saúde da família**

**Resumo:** As residências multiprofissionais em saúde da família apresentam como proposta a inserção do profissional residente no processo de trabalho dos serviços de saúde. Com isso, as experiências vivenciadas por eles refletem as dificuldades e potencialidades do trabalho na AB e as consequências do trabalho em saúde na subjetividade do trabalhador. Deste modo, à luz da teoria da Psicodinâmica do Trabalho, este estudo pretendeu analisar a atividade de trabalho dos residentes em saúde da família e a mobilização subjetiva decorrente das vivências de trabalho concomitante ao processo formativo. O método utilizado foi a entrevista individual semiestruturada com 10 residentes em saúde da família. As análises se deram a partir da Análise dos Núcleos de Sentido (ANS). A partir dos resultados, percebe-se que os residentes oscilam entre vivências de prazer e sofrimento durante a formação. As prescrições, tanto do processo de trabalho, quanto do programa de residência, contribuem para os principais imprevistos e dificuldades vivenciados pelos residentes. Além disso, evidenciou-se que as relações de cooperação são estabelecidas no processo de trabalho, mas são influenciadas pelo interesse, diálogo e disponibilidade de residentes e preceptores ao longo do processo de formação.

**Palavras-chave:** Prazer; Sofrimento; Cooperação; Saúde da Família; Trabalho

**Abstract:** The Multiprofessional Health Residencies propose the insertion of the resident professional in the work process of the health services. Thus, the experiences reflect the difficulties and potential of working in primary care and the consequences of health work on the subjectivity of the worker. Thus, from the theory of Psychodynamics of Work, this study aimed to analyze the work activities of residents in family health and the subjective mobilization resulting from work experiences concomitant with the training process. The method used was the semi-structured individual interview with 10 residents and the analyzes took place from the Analysis of the Core of Meaning. From the results, it is clear that residents oscillate between experiences of pleasure and suffering during training. The prescriptions, both in the work process and in the residency program, contribute to the main contingencies and difficulties experienced by residents. In addition, it became evident that cooperative relationships are established in the work process, but are influenced by the interest, dialogue and availability of residents and tutors throughout the training process.

**Keywords:** Pleasure; Suffering; Cooperation; Family Health; Job.

### INTRODUÇÃO

Este estudo tem a proposta de relacionar as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família com as atividades de trabalho exercidos pelos trabalhadores em processo de formação e as implicações que o trabalho exerce sobre a subjetividade no cotidiano. Por isso, tem como objetivo analisar o trabalho dos residentes em saúde da família como via de mobilização subjetiva. Adiante

serão tratadas questões referentes ao trabalho dos residentes nos serviços de saúde e as vivências subjetivas oriundas da relação do residente com seu trabalho.

As Residências Multiprofissionais em Saúde surgiram na década de 1970, em meio as discussões da Reforma Sanitária, como movimento de implementação e fortalecimento da formação dos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, os residentes são chamados à dedicação das práticas de trabalho na AB e contribuir no processo de cuidado no território em ações articuladas com os preceptores responsáveis.

Este modelo de formação profissional baseia-se na interlocução entre teoria e prática que objetiva a aproximação do residente na realidade da AB, tanto em relação às demandas territoriais quanto ao processo de trabalho inerente ao contexto da saúde pública. Com isso, a inserção de novos profissionais no cotidiano dos trabalhadores das equipes apresenta particularidades que serão discutidas a seguir. Entende-se o trabalho como importante elemento na constituição subjetiva. Por isso, situar este aspecto na trajetória formativa proposta pela RMSF pode contribuir não só para as análises do processo de trabalho na AB, mas principalmente para as experiências vividas pelos residentes dentro do contexto de trabalho. A formação precisa abordar aspectos subjetivos, para que o ciclo de adoecimento tão presente no campo da saúde não se repita com os residentes, fazendo-se necessário refletir sobre como o processo de formação está sendo desenvolvido e de que modo está sendo efetivo e cumprindo seu principal propósito de formar trabalhadores para o SUS.

O campo de atuação de residentes em saúde abrange toda a área de cobertura das equipes as quais estão vinculados, sendo incorporados às práticas cotidianas de trabalho, e que irão orientar o caminho da formação dos residentes. A interrelação entre o trabalho no campo da saúde pública e as relações com os trabalhadores permeiam todo o processo formativo, diferenciando os residentes em saúde como um público potencial nos estudos referentes às atividades de trabalho (Rodrigues, 2016).

No Brasil, o modelo de atenção criado para implementar as práticas da APS foi o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, para ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população. Porém, em 2004, transforma-se em Estratégia Saúde da Família (ESF) tornando-se um eixo estruturante da Atenção Básica, focando-se não apenas nos serviços, mas na ampliação da proposta da saúde orientada pelos princípios e diretrizes do SUS (Fertonani et al, 2015).

A proposta da ESF é reorganizar as práticas de saúde articulando ações que atendam as principais queixas levantadas pela comunidade, considerando os princípios e diretrizes norteadores do SUS, e que devem incluir no processo saúde/doença as dimensões subjetivas e sociais dos usuários que utilizam os serviços (Arantes et al, 2016, p. 1500). Trata-se de um modelo assistencial que prioriza o indivíduo e não o processo de adoecimento, implementando práticas que favoreçam o cuidado em saúde de maneira integral, não só assistenciais, mas também de articulação entre outros setores da saúde, como a Vigilância em Saúde e o incentivo de atividades de promoção e prevenção à Saúde (Fertonani et al, 2015).

Em torno desta dinâmica do cuidado estão envolvidos múltiplos atores, contemplando usuários, gestores e trabalhadores que conjuntamente buscam atuar em vista da garantia dos direitos em saúde. Os trabalhadores da saúde estão envolvidos nesta dinâmica como sujeitos articuladores entre as políticas e as práticas de saúde junto à população, além de participar do planejamento e da criação de novas estratégias de saúde para o território (Arantes et al, 2016, p. 1503).

Para entender o processo de trabalho dos residentes na Atenção Básica/Saúde da Família foi utilizada nesta pesquisa a perspectiva de Christophe Dejours, com a teoria da Psicodinâmica do trabalho. No trabalho em saúde existem demandas colocadas aos trabalhadores, sejam elas de gestão das unidades de saúde, de produtividade ou de planejamento de ações. Como dito anteriormente, os profissionais residentes compartilham as atividades no cotidiano com os trabalhadores, mas pelas características da inserção no processo de trabalho e pelo caráter formativo da residência, eles vivenciam o trabalho na AB com outras perspectivas. (Rodrigues, 2016).

O trabalho na ESF requer dos trabalhadores resolutividade às exigências originadas no processo de atuação da AB. A relação entre o que é solicitado e o que é possível ser feito é uma das características do trabalho em saúde, e a teoria dejouriana reflete em conceitos específicos como o prescrito e o real do trabalho. Para Dejours (2012a), trabalhar é justamente preencher a lacuna permanentemente existente entre o prescrito e o real, por meio da gestão e da mobilização dos sujeitos trabalhadores. No campo da saúde o limite entre o real e o prescrito é provado constantemente, uma vez que, diante de tantas demandas, os profissionais precisam ser criativos para apreender todas as exigências que lhes são atribuídas. (Dejours, Lancman & Sznelwar, 2004).

Diante da realidade da inserção de residentes nessa rotina de trabalho, as equipes de saúde podem sentir-se ainda mais sobrecarregadas, podendo a relação entre residentes e equipes ser

comprometida, levando em consideração as novas responsabilidades atribuídas aos trabalhadores em decorrência da introdução dos residentes no território, e também as ações desenvolvidas pelos residentes que trazem um movimento novo ao cotidiano das equipes.

A atuação profissional dos residentes na atenção básica, a relação entre o prescrito e o real do trabalho desses atores perpassa pela interação com os trabalhadores (Fernandes et al, 2015, p.94). Isto posto, a organização do trabalho dos residentes é permeada pela própria organização dos trabalhadores com quem se relacionam e irá refletir nas ações e práticas dos profissionais em formação.

A Psicodinâmica do Trabalho discorre sobre as relações estabelecidas entre a subjetividade e as repercussões desta no trabalho. Para Dejours (2012a) a relação estabelecida entre o trabalho e a subjetividade diz respeito ao que se encontra invisível aos olhos, e não é possível ser mensurado, uma vez que o trabalho real é aquele que não se prescreve, mas sim é resultado da criatividade do sujeito diante da organização do trabalho.

Ao mesmo tempo, Mendes (2007) destaca a relevância em compreender as implicações que a organização do trabalho impõe à subjetividade, podendo o sujeito adentrar em uma situação de sofrimento ou de prazer. Essa relação dialética entre subjetividade e trabalho, em que um exerce influência sobre outro, pode ser evidenciado no processo de formação dos residentes, considerando a especificidade do ensino em serviço.

Os principais conceitos referentes à teoria da PDT, relativos ao prescrito e real do trabalho; as vivências de prazer e sofrimento dos residentes na RMSF; e as relações de cooperação entre residentes e equipes de saúde, foram tomados para basear a relação estabelecida entre os residentes e o processo de trabalho na AB. Como referido, a organização do trabalho pode incidir sobre a subjetividade e ser causadora de prazer ou de sofrimento. Para Dejours (2012), o avanço dos estudos na área do trabalho levantou questionamentos sobre o não adoecimento dos sujeitos em situações potenciais do processo de trabalho. As interrogações surgidas concentraram-se no sofrimento do sujeito e nas estratégias elaboradas por eles que não levavam ao processo de adoecimento. Ao mesmo tempo, o trabalho passou a ser visto não apenas como gerador de sofrimento, mas elevar a capacidade que possui de gerar prazer no sujeito.

Para Júnior e Ribeiro (2017) as situações de prazer e sofrimento vivenciadas pelos residentes é fator importante para a discussão do processo de trabalho na AB, assim como também entender as repercussões do trabalho na subjetividade do residente em processo de formação. Segundo eles,

o trabalho no SUS é exigente e traz ao residente conflitos constantes com a realidade, tanto em relação à saúde pública, quanto na formação profissional, podendo produzir circunstâncias de sofrimento.

Para Dejours (2012b) o importante a se considerar nos estudos do trabalho é o sentido dado pelo sujeito ao sofrimento pelo qual a organização do trabalho o submete. Este sentido dará a direção para as ações futuras, impulsionando o sujeito à mobilização e transformação, ou poderá constituir um quadro patológico.

Então, o sofrimento encontra-se na mediação dos fenômenos patológicos e o bem-estar, entendendo as estratégias, individuais ou coletivas, que mantenham o sujeito na normalidade. O foco no sofrimento, portanto, não visa as patologias e suas implicações, mas a capacidade do sujeito de transformar o sofrimento em prazer (Dejours & Abdoucheli, 1993).

Desta forma, o sofrimento do trabalho na AB vivenciado pelos residentes tem como possibilidade criativa de modificar a relação de trabalho ou as condições que são desfavoráveis ao exercício do trabalho.

As estratégias elaboradas pelos sujeitos para enfrentar as prescrições do trabalho podem modificar a estrutura das relações de trabalho. A mobilização subjetiva conta com a inclusão de outros trabalhadores no objetivo de superar o sofrimento derivado da organização. Por isso, o engajamento do coletivo na superação dos conflitos originados das imposições do trabalho é fundamental para a proteção dos laços construídos entre os sujeitos (Freitas, Augusto & Mendes, 2014).

Por isso, a cooperação surge como integração dos sujeitos para alcançar objetivos em comum. Para Dejours (2004) a cooperação deriva do coletivo, deste modo, não é possível para a organização do trabalho prever ou prescrever relações de cooperação entre os sujeitos. Além disso, a cooperação se dá na relação dialética baseada na contribuição/retribuição, ou seja, são mecanismos subjetivos referentes à contribuição do sujeito na organização do trabalho; e a retribuição simbólica, relacionada ao reconhecimento, expressos pela gratidão e constatação da contribuição no trabalho.

Para viabilizar a cooperação, os espaços de fala próprios dos trabalhadores apresentam-se como lugares de articulação entre os sujeitos, de construção coletiva e de compartilhamento das experiências vividas no trabalho. Esses espaços são ferramentas potentes no enfrentamento do sofrimento vivenciado a partir das prescrições (Dejours, 2008).

Tendo em vista o que foi dito anteriormente, é possível perceber que existe a necessidade de discutir sobre as atividades de trabalho dos residentes levando em consideração os fatores que atravessam a prática desses atores no campo. O convívio com as equipes de trabalhadores, a liberdade para planejamento das atividades, a autonomia dos residentes de atuar junto aos usuários, o espaço compartilhado com vários atores dentro das unidades de saúde da família (USF), tudo isso pode influenciar o trabalho dos residentes. Para isso, é preciso ter clareza de que as residências são estratégias cada vez mais presentes nos estados e municípios e mostra-se como alternativa de inserção de trabalhadores na AB.

Em uma pesquisa realizada por Sarmiento, França e Medeiros (2016), atualmente existem 320 programas de residência em saúde no Brasil. Deste total, 66 estão presentes no Nordeste, sendo 35 deles são voltados para a Atenção Básica, o que corresponde a 53%. Isso revela que de algum modo, a formação dos profissionais para trabalhar na AB torna-se prioritária, uma vez que é neste campo que estão absorvidos grande parte das profissões voltadas para a saúde.

Com levantamento realizado pela pesquisadora para fins deste estudo, foi constatado o número de programas existentes em estados limítrofes à Paraíba, especificamente Pernambuco e Rio Grande do Norte. Dos três estados, Pernambuco dispõe de 7 RMSF concentrando a maioria na Região Metropolitana do Recife (RMR) (UPENET, 2019), enquanto Paraíba e Rio Grande do Norte dispõem de programas relacionados à área da saúde, inseridos no contexto hospitalar; em políticas públicas específicas, como saúde da mulher, saúde da criança e saúde do idoso; na atenção psicossocial e saúde mental (UFPB; 2019); (UFRN, 2019). Por isso a RMR apresenta campo favorável para a realização deste estudo, tendo em vista o público e o tema abordado.

Diante do quantitativo de programas existentes, a literatura a respeito das residências apresenta-se de diversas maneiras como: relatos de experiência, que são muitas vezes frutos dos trabalhos de conclusão exigidos para a obtenção do título de especialista, como em Dornelles (2017); Camargo et al (2018). Em relação às atividades de trabalho dos residentes em saúde da família e a interrelação com aspectos subjetivos, encontram-se poucas pesquisas, como em Júnior e Ribeiro (2018); Fernandes et al (2016). É nesta lacuna que esta pesquisa se insere, buscando complementar e ampliar as considerações sobre o trabalho no processo de formação e as implicações na subjetividade dos residentes.

Portanto, é preciso compreender o trabalho do ponto de vista subjetivo, e as contribuições da formação no modelo das residências para a constituição da subjetividade do trabalhador,

contemplando os diferentes sujeitos que compõem o processo de formação proposto pela residência, de modo que possa contribuir para apontar novos direcionamentos na formação em saúde na família, como também o próprio trabalho na saúde pública.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Os participantes desta pesquisa foram 10 residentes multiprofissionais em saúde da família, inseridos na rede de atenção à saúde (RAS), de diversas categorias profissionais componentes da equipe NASF e da equipe básica. Os programas de residência presentes nesta pesquisa estão situados na cidade do Recife-PE. Incluem-se nesta pesquisa os residentes no segundo ano do processo de formação da residência.

### **Instrumentos de coleta de dados**

Para a realização da coleta de dados foi utilizada a entrevista individual semiestruturada abordando conteúdos referentes à prática de trabalho na AB considerando as vivências subjetivas resultantes das atividades de trabalho. Diante dos obstáculos vivenciados nesta pesquisa em relação ao encontro com os residentes, em decorrência do excesso de atividades atribuídas a eles e o curto tempo disponível para a realização dos encontros coletivos, propostos por Dejours (2011), tornaram-se inviáveis. Por outro lado, optando pelas entrevistas individuais, podemos contemplar através da fala de cada residente suas experiências em relação às atividades de trabalho e as vivências subjetivas, colocando em foco a palavra, sinalizada por Dejours (1993) como meio possível de cada sujeito atribuir sentido ao seu processo de trabalho e passar suas vivências para a dimensão coletiva. Para Dejours (1993), dedicar-se à subjetividade não necessita concentra-se apenas nas atividades externas, mas considerar a percepção do sujeito de maneira particular em relação real do trabalho.

### **Procedimentos da Pesquisa**

Inicialmente, a pesquisa foi apresentada aos programas de residência em saúde da família. O projeto foi submetido à análise em ambos os programas, para posteriormente receber a carta de

anuência para início da pesquisa. Após esse momento, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba registrado no CAAE: 13506919.8.0000.5187 e parecer aprovado com nº 3.369.030. Em seguida, o parecer de aprovação do CEP foi direcionado aos programas de residência para iniciar a coleta de dados.

Foram realizadas entrevistas individuais com duração de aproximadamente 40min cada uma. As entrevistas foram realizadas em locais marcados pelo próprio residente de modo que favorecesse a coleta dos dados e não interferisse nas atividades de trabalho. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Gravação de Voz (TGV). Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas em sua integralidade.

### **Análise dos dados**

A análise se deu na perspectiva da Análise do Núcleos de Sentido (ANS), técnica inspirada na análise de conteúdo de Bardin (1977) (Mendes, 2007). A ANS é uma técnica bastante utilizada nas pesquisas da clínica do trabalho, e segundo Mendes (2007, p. 45) consiste “no desmembramento do texto em unidades, em núcleos de sentido formados a partir da investigação dos temas psicológicos sobressalentes do discurso”, e pode auxiliar na compreensão das falas apreendidas, sendo objeto de reflexão a partir do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, utilizado nesta pesquisa.

Este método de análise pressupõe alguns critérios que foram seguidos com rigor para a interpretação dos diálogos de cada residente. Segundo Mendes (2007, p. 45) os temas surgidos devem ser “categorizados por semelhança de significado semântico, lógico e psicológico”. É uma etapa que necessita de atenção às falas e aos conteúdos manifestos e latentes que possam aparecer durante a realização dos grupos. Assim, os núcleos de sentido são formados a partir da classificação e agrupamento dos temas surgidos e nomeados a partir das próprias palavras dos sujeitos.

Os núcleos relacionam-se com as vivências subjetivas dos residentes a partir da realização das atividades de trabalho no contexto da RMSF, evidenciando questões relacionadas ao prazer e ao sofrimento no trabalho; as relações de cooperação estabelecidas e as prescrições e o real da organização do trabalho dos residentes no cotidiano.

## **RESULTADOS**

Os resultados apresentados a seguir estão estruturados em núcleos de sentido e serão descritos de acordo com as falas dos residentes coletadas em entrevistas. Os núcleos estão dispostos da seguinte maneira: os dois primeiros núcleos referem-se às vivências de prazer e sofrimento sentidas pelos residentes no cotidiano de trabalho na AB. Os dois núcleos seguintes referem-se aos espaços coletivos de fala dos residentes, verificando se há algum dispositivo voltado para o compartilhamento das experiências vividas, seguido do núcleo referente as relações de cooperação estabelecidas pelos residentes, tanto entre si, quanto com a equipe preceptora. E por fim, os dois últimos núcleos concernem sobre as dificuldades relativas à prática do trabalho na AB e os principais imprevistos ocorridos durante a atividade dos residentes no cotidiano.

***Núcleo 1: Para mim minha principal vivência de prazer, e foi por isso que eu escolhi saúde da família [...] é o contato com o outro, aquele cuidado que se faz de maneira leve.***

Este núcleo, refere-se às vivências de prazer experienciadas pelos residentes a partir da atividade de trabalho durante a residência. As atividades dos residentes estão intimamente ligadas às ações das equipes de saúde da família e equipe NASF que os acompanham. São atividades voltadas para o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde; a formação de grupos com temáticas direcionadas ao campo da saúde e interesse da comunidade; ainda são realizados por eles atendimentos individuais, segundo cada núcleo profissional e atendimentos coletivos, junto com outros residentes, mas também com os preceptores. Participam de reuniões de redes, de discussão de casos, para construção de estratégias que ampliem o cuidado junto à comunidade.

Os sentidos de prazer elencados pelos residentes vinculam-se com a experiência de estar em contato com os outros, sejam eles os usuários do sistema de saúde, sejam os trabalhadores. O exercício do cuidado em saúde na AB caracteriza-se por utilizar de estratégias pautadas na articulação entre trabalhador e comunidade e não necessita de equipamentos complexos ou técnicas sofisticadas, como é o caso do nível hospitalar, mas preza pela construção coletiva de alternativas de cuidado, valorizando a fala e os dispositivos presentes no território. O contato com o outro remete ao fato de que não se pode construir o cuidado sozinho, mas considera as intervenções coletivas. Segundo os participantes, enquanto residentes, participar do processo de cuidado dos usuários confere experiências de prazer.

*É quando eu me vejo fazendo alguma coisa que vai ser frutífero de alguma forma;  
[...] quando a gente consegue ver que de alguma forma o nosso trabalho está*

*possibilitando com que aquelas pessoas vivenciem um processo de cuidado e de saúde delas. (R2 IX).*

Outra vivência pautada relaciona-se às contribuições que os residentes conseguem infundir na AB através do seu trabalho. Perceber as ações construídas por eles e vislumbrar a continuidade das mesmas no território, gera prazer e potencializa o sentimento de pertença dentro do trabalho em saúde.

*Eu acho que é trabalhar com a comunidade mesmo; e quando a gente consegue fazer, que a rede também é um dos desafios que eu não falei, mas que ele existe, dá essa sensação de prazer, de alívio assim, consegui fazer o meu trabalho. (R2 II).*

O trabalho coletivo também confere prazer aos residentes, simbolizada pelos grupos existentes na AB. O trabalho em grupo favorece o compartilhamento das informações e preza pela contribuição dos atores envolvidos na atividade. Além disso, os residentes demonstram a importância em enaltecer as atividades coletivas em detrimento dos atendimentos individuais, que tendem a reproduzir uma prática assistencial.

Por fim, é prazeroso para os residentes dispor de uma equipe de preceptoria que seja acolhedora e constroem propostas em conjunto, considerando as contribuições dadas por eles. O compartilhamento de ideais sobre a concepção de saúde entre residentes e preceptores favorece a atuação conjunta e a implementação de ações que correspondem com as propostas de trabalho na AB.

*Eu acho que ter esse negócio de ter profissionais inspiradores; [...] não ter profissionais medíocres e isso dá um gás muito forte para gente; [...] quando a gente alinha o que a gente quer no mundo ali no território; [...] perceber quando a comunidade atua junto como agente transformador do território. (R2 VIII).*

Deste modo, as vivências de prazer relatadas pelos residentes estão associadas ao relacionamento com as pessoas e a contribuição que essa relação pode gerar na vida e na saúde delas. O papel que os residentes exercem no cotidiano do trabalho, e para além disso, as intervenções elaboradas para atender às demandas da comunidade confere status de valor para o residente, sendo mais importante do que o processo de formação para a carreira profissional.

Para Mendes (2007) quando o trabalho favorece vivências de prazer, o trabalhador se torna sujeito protagonista das ações, capaz de criar novas estratégias para estabelecer um vínculo com o trabalho de modo que ele o domine. Ter essa experiência de prazer no trabalho, porém, não

“depende do ‘querer’ do trabalhador, depende das condições nas quais o trabalho é realizado” (2007, p.32).

A partir das falas dos residentes corrobora-se com pesquisa de Maissiat, Lautert, Dal Pai e Tavares (2015) quando dizem que a realização profissional e as influências positivas exercidas pelos residentes no contexto de trabalho são fatores que geram prazer e contribuem para a continuação do residente no âmbito da saúde após a conclusão da residência.

A relação entre residentes e preceptores aparece como potencializador, tanto na formação dos residentes quanto na incorporação subjetiva do processo de trabalho na AB. O diálogo estabelecido entre eles, pode ser fator gerador de prazer quando os ideais políticos de saúde se complementam, assim como a presença efetiva do preceptor na formação do residente, preservando a autonomia e incentivando a atuação diante das situações cotidianas no trabalho.

Por isso, as vivências de prazer estão intimamente ligadas à organização do trabalho, e referindo-se às residências, o trabalho é prazeroso quando as contribuições dos residentes são levadas em consideração e validadas pelas equipes e incorporadas ao processo de trabalho na AB. Trabalhar em saúde implica engajamento, é isso que torna a prática de trabalho humanizada, quando articulada com o sentido de pertença e de valor ao sujeito e ao trabalho.

Como diz Dejours (2012b) a contribuição do trabalho, quando reconhecida pelos pares ou pela hierarquia, legitima o sentimento de prazer no trabalho e favorece a continuidade do engajamento nas tarefas, tanto coletivas quanto individuais. O trabalho dos residentes é perpassado constantemente pelo olhar dos outros sobre suas ações, e o sentido de pertença e de colaboração no trabalho, influencia a mobilização e a liberdade para atuar diante da realidade.

**Núcleo 2: “Ao ser residente, ao não ser reconhecido; os estresses, as frustrações, as angústias e inquietações em relação aos atendimentos, às vezes me sentir só. A muitas vezes questionar ‘o que é que eu estou fazendo ali?’”**

Este núcleo, diz respeito às principais experiências de sofrimento vivenciadas pelos residentes, entendendo o processo de trabalho como constituinte da subjetividade. Essas vivências são pautadas principalmente pelo cotidiano do trabalho na AB articulado com a organização do trabalho dos residentes.

O sofrimento relatado pelos residentes conecta-se com características referentes à organização do trabalho, não somente na AB, como também decorrente do programa de residência. A relação dos residentes com a hierarquia irá refletir nos sentidos de prazer e de sofrimento. Pode-se dizer que os residentes no cotidiano possuem duas hierarquias, uma representada pelos preceptores no contexto de trabalho, e outra representada pela coordenação da residência.

As prescrições determinadas por ambos influenciam negativamente na atividade de trabalho realizada pelos residentes quando imposta verticalmente sem considerar a subjetividade e a participação do residente no planejamento das ações, esperando uma conduta resolutiva por parte do residente, apesar de não estar implicado no processo. A atuação do residente, em alguns casos, pode limitar-se à execução do trabalho em si, concentrando-se na prática, sem contribuir para a concepção da atividade. Assim, o significado de contribuição para o trabalho vai perdendo seu lugar no dia a dia, descaracterizando o fazer dos residentes e tornando o trabalho diário cansativo, caracterizando outro fator gerador de sofrimento que é deparar-se com a condição de ser residente.

*[...] essa coisa instituída que vem de cima para baixo, e que diz que 'você tem que fazer assim'; [...] não das posturas das pessoas em si, mas das regras, da instituição mesmo, e que é isso, isso causa muito sofrimento; [...] é você ver que você está gastando toda uma energia de um trabalho em algo que não vai de fato levar alguma coisa para vida das pessoas em si. (R2 IX).*

O processo de residência em si traz um incômodo evidenciado na alta carga horária a ser cumprida, assim como na distribuição do tempo entre atividades teóricas e atividades práticas. Para além disso, existem os estágios a serem cumpridos e a elaboração do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), tudo isso em um espaço de dois anos. Assim, ser residente demanda um alto grau de comprometimento que pode levar ao desgaste com o passar do tempo.

*[...] elas se traduzem assim como o desgaste, mas não exatamente pelo trabalho que eu faço, mas é porque a residência é desgastante; para mim, é um fator de sofrimento também, [...] que é a condição de ser residente, de estar sendo residente; esse excesso de horas durante a semana, tem um momento que tipo a gente desgasta; porque a queixa realmente é de estafa, e eu acho que isso é um causador de sofrimento de várias turmas. (R2 VII).*

A relação com a preceptoria, como dito anteriormente, pode ser fator de prazer, mas também de sofrimento quando o residente não é valorizado por suas contribuições ao trabalho junto à equipe ou ao território. Do mesmo modo, deparar-se com a rigidez do processo de trabalho de algumas equipes levam o residente ao sentimento de frustração na medida em que busca

implementar novas perspectivas sobre o processo de cuidado em saúde. Isso pode levar à atuação de maneira isolada, deixando a rede de apoio dos residentes mais fragilizada. Além disso, o residente vivencia a indefinição do seu papel dentro do contexto de trabalho, gerando incertezas em relação à sua autonomia no processo de trabalho.

*Essa questão da logística, da exaustão; [...] essa questão de as vezes não saber qual é o meu lugar ali; [...] uma hora me colocam como estudante, que eu estou ali mais para acatar e observar, intervir quando solicitado pela minha hierarquia; [...] isso é muito inquietante e frustrante. (R2 VIII).*

Por fim, a coordenação da residência é mediadora do processo de trabalho no território e responsável por facilitar as atividades teóricas do programa. Por isso, exerce influência constante na programação dos residentes. Quando o programa passa a modificar de maneira demasiada as atividades dos residentes, pode levar ao sofrimento dos mesmos, na medida em que vivem em constante mudança de planejamento, interferindo no exercício do trabalho no território, evidenciando uma inconstância pode levar à superficialidade das ações no território e desconectar a teoria com a prática.

*Todo o deslocamento que a residência causa, não falo nem do serviço, mas a residência em si, o deslocamento de estar para um lado para o outro; quando a gente não consegue dar resolutividade, não consegue passar, dar solução para o caso dos usuários. (R2 II)*

Desta maneira, quando a organização do trabalho não permite que o sujeito se adapte e coloque de si na realização do trabalho, pode desencadear situações de sofrimento e esvaziar o sentido da tarefa. O sofrimento ocorre quando há o “esgotamento intelectual e afetivo” em relação às tentativas do sujeito de adequação às prescrições da organização do trabalho (Silva, 2018, p. 16). Para Dejours (2004) o sofrimento é relativo ao encontro do sujeito com o real do trabalho, sempre experienciado através do fracasso.

A experiência do sofrimento vivenciada pelos residentes está relacionada principalmente ao não-reconhecimento por parte das equipes de saúde sobre o lugar ocupado por eles dentro da dinâmica de trabalho. Isso gera nos residentes um impacto subjetivo na medida em que eles próprios não conseguem se perceber como participantes do processo de trabalho. Do mesmo modo, as prescrições colocadas pelos serviços de saúde somadas às da coordenação do programa de residência pode sufocar o residente e impedir a potência criadora para resistir ao sofrimento.

Porém como sugere Silva (2018) o sofrimento não tem apenas um sentido negativo, mas pode impulsionar o sujeito a encontrar soluções aos problemas relativos ao trabalho, ou seja, mobiliza o sujeito a construir saídas que podem ser geradoras de prazer. Para Júnior e Ribeiro (2018) o sofrimento possui dois caminhos: o sofrimento patogênico, quando o sujeito encontra barreiras na organização do trabalho para responder às suas demandas subjetivas; e o sofrimento criativo, que lança o sujeito a buscar estratégias modificadoras da realidade de trabalho.

Desta maneira, observando as falas dos residentes o desgaste diário para adaptar-se às demandas do programa e dos serviços de saúde, exigem do residente uma nova postura diante do trabalho, para que a transformação dos fatores de sofrimento - expressos na excessiva carga horária e nas intervenções da hierarquia - seja possível para o sujeito. Isso se demonstra na constante tentativa do residente de transformar a visão dos trabalhadores sobre o lugar ocupado por eles dentro da rotina de trabalho. As limitações que os residentes vivenciam no cotidiano de trabalho em decorrência do processo de formação, simbolizam a concepção restritiva sobre as reais contribuições que os residentes podem oferecer aos serviços, além de representar a resistência às mudanças no instituído do processo de trabalho.

Por isso, Dejours (2012) fala que o sofrimento criativo é a mobilização subjetiva despendida pelo sujeito com vistas a transformar os obstáculos encontrados no trabalho através das prescrições. O próprio trabalho oferece ao sujeito vias de ressignificar as relações e impulsionar a mobilização subjetiva.

Para Dejours (2012, p. 42) “a mobilização subjetiva está intrínseca ao trabalhar”, pois quando o trabalhador é confrontado entre seus desejos e as normas impostas pela organização, o sujeito irá em busca de alívio do sofrimento, “e mobiliza recursos subjetivos para preencher a lacuna existente entre o prescrito e o real” (Ferreira, 2017, p. 45).

O processo de formação na residência proporciona um movimento de reavaliação constante sobre o cotidiano do trabalho, favorecendo aos residentes a possibilidade de questionar os fatores que geram sofrimento. Apesar das intervenções atribuídas ao programa, a relação com os preceptores e abertura destes ao diálogo, pode contribuir para que os residentes se coloquem em uma postura de transformação do processo de trabalho, identificando potencialidades no cotidiano e que podem revelar alternativas que modifiquem o sofrimento em prazer.

Conforme dito anteriormente, para Dejours e Abdoucheli (1993) o desafio é transformar o sofrimento em criatividade, favorecendo a transformação dos fatores geradores de sofrimento patológico em prazer. Isso contribui subjetivamente e corrobora para a constituição da identidade.

**Núcleo 3:** *Tem esses espaços, antes eram espaços previstos pela coordenação; [...] a gente combinava para ir para a casa de alguém e a gente colocava um espaço de autocuidado, por conta do estresse da residência; [...] era um espaço de reunião entre a gente, onde a gente estava fazendo essas trocas; (Hoje) raramente acontece... menos do que antes. (R2 V).*

O seguinte núcleo tem como proposta discutir as experiências coletivas e o compartilhamento destas pelos residentes, em espaços constituídos por eles e favorecidos pela atividade de trabalho e pela coordenação da residência.

De acordo com os participantes, os mesmos possuíam alguns espaços coletivos que tiveram dificuldades no prosseguimento em função do desestímulo da coordenação. Para que houvessem esses espaços, seria necessário abrir um espaço na agenda dos residentes dedicado ao compartilhamento de experiências, e para isso seria necessário estar ausente das atividades cotidianas do serviço.

*Vê, eu digo assim, que existia, agora não existe mais. A gente até brinca que tinha uma pauta que era 'angústias e inquietações' nas nossas reuniões; A coordenação deu uma barrada nessa reunião. E eu acho também que o principal motivo foi a falta de interesse de muitos residentes. Então eu acho que a gente está muito... assim... desfortalecido. (R2 IV).*

De certo modo, a retirada do residente da atividade prática não é considerada positiva e pode influenciar no processo de formação. Por isso, percebe-se que a discussão do processo de trabalho ainda é secundarizada, priorizando as atividades práticas. Isso não afeta apenas os residentes, mas nos leva a considerar os espaços de fala dos próprios trabalhadores da saúde, que estão há mais tempo inseridos no processo de trabalho.

Para além de intervenção externa, os próprios residentes sentem-se desestimulados a dar continuidade a esses espaços, por diversas razões, como enfraquecimento dos laços com os outros residentes, a valorização das atividades práticas, a falta de espaço para facilitar as discussões, entre

outros. Apesar disso, encontram estratégias para a manutenção do diálogo, como o uso de redes sociais, os espaços de atividade teórica, as reuniões de equipe, etc.

*Devia acontecer na reunião interna de residente, né; [...] a gente não consegue fazer por causa de um ou outro fica desestimulando; [...] então, é difícil... esse era o momento reservado. Aí dificulta um bocado; no NASF como somos 6 a gente está sempre compartilhando tudo. Nas aulas, nos momentos de disciplina a gente compartilha bastante. (R2 VI).*

Enquanto coletivo de residentes, os espaços de fala encontram-se enfraquecidos, mas quando diz respeito à equipe de trabalho, a exemplo da equipe NASF-Residente, o compartilhamento das experiências se dá no cotidiano. Ainda assim, mesmo que com um número reduzido, os residentes mantem a existência dos encontros por considerarem um espaço importante de construção coletiva.

*A gente tem, inclusive a gente tinha reuniões quinzenais que agora estão acontecendo bem menos. E era um momento também que a gente se cuidava, falava das nossas angústias e inquietações; elas foram deixando de acontecer tanto por questões de rotina como também por questão de desestímulo. (R2 III).*

Dentre as formas de transformação do sofrimento as estratégias coletivas de defesa se apresentam como possibilidades de enfrentamento das prescrições da organização perpassadas pela validação do coletivo, ou seja, é compartilhada pelos que realizam o trabalho. No que diz respeito aos residentes, as estratégias possíveis para lidar com o sofrimento são espaços compartilhados em reunião que possibilitam a troca das experiências, positivas ou negativas, em relação à residência e o processo formativo. Esses espaços, porém, foram sendo enfraquecidos tanto pelo próprio coletivo de residentes, quanto por influências externas.

A dinâmica de trabalho nos serviços, a alta carga horária e as exigências do programa foram minando o desejo dos residentes em manter uma relação coletiva mais fortalecida, evidenciando que após dois anos de experiência, o modelo de trabalho na saúde muitas vezes não favorece o encontro e o diálogo entre os trabalhadores para pensar alternativas de enfrentamento das situações geradoras de sofrimento no trabalho. Os espaços de fala são garantidos, mas o próprio trabalhador muitas vezes não consegue empenhar-se neles. Para Mendes (2007, p. 33) o espaço de fala consiste no livre compartilhamento dos desejos, valores, opiniões construídas para a criação de “estratégias de mediação ante as adversidades dos diferentes contextos de produção”.

Por isso, o compartilhamento de falas com outros trabalhadores demonstra o papel que o coletivo pode exercer no cotidiano do trabalho. Para Dejours (2012b, p.77) “o trabalho coletivo implica a mobilização das inteligências individuais”. Existe uma pluralidade de pensamentos, de inteligências, de exigências por parte de cada sujeito que compõe o corpo do trabalho, e para ocorrer de maneira harmoniosa, é necessário organizar os interesses grupais para que não ocorram as divergências, ou pelo mesmo sejam minimizadas, favorecendo o ambiente de trabalho (Dejours, 2012).

No momento histórico atual, em que as divisões organizacionais prejudicam as interações sociais no trabalho, valorizando a individualidade e a competição entre os pares, oportunizar a coletividade e a convivência enriquece não somente o processo de trabalho, mas também beneficia a subjetividade. Trazer para o espaço coletivo as discussões sobre o processo de trabalho, pode permitir elaborações e novos posicionamentos dos sujeitos diante da realidade. A construção coletiva fortalece as bases do interesse comum e favorece a criação de novos moldes e perspectivas de trabalho (Lancman & Uchida, 2003).

***Núcleo 4: A gente sempre dá força um para o outro, sempre apoia o outro no que diz respeito às atividades. Apoio da equipe é que é mais complicado, geralmente a equipe é muito resistente. Determinadas coisas eles têm certa resistência, e aí fica difícil essa cooperação. (R2 III).***

Neste núcleo, propõe-se discutir sobre as relações de cooperação estabelecidas pelos residentes, tanto entre si, quanto com os preceptores, sendo essas relações criadas a partir do compartilhamento das atividades de trabalho.

As relações de cooperação entre os residentes se evidenciam nas atividades cotidianas que demandam a participação de todos, a articulação de ideias e a responsabilização na prática. Na elaboração das atividades pelos residentes existe a tendência pela adesão de todos para a sua realização no cotidiano de trabalho.

Porém, as articulações entre residentes da equipe de saúde da família e os do NASF ainda são incipientes, levando em consideração a organização do trabalho dos mesmos. A equipe NASF está em maior número em relação à equipe básica e planejam ações conjuntas constantemente, diferente dos residentes enfermeiros ou dentistas. Apesar disso, existe cooperação entre os residentes de ambas as equipes, contudo ocorrem de maneira pontual.

*Da equipe NASF de residentes a gente consegue cooperar bem com o outro. E aí com os meninos da SF a gente tem pouca atividade compartilhada, então não tem muito assim. (R2 II).*

A cooperação da equipe de residentes muitas vezes reproduz a cooperação da equipe preceptora. Quando existem conflitos na relação entre residentes e preceptores o processo da cooperação tende a ser dificultoso. Contudo, quando há a coesão entre as equipes o compartilhamento dos casos e das intervenções a cooperação ocorre de maneira mais fluida, pautada no diálogo constante, suporte técnico formativo aos residentes e apoio na execução da tarefa aos preceptores.

*Existe, eu acho que a questão da parceria, da cooperação ela é bem alinhada; agora eu acho assim, quando está chegando final de semestre o gás diminui. Então essa cooperação existe, mas eu sinto que quando vai final de semestre, o gás diminui e todo mundo sofre disso. (R2 VIII).*

Os residentes evidenciam a coesão de algumas das equipes preceptoras e comparam com relação à equipe dos residentes, considerando a coesão um fator importante para as ações de cooperação. Alguns consideram que a cooperação só ocorre em casos específicos; já outros consideram algo cotidiano. Por isso, a relação estabelecida entre os residentes e preceptores irá influenciar nos processos de cooperação no processo de trabalho.

*Tem, tem as cooperações, mesmo... e até com os preceptores tem essa cooperação; [...] então tem tanto com os residentes, quanto com a equipe de preceptores; [...] geralmente a gente conhece os casos da equipe toda, quando não são muito específicos. (R2 V).*

Partindo deste ponto, o conceito de cooperação trazido pela teoria psicodinâmica, envolve essa coletividade em um propósito comum. Para Dejours (2012) a coordenação das inclinações individuais desperta a cooperação no trabalho. Entre um momento e outro, podem ser definidas coletivamente novas regras de trabalho compartilhadas por todos. A cooperação não pode ser prescrita, uma vez que ela nasce do enfrentamento do real pelos pares. Ela parte da “vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho” (Dejours in Lancman & Szelwar, 2004, p. 67).

A cooperação parte da liberdade dos sujeitos, por isso não se contém em uma prescrição, e não responde à uma demanda vertical beneficiando os empregadores, mas parte do

compartilhamento da realidade do trabalho e do desejo de estruturar o trabalho no interesse comum. Ela ultrapasse o objetivo de responder à lógica produtiva, mas acima de tudo valoriza o convívio social (Dejours, 2012).

No que se refere à cooperação entre os residentes evidencia-se que a organização do trabalho nos serviços de saúde favorece ou inviabiliza as relações de cooperação. Os residentes da equipe básica possuem um vínculo fragilizado com os residentes componentes do da equipe NASF. Isso reproduz o modo de trabalho das próprias equipes de preceptores. Para além disso, os residentes conseguem construir relações de cooperação com os preceptores, participando do planejamento e execução das ações.

O movimento subjetivo de valorização do trabalho através do compartilhamento de interesses coletivos, desperta o desejo do reconhecimento pelos pares sobre o trabalho até então construído. A cooperação atrai para a estruturação coletiva, mas coloca a singularidade em xeque, uma vez que o coletivo impera diante dos interesses individuais. Por isso o conceito do reconhecimento torna-se importante na organização do trabalho. É neste caminho que as forças coletivas se mantêm unidas, pois os trabalhadores reconhecem a contribuição de cada um na dinâmica do trabalho (Dejours, 2012).

***Núcleo 5: Como a gente é residente a gente fica muito nesse limbo, sabe, estudante/profissional; por mais que a gente tenha esse diálogo aberto, tem muitas coisas que eu não concordo; [...] de não ter uma certa autonomia enquanto residente. (R2 VIII).***

Este núcleo versa sobre as dificuldades existentes no cotidiano de trabalho dos residentes, e os aspectos das atividades que corroboram para a prevalência das mesmas no processo de formação e na execução das tarefas.

Para os residentes as dificuldades estão vinculadas às questões de organização da residência e aspectos relativos ao trabalho nos serviços de saúde. No que diz respeito ao programa de residência, faz-se necessário o diálogo entre o programa e os serviços de saúde que irão receber os residentes para a compreensão sobre o modelo de formação ao qual a residência se propõe e promover a articulação entre as experiências vivenciadas na prática e a teoria vista na sala de aula.

*Acho que a comunicação de preceptor-coordenação; então essa comunicação as vezes é muito frustrante, e eu fico frustrada. (R2 VI).*

Além disso, a vivência da carga horária de 60h/semanais torna a agenda de atividades do residente rígida, e quando há alguma alteração por parte da coordenação ou do serviço de saúde, são exigidas alterações por parte dos residentes de maneira repentina, influenciando no processo de trabalho. Segundo os residentes, torna-se uma dificuldade articular as demandas do programa com as pactuações estabelecidas no serviço, e qualquer modificação irá incidir diretamente nas ações no território.

Já o que corresponde processo de trabalho, os residentes sinalizam a relação com a preceptoría como uma dificuldade, a partir do momento que o diálogo é enfraquecido. Pela falta de comunicação entre programa e preceptoría, a compreensão sobre o papel e as atribuições dos residentes nos serviços de saúde ficam comprometidas influenciando na atuação dos mesmos. Por isso, os residentes colocam que a percepção da equipe sobre suas responsabilidades reflete na autonomia para a realização do trabalho.

*Eu acho que assim falta preparo dos profissionais em geral para entender o papel da residência; também tem a questão de a equipe entender que o residente também é um profissional formado, ele não é ali estagiário. (R2 III).*

A concepção de que o residente está em processo de formação cria uma linha que define até o ponto onde o residente pode seguir. Mesmo sendo profissionais formados, os residentes são vistos como estagiários ou estudantes de graduação. A falta de definição e esclarecimento sobre a proposta de formação que a RMS propõe torna o trabalho do residente conflituoso.

*O instituído assim, do processo de trabalho no NASF e nas equipes, é que vem podando muito a gente; [...] as vezes a gente é posto no lugar de “você não é autônomo suficiente”; [...] principalmente a nossa autonomia e no que a gente acredita no trabalho da gente. (R2 IX).*

Por fim, os residentes destacam que as dificuldades vivenciadas por eles são as mesmas vividas pelos trabalhadores da saúde, ou seja, todos os impasses relacionados ao processo de trabalho no contexto da saúde da família fazem parte das experiências dos residentes, e a sensação de impotência em relação à resolução dos problemas é compartilhado entre preceptores e residentes.

*Eu acho que a dificuldade está muito atrelada... as dificuldades que surgem estão muito atreladas não só a gente como residente, mas eu acredito que também para os profissionais; então essa história do carro da gente não ter, as condições de trabalho no geral, tanto com a estrutura física, de recursos. (R2 II).*

Os princípios e diretrizes do SUS são prescrições que norteiam as ações dos trabalhadores da saúde, e que são também aplicados aos trabalhadores em processo de formação. Assim, para que o trabalho real ocorra é necessário um distanciamento das prescrições e origine uma postura criativa e inventiva, por parte do residente, para dar sentido ao processo formativo e criar meios de atuar de maneira autônoma (Augusto, Freitas & Mendes, 2014).

Neste processo de distanciamento das prescrições, surgem as manifestações da subjetividade. Para Dejours e Abdoucheli (1994, p. 13) é na atuação diante do conflito entre prescrito e real que se “constitui o desafio em que se insere a inteligência astuciosa”. Este conceito é importante pois desperta a discussão para algo que fica oculto no exercício do trabalho, que é a criatividade. A lacuna entre o prescrito e o real é, para Dejours (2012a), o ato de trabalhar, em que se manifesta a criatividade, o uso da inteligência astuciosa pelo sujeito que trabalha.

Os residentes são trabalhadores com uma visão ampliada do processo de trabalho, por não estarem há tanto tempo nos serviços de saúde, assim como seus preceptores. O fato de poderem observar as situações desfavoráveis dos serviços de saúde e buscarem alternativas para mudar a realidade de trabalho contribui para inspirar os trabalhadores à mudança uma postura ativa diante da realidade.

A inteligência astuciosa diz da capacidade criativa do trabalhador em buscar alternativas para transpor os obstáculos impostos pela prescrição do trabalho. Essa inteligência se manifesta a partir do inesperado, aquilo que não se pode prever nas situações de trabalho. Assim, as saídas encontradas não são formuladas previamente ou com base em algo determinado previamente, mas deriva da subjetividade (Dejours, 2012a).

Para os residentes, enfrentar as prescrições dos serviços de saúde, a adaptação à rotina de trabalho dos preceptores, a articulação teórico-prática constitui uma mobilização constante para apropriação do trabalho em saúde. Moldar-se constantemente à agenda de trabalho e criar novos modos de atuação, já que são chamados a exercer um papel diferente dos preceptores que estão inseridos nos serviços a mais tempo. A relação com a preceptoría irá influenciar na manifestação da criatividade do residente na medida em que se estabelece uma relação favorável no ambiente de trabalho (Steinbach, 2015).

Assim, a correlação entre prescrito e real no trabalho instaura uma nova perspectiva de análise das situações de trabalho dos residentes, adentrando em âmbitos que discutem a relação do residente com o contexto de trabalho e as implicações deste na subjetividade. Para Silva (2018, p.

14) “as prescrições das tarefas são entendidas de acordo com a subjetividade dos trabalhadores”, por isso, cada um encontra seu modo de exercer o trabalho, dando espaço para a criação.

A partir do interesse em aprofundar a discussão sobre as contradições existentes na organização do trabalho, imersas nesta relação entre o prescrito e o real, o olhar do sujeito para o processo de trabalho irá influenciar na inventividade das ações. As prescrições podem tornar o trabalho enrijecido, imergindo o sujeito na lógica da produtividade, enquadrando-o assim em uma atitude passiva frente às adversidades do trabalho. (Júnior & Ribeiro, 2017).

Por isso como diz Dejours (2004, p. 29) “o caminho percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha”. É com essa criatividade que o trabalho pode ser fonte de prazer para o sujeito. Para Dejours (2008) as vivências de prazer ocorrem quando o trabalho beneficia a saúde mental. Isso tem como consequência a relação do sujeito estabelecida com o trabalho gerando sentido de pertença ao contexto, intermediado pelas relações sociais com os demais trabalhadores. (Silva, 2018). Essa relação incide sobre a subjetividade e contribui para a constituição da identidade do trabalhador, relacionando-se estreitamente com o reconhecimento do outro.

**Núcleo 6: *A gente teve muita mudança de agenda, muita mudança de agenda! Só que as coisas, os imprevistos surgem, por exemplo, uma ACS está doente, aí desmarca a agenda, uma visita, um atendimento; fora os imprevistos da residência em si, que acontecesse de ter planejamento de aula. (R2 II).***

Por fim, este núcleo apresenta os principais imprevistos surgidos no cotidiano do trabalho, estabelecendo assim uma relação entre o prescrito e o real do trabalho. Assim como as alternativas elaboradas pelos residentes para preencher as lacunas criadas pela relação entre a organização do trabalho e a realidade.

Para os residentes os maiores imprevistos relativos ao trabalho relacionam-se com as alterações na agenda. Para além dos imprevistos que decorrem do cotidiano do trabalho em saúde, o programa de residência exerce influência nas atividades dos residentes no dia a dia.

*[...] acontece muito, por exemplo, de eu marcar um atendimento ou uma atividade e de repente de última hora a agenda muda; [...] eu preciso desmarcar as atividades na unidade para priorizar a agenda do programa de residência. (R2 VII).*

Marcar os compromissos nos serviços de saúde exigem o comprometimento dos residentes em realizar o que foi previamente proposto. Quando as atividades são desmarcadas de modo inesperado alteram a dinâmica de trabalho dos residentes, mas também da equipe preceptora que contava com a presença e auxílio dos mesmo para a realização da tarefa.

*Uma das principais coisas é você já ter uma agenda e aparecer outra agenda; eu acho que essa questão de desmarcar também compromissos assim de última hora, do nada, também é bem frequente. (R2 IV).*

Ao mesmo tempo, pode influenciar nos vínculos dos residentes com as equipes e com o território. Segundo os residentes, os imprevistos também estão relacionados à mobilidade urbana, já que eles muitas vezes precisam estar em lugares diferentes ao longo do dia. É preciso um diálogo da tríade residente-preceptor-coordenação para que as atividades dos residentes tenham maior estabilidade nos serviços, assim como compreensão por parte dos preceptores em relação às modificações necessárias. Para os residentes é preciso saber lidar com as alterações e firmar o diálogo com suas equipes de modo que a formação não seja prejudicada em decorrência de tais mudanças.

*[...] seguir a agenda que está prevista pela residência; [...] que essa coisa assim que mexia muito na agenda, a coordenação mexia muito; aí a gente tinha que se reorganizar para vir para a unidade. (R2 V).*

A organização do trabalho em saúde institui prescrições com o intuito de favorecer as práticas de trabalho, servindo de base para a construção e implementação das estratégias de saúde. Porém, na realidade do trabalho, todos os arcabouços legais e orientadores do trabalho não conseguem alcançar a complexidade existente no cotidiano do território. Dejours (2012a) estabelece que o trabalhar, a ação exercida pelo trabalhador diante das situações laborais, está presente entre o prescrito e o real.

Os imprevistos apresentados pelos residentes, dizem respeito às prescrições colocadas pelos programas de residência e revelam a imprevisibilidade do trabalho dos residentes, uma vez que são constantemente retirados, por demandas da própria residência, das suas atividades de trabalho. O vínculo com a comunidade e com os próprios preceptores pode se fragilizar. Por um lado, os preceptores contam com a força de trabalho dos residentes; por outro, os residentes precisam cumprir a carga horária teórica e de atividades propostas pelo programa. Essa dualidade do

processo de trabalho dos residentes pode gerar frustração, por não estabelecer uma relação de pertença, nem ao trabalho, nem ao processo de formação.

Para os residentes, as prescrições perpassam os espaços ocupados por eles ao decorrer do processo formativo, sendo nos serviços de saúde ou nas IES. Ao adentrar na dinâmica do trabalho e alternando atividades práticas e teóricas, os residentes são atravessados por discursos de preceptores, tutores, coordenadores, professores, no constante movimento de provocar as discussões relacionadas à saúde e incentivar a postura necessária ao profissional de saúde atuante na AB.

As prescrições são as normas impostas que servem para auxiliar o andamento das situações de trabalho, de modo a responder às demandas e manter a regularidade das ações. O real, segundo Dejours (2012a), é tudo aquilo que escapa às normatizações colocadas pela organização e apresenta-se de maneira afetiva, pois reflete ao trabalhador as impotências que o impedem de realizar a atividade. Este confronto com as prescrições da organização do trabalho, permite ao real mobilizar subjetivamente o trabalhador para encontrar métodos de superar as adversidades do cotidiano. Com isso, os residentes mobilizam-se subjetivamente, lançando mão de estratégias para enfrentar a defasagem estabelecida pela lacuna entre o prescrito e o real do trabalho (Dejours, 2004).

Portanto, discutir a organização do trabalho, as mobilizações subjetivas dos trabalhadores, diante das atribuições e prescrições no trabalho em saúde, e mais especificamente, de profissionais residentes em processo de formação, podem alcançar novas perspectivas sobre o trabalho em saúde, as relações entre as equipes de saúde e como podem favorecer a vivência do trabalhar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As experiências dos residentes no contexto de trabalho revelaram a necessidade de discutir os aspectos que incidem sobre subjetividade no cotidiano da AB. Para pensar nas nuances relativas ao trabalho é fundamental que haja o olhar para o sujeito trabalhador e as relações construídas para a ação de trabalhar, desenvolvidas a partir do confronto com o real e superação das prescrições determinadas pela organização do trabalho.

Pensar nas estratégias desenvolvidas pelos residentes favorece compreender o modo como os trabalhadores da saúde empregam o uso da inteligência astuciosa diante das adversidades do cotidiano. Na AB, como dito pelos residentes, a constante alteração do planejamento para o

desempenho do trabalho desperta neles a possibilidade de exercer a potência criadora capaz de adaptar os seus desejos com as demandas dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, quando a organização do trabalho, sejam os programas de residência ou as equipes de saúde da família impedem essa adaptação ao real, torna-se fator de sofrimento.

Existe um caráter ambíguo presente nas vivências expostas pelos residentes, na medida em que os mesmos fatores capazes de gerar prazer, geram também sofrimento. Essa dinâmica permeia todo processo formativo da residência, e pode influenciar nas práticas dos residentes e na intencionalidade futura em permanecer no âmbito da saúde. Evidencia-se, por exemplo, que a relação estabelecida com a preceptoria pode fortalecer o desempenho dos residentes nas práticas em saúde, como também, podem minar a subjetividade impedindo a autonomia e a ação no cotidiano de trabalho.

Do mesmo modo, as intervenções das coordenações de residência influenciam a prática dos residentes na medida em que determina as atividades teórico-práticas, e pode interferir na construção do vínculo dos residentes com as equipes de saúde. Isso aparece para os residentes como fator que dificulta o processo de trabalho. As prescrições colocadas pela organização do trabalho dos residentes perpassam pelos relacionamentos estabelecidos com os outros trabalhadores, e irá refletir na subjetividade do trabalhador em formação, incentivando ou não a manifestação do trabalho real.

As vivências de prazer e sofrimento dos residentes também estão relacionadas às contribuições deixadas por eles nos serviços de saúde, uma vez que, quando acolhidos em suas ideias e projetos dentro do contexto de trabalho, favorecendo o reconhecimento por parte da equipe sobre as colaborações às práticas cotidianas e o sentimento de pertença à um coletivo que possui os mesmos objetivos: assistir à população em suas demandas de saúde. Do mesmo modo, a partir do momento que o residente não consegue atuar dentro do serviço ou possui dificuldades para adentrar na dinâmica do trabalho gera sofrimento.

As relações de cooperação estabelecidas entre residentes e preceptores também é favorecida nos serviços de saúde, embora o coletivo de residentes ainda necessite ser fortalecido, promovendo um contato maior entre residentes de equipe básica e do NASF. Reproduzir uma relação distante entre os trabalhadores somente perpetua uma atuação em núcleos e desfavorece a multiprofissionalidade, quando atualmente se faz cada vez mais necessário implementar ações conjuntas entre os trabalhadores NASF e equipe básica.

A cooperação estabelecida, não prescrita, mas desenvolvida pelos próprios residentes no cotidiano de trabalho, fortalece a construção de práticas de saúde, e além disso, contribui para dimensão subjetiva do trabalhador, estreitando os laços e contribuindo para a constituição identitária do trabalhador da saúde pautada em relações coletivas em benefício do coletivo.

Portanto, estabelecer a relação entre as vivências subjetivas dos trabalhadores em formação com o trabalho na AB colabora para a criação de estratégias que promovam o olhar para o cuidado do trabalhador da saúde e toque em questões que podem ser norteadoras do processo de trabalho em saúde, modificando desde o processo formativo o pensamento sobre a atuação e valorizando o papel da subjetividade no ato de trabalhar.

## REFERÊNCIAS

- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1499-1510. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Ruiz-Moreno, L. (2015). Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 40(3). Recuperado de <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/800/695>
- da Silva Fernandes, M. N., Beck, C. L. C., Weiller, T. H., Viero, V., Freitas, P. H., & Prestes, F. C. (2015). Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 90-97. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50300/35674>
- de Fátima Rodrigues, T. (2016). Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. *Serviço Social e Saúde*, 15(1), 71-82. Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8647309/14261>
- de Marqui, A. B. T., do Carmo Jahn, A., Resta, D. G., dos Santos Colomé, I. C., da Rosa, N., & Zanon, T. (2010). Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 956-961. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n4/14.pdf>
- Dejours, C. (1993). *Contribuição da clínica e da psicopatologia do trabalho para a definição de trabalho*. (A. J. S. Araújo. Trad) (2008).
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista produção*, 14(3), 27-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>
- Dejours, C. (2012a). Trabalho vivo: sexualidade e trabalho. *Brasília: Paralelo*, 15, 440.

- Dejours, C. (2012b). Trabalho vivo: trabalho e emancipação. *Brasília: Paralelo, 15*, 440.
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas*, 119-145. [https://www.researchgate.net/profile/Christophe\\_Dejours/publication/268349248\\_Itinerario\\_teorico\\_em\\_psicopatologia\\_do\\_trabalho/links/54b857550cf269d8cbf6cbde.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christophe_Dejours/publication/268349248_Itinerario_teorico_em_psicopatologia_do_trabalho/links/54b857550cf269d8cbf6cbde.pdf)
- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P. D., Biff, D., & Scherer, M. D. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*, 1869-1878. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>
- Freitas, L. G., Augusto, M. M., & Mendes, A. M. (2014). Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. *Psicologia em Revista, 20*(1), 34-55.
- Heloani, R., & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Production*.
- Junior, N. S. R., & dos Santos Ribeiro, C. V. (2018). Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. *Tempus Actas de Saúde Coletiva, 11*(3), 193-215. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1953>
- Katsurayama, M., Parente, R. C. P., Moraes, R. D. D., & Moretti-Pires, R. O. (2013). Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana. *Caderno de Saúde Coletiva, 21*(4), 414-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a09.pdf>
- Lancman, S. & Sznalwar, L. I. (2004). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Editora Fiocruz. Brasília.
- Lopes, A. S., Vilar, R. L. A. D., Melo, R. H. V. D., & França, R. C. D. S. (2015). O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em debate, 39*, 114-123. <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2015.v39n104/114-123/pt>
- Maissiat, G. D. S., Lautert, L., Pai, D. D., & Tavares, J. P. (2015). Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 36*(2), 42-49.
- Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moreira, I. J. B., Horta, J. A., Duro, L. N., Chaves, J., Jacques, C. S., Martinazzo, K., ... & Borges, D. T. (2017). Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na estratégia de saúde da família. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, 7*(1), 1-7. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927/5486>.

- Silva, L. B. (2018). Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, 21(1), 200-209.
- Silva, R. M. B. D., & Moreira, S. D. N. T. (2019). Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(4), 157-166. <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v43n4/1981-5271-rbem-43-4-0157.pdf>
- Steinbach, M. (2015). A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2015 <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/157306>

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a atividade de trabalho de residentes multiprofissionais em saúde da família. Nesta análise, buscou-se perceber, a partir da percepção dos próprios residentes, as principais experiências no cotidiano do trabalho incorporado ao processo de formação oferecido pelos programas de residência em saúde da família. Além disso, entendendo a importância do trabalho na constituição subjetiva, considerou-se as implicações do trabalho na AB sobre a subjetividade dos residentes. A partir do olhar para o processo formativo e a subjetividade, entende-se que esses dois elementos se entrecruzam, influenciando nas atividades atribuídas e realizadas pelos residentes. Este estudo dividiu-se em dois artigos que versam sobre as atividades de trabalho dos residentes em saúde da família.

No primeiro capítulo, objetivou-se analisar as residências multiprofissionais em saúde da família como modelo de formação para os trabalhadores da saúde. Nesta perspectiva, compreendeu-se que as residências em saúde são ferramentas potentes na formação dos trabalhadores, cujo modelo serviu para resgatar as propostas iniciadas na Reforma Sanitária Brasileira na década de 1970, observando as diretrizes elaboradas para a saúde pública universalizada, e com trabalhadores que contribuíssem para criação de novos modos de cuidado e intervenção junto à comunidade.

A AB, como porta de entrada dos serviços de saúde, tornou-se então, campo favorável para formação e inserção de trabalhadores, já que abrange grande parte das demandas de saúde e possibilita a realização de ações envolvendo a participação da população. Propor a formação no nível primário da saúde, contribui para a ampliação do olhar do trabalhador, saindo de uma postura focada na doença e valorizando os processos de saúde, contando não somente com o saber técnico-científico. Para que isso ocorra de forma favorável no processo de formação dos residentes, foram levantados alguns questionamentos sobre os fatores que implicam na formação do trabalhador.

A formação acadêmica anterior à residência demonstrou-se fundamental à inserção dos residentes no serviço de saúde na AB. Com isso, constatou-se que os cursos de graduação voltados à área de saúde, ainda não contemplam com solidez as atividades e as propostas da AB, reveladas apenas em disciplinas isoladas ou eletivas. Por outro lado, mesmo em contato breve com esta área, são experiências que despertam o interesse do estudante e contribuem na escolha pela residência em saúde da família, apresentando-o como campo de atuação abrangente.

Ao mesmo tempo, a preceptoria demonstrou ser um forte elemento na formação e que pode contribuir tanto positiva quanto negativamente. A relação estabelecida entre residentes e preceptores se dá no cotidiano de trabalho, e percebeu-se que a concepção que o preceptor tem sobre as atribuições do residente influenciam diretamente na atuação do formando nas atividades propostas pelos serviços. Quando não há uma compreensão clara da proposta da residência, a inserção dos residentes no campo fica comprometida, pois prevalece a visão de que o residente se caracteriza como estudante/estagiário, limitando a atuação e as contribuições dos residentes ao serviço. Ao mesmo tempo, constatou-se que a preceptoria impulsionadora da autonomia dos residentes, quando estimula a participação e a construção de estratégias que articulem os conhecimentos adquiridos através da teoria com a prática do trabalho.

À luz da Psicodinâmica do Trabalho, foi possível entender que a organização do trabalho na AB reflete no processo formativo, na medida em que as prescrições do trabalho e as relações, tanto dos pares quanto a hierarquia, interferem no modo como os residentes se percebem no cotidiano de trabalho. Percebeu-se que existem frustrações quanto à posição ocupada pelo residente na dinâmica do trabalho, que muitas vezes é imposta pelo preceptor e corroborada pelos programas de residência.

As atividades exercidas por eles refletem um movimento de suprir a necessidade de novos trabalhadores no SUS, precarizando não somente o trabalho do residente - e conseqüentemente a formação - quanto o trabalho na área da saúde como um todo. As relações estabelecidas com as coordenações também são cruciais na manutenção do sentido de pertença pelo residente, tanto nos serviços quanto no coletivo de residentes, já que ela é responsável por viabilizar e mediar as relações entre residentes e preceptores. Aqui, destaca-se o reconhecimento como elemento importante no engajamento subjetivo do residente no processo de trabalho.

Na medida em que suas atividades e contribuições não são levadas em consideração ou minimizadas pelo coletivo de trabalho, o envolvimento no trabalho torna-se doloroso. Para além disso, a carga horária de 60h/semanais, a longo prazo, tornam as atividades da residência cansativas. Do mesmo modo, as críticas levantadas sobre as atividades teóricas retratam a insuficiência de articulação entre a teoria e a prática dos serviços, dando sentido de superficialidade em algumas disciplinas que ao longo do processo tornaram-se sem propósito.

Os residentes demonstraram a necessidade de que o suporte teórico metodológico, para ser aplicado nas atividades práticas do território, precisam ser construídas com o olhar dos

trabalhadores que estão no campo, e não somente com o olhar acadêmico, distante das reais demandas dos territórios. É fato que para a formação é necessária uma base de disciplinas preparatórias que tornem o residente apto para atuar em diversas circunstâncias na AB, mas a disciplina por si só, sem ter uma relação concreta com a realidade de trabalho, torna-se incoerente.

Com os percalços no caminho de formação, ficou evidente que a formação na residência é atravessada por dificuldades para o trabalho dos residentes. Porém, a residência apresenta-se como a possibilidade de formação capaz de gerar trabalhadores com o senso crítico necessário para contrapor as fragilidades existentes no trabalho em saúde da família, e por isso mostra-se incontestável repensar e fortalecer este modelo de formação.

No segundo capítulo, objetivou-se analisar o trabalho dos residentes como via de mobilização subjetiva. A partir da teoria da Psicodinâmica, foi possível levantar alguns questionamentos sobre as influências do trabalho na subjetividade dos residentes. Percebeu-se que as vivências de prazer e sofrimento estão intimamente ligadas às relações estabelecidas com os pares e com os preceptores, retratado principalmente no diálogo e na comunicação. Ao mesmo tempo, o trabalho prescrito na AB, baseado em protocolos e diretrizes, podem engessar a atuação dos residentes, que precisam seguir as orientações dadas por seus preceptores e agir como os mesmos. Porém, quando o residente consegue contribuir para o trabalho, criando maneiras de intervir sem seguir estritamente as regras, aumenta a sensação de autonomia, e favorece a liberdade criativa para o trabalho.

É nesta relação com as prescrições, que os residentes elaboram o trabalho, preenchem o hiato entre prescrito e real e constroem modos próprios de atuação que os diferencia de seus preceptores. Quando esse processo de diferenciação e construção não é viabilizado, pode contribuir para o sofrimento.

Outro fator discutido, foi o caráter coletivo do trabalho. Evidenciou-se que raramente os residentes atuam sozinhos, estão sempre em companhia de outros e da própria comunidade, ressaltando os benefícios da construção coletiva, no processo de formação e no cuidado em saúde. A esses fatos, somam-se as relações de cooperação estabelecidas entre os residentes. Como dito anteriormente, as ações não são construídas de modo individual, mas em sua maioria, conta com a presença e a participação do coletivo de residentes.

Apesar disso, as relações de cooperação são melhor instituídas quando o processo de trabalho viabiliza esses momentos. Um exemplo, mostrou-se com relação aos residentes

enfermeiros, que raramente participa de ações conjuntas com a equipe NASF-residentes. Por isso, as relações com o trabalho na AB são fundamentais para o processo de formação, mas para o processo de constituição da identidade do residente com o trabalho e como trabalhador na AB.

Esta pesquisa tem como potencialidade revelar pela perspectiva dos residentes a importância que o trabalho pode exercer no processo formativo, além de contribuir para repensar os modelos de formação nas residências em saúde de família, principalmente no que diz respeito à articulação entre preceptoria e coordenação. Enquanto fragilidade, o acesso aos residentes ainda é uma dificuldade, pela alta carga horária e pelas atividades programadas.

Pretendeu-se aqui discutir as influências que a AB sobrepõe na formação, entendendo que as dificuldades do trabalho em saúde se intensificaram nos últimos anos. Por isso, o espaço que as residências em saúde proporcionam necessita ser fortalecido, para que o próprio ideal de saúde seja consolidado nas práticas de trabalho, contribuindo para formação de trabalhadores conscientes das propostas de uma saúde pública integral, universal e equânime.

## REFERÊNCIAS

- Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1499-1510. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>
- Beker, K. K., Feliciano, A. B., & Machado, M. L. T. (2017). Atuação como apoiadores em saúde: reflexões sobre a formação na residência multiprofissional. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 10(4), 151-169. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2057>
- Brasil. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário oficial da União*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Callegari Silva, J., Contim, D., Barduchi Ohl, R. I., Ribeiro Chavaglia, S. R., & Scarelli Amaral, E. M. (2015). Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(2). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0132.pdf>
- Camargo, F. C., Garcia, L. A. A., de Walsh, I. A. P., Emílio, M. M., Coelho, V. H. M., & de Araújo Pereira, G. (2018). Formação para o trabalho na estratégia saúde da família: experiência da residência multiprofissional em saúde. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(1). Recuperado de <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2127>
- Carvalho, M. N. D., Gil, C. R. R., Costa, E. M. O. D., Sakai, M. H., & Leite, S. N. (2018). Necessidade e dinâmica da força de trabalho na atenção básica de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 295-302. Recuperado de [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0295.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v23n1/1413-8123-csc-23-01-0295.pdf)
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Ruiz-Moreno, L. (2015). Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 40(3). Recuperado de <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/800/695>
- de Christo Dorneles, T., Oliveira, I. C., Weiller, T. H., Silveira, M. L., & Kuinchtner, G. C. (2017). O residente multiprofissional na construção da planificação da Atenção Primária à saúde: Relato de experiência. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 10(4), 319-329. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2329>
- Dejours, C. (?). *Contribuição da clínica e da psicopatologia do trabalho para a definição de trabalho*. (A. J. S. Araújo. Trad) (?).
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista produção*, 14(3), 27-34. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>

- Dejours, C. (2012). Trabalho vivo: sexualidade e trabalho. *Brasília: Paralelo, 15*, 440.
- Dejours, C. (2012). Trabalho vivo: trabalho e emancipação. *Brasília: Paralelo, 15*, 440.
- Dias, I. M. Á. V., da Silva, S. B., da Silva, M. V., de Lima, G. C., & Lira, C. S. (2017). A escolha de um caminho: Desistência de um Programa de Residência Multiprofissional. *Tempus Actas de Saúde Coletiva, 10*(4), 215-227. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1854>
- de Fátima Rodrigues, T. (2016). Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. *Serviço Social e Saúde, 15*(1), 71-82. Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8647309/14261>
- Fertonani, H. P., Pires, D. E. P. D., Biff, D., & Scherer, M. D. D. A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*, 1869-1878. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC. Apostila.
- Garcia, A. C. P., Lima, R. D. C. D., Freitas, P. D. S. S., Fachetti, T., Cola, J. P., & Andrade, M. A. C. (2015). O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, 5*(1), 31-36. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5314>
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). A pesquisa científica. *Métodos de pesquisa*. Plageder. 31-42. Recuperado de <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. Editora Atlas SA.
- Heloani, R., & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Production*.
- Junior, N. S. R., & dos Santos Ribeiro, C. V. (2018). Psicodinâmica do trabalho: a dialética do prazer e sofrimento em residentes multiprofissionais de um hospital de ensino. *Tempus Actas de Saúde Coletiva, 11*(3), 193-215. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1953>
- Katsurayama, M., Parente, R. C. P., Moraes, R. D. D., & Moretti-Pires, R. O. (2013). Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana. *Caderno de Saúde Coletiva, 21*(4), 414-9. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a09.pdf>
- Lancman, S., & Uchida, S. (2003). Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 6*, 79-90.
- Lancman, S. & Sznelwar, L. I. (2004). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Editora Fiocruz. Brasília.

Lei, N° 11.129 de 30 de Junho de 2005.(2005). *Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens–PROJOVEM. Brasília, DF, 30*. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)

Malta, D. C., Santos, M. A. S., Stopa, S. R., Vieira, J. E. B., Melo, E. A., & Reis, A. A. C. D. (2016). A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 327-338. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0327.pdf>.

de Marqui, A. B. T., do Carmo Jahn, A., Resta, D. G., dos Santos Colomé, I. C., da Rosa, N., & Zanon, T. (2010). Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 956-961. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>

Marsiglia, R. M. G. (2006). Orientações básicas para a pesquisa. *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde*. Recuperado de <http://www.servicosocialesaude.xpg.com.br/texto3-1.pdf>

Matuda, C. G., Pinto, N. R. D. S., Martins, C. L., & Frazão, P. (2015). Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2511-2521. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>

Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Moreira, I. J. B., Horta, J. A., Duro, L. N., Chaves, J., Jacques, C. S., Martinazzo, K., ... & Borges, D. T. (2017). Aspectos psicossociais do trabalho e sofrimento psíquico na estratégia de saúde da família. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 7(1), 1-7. Recuperado de <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6927/5486>.

Noronha, J. C.; Lima, L. D.; Machado, C. V. (2008) O Sistema Único de Saúde: SUS. In: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 365-394.

Rosa, S. D., & Lopes, R. E. (2009). Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, educação e saúde*, 7(3), 479-498. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>

Rosa, S. D., & Lopes, R. E. (2016). Tecendo os fios entre educação e saúde: avaliação do programa da residência multiprofissional em saúde. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 21(2). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/aval/v21n2/1982-5765-aval-21-02-00637.pdf>

Rossoni, E. (2015). Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 1011-1031. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n3/0103-7331-physis-25-03-01011.pdf>

- Santos, M. C., Frauches, M. B., Rodrigues, S. M., & Fernandes, E. T. (2017). Processo de Trabalho do Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF): importância da Qualificação Profissional. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, 8(2), 60-69. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4095/4985>.
- Sarmento, L. D. F., França, T., Medeiros, K. R. D., Santos, M. R. D., & Ney, M. S. (2017). A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde em Debate*, 41, 415-424. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n113/0103-1104-sdeb-41-113-0415.pdf>
- Scherer, M. D. D. A., Pires, D. E. P. D., & Jean, R. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 3203-3212. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/11.pdf>
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. T. (2017). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Dados em Big Data*, 1(1), 23-42.
- Silva, R. V. S., Deusdedit-Júnior, M., & Batista, M. A. (2015). A relação entre reconhecimento, trabalho e saúde sob o olhar da Psicodinâmica do Trabalho e da Clínica da Atividade: debates em psicologia do trabalho. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 8(2), 415-427. Recuperado de <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/download/589/396>
- Silva, M. M. S. (2014). *Efetividade da residência multiprofissional em saúde da família: uma análise a partir do quadrilátero da formação para a área da saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza, CE, Brasil. Recuperado de [http://www.uece.br/cmepes/index.php/docmandownloads/doc\\_download/2101-](http://www.uece.br/cmepes/index.php/docmandownloads/doc_download/2101-).
- da Silva Fernandes, M. N., Beck, C. L. C., Weiller, T. H., Viero, V., Freitas, P. H., & Prestes, F. C. (2015). Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 90-97. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/50300/35674>
- Shimizu, H. E., & Junior, C. (2012). O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 2405-2414. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf>

## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**Programa De Pós-graduação em Psicologia da Saúde**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) TAMIRES BEZERRA DE MELLO, com endereço na Rua Quitéria Rosa Gomes, 110, Arcoverde - PE e CEP: 56509-590 – Telefone: **(87) 99811-2253** e e-mail para contato **tammy.mello12@gmail.com** (inclusive ligações a cobrar).

Esta pesquisa está sob a orientação de: Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo Telefone: (83) 99122-1006, e-mail: **thaisaugusta@gmail.com**.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- **Descrição da pesquisa:** O objetivo geral desta pesquisa é analisar a atividade de trabalho dos residentes multiprofissionais em saúde da família. Os objetivos específicos que irão auxiliar durante o processo da pesquisa são: analisar a organização do trabalho das unidades de saúde da família que recebem residentes; analisar as relações de trabalho e cooperação entre os trabalhadores da saúde da família e os residentes; identificar as lacunas entre o prescrito e o real na atividade dos residentes e analisar as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos residentes. Os residentes em saúde representam um público particular quando se diz respeito ao exercício das atividades na Atenção Básica. O trabalho é permeado pelo processo de formação caracterizado pelo modelo de ensino-serviço proposto pelos programas de residência. Com isso, o exercício das atividades

desses profissionais é permeado por diferentes processos, como as exigências dentro do contexto de trabalho e as atividades teórico-acadêmicas. Na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho esta pesquisa tem o interesse de analisar pela ótica dos sujeitos as vivências do cotidiano de trabalho e os modos de subjetivação desses processos. A coleta de dados será realizada através de grupos de discussão abordando temáticas relacionados ao trabalho dos residentes em saúde da família.

Os encontros serão iniciados em maio/2019 com previsão de término em junho/2019. Serão realizados um mínimo de 3 encontros com cada grupo de discussão, caso haja mais de um.

➤ **RISCOS E BENEFÍCIOS** A pesquisa trata de aspectos subjetivos em relação ao trabalho e à saúde dos profissionais residentes, o que pode levar a algum tipo de desconforto ou mal-estar ao abordar a temática. Ao mesmo tempo, a discussão sobre a abordagem do trabalho e das práticas desenvolvidas dentro da residência em saúde pode promover uma ressignificação dos processos de trabalho na saúde pública, podendo elaborar novos modos de atuação profissional no âmbito da saúde, além de poder refletir sobre as vivências subjetivas e as inovações e empecilhos no trabalho em saúde enquanto profissional residente.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através das gravações dos grupos de discussão ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEPB no endereço: **(Rua Baraúnas, 351 – Campus Universitário, Bodocongó. Prédio Administrativo da Reitoria, 2º andar-sala 229. Campina Grande – PB, CEP: 58429-500. Tel.: (83) 3315-3373 – e-mail: cep@uepb.edu.br).**

---

(assinatura do pesquisador)

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do

estudo **ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE RESIDENTES**

**MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)**

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Tamires Bezerra de Mello a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Recife, XX, XXXX, XXXX

**Assinatura do participante da pesquisa**

## APÊNDICE C

### TÍTULO: ANÁLISE DA ATIVIDADE DE TRABALHO DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA

- **Roteiro para Entrevistas**

1. Fale-me sobre sua formação acadêmica no que se refere à saúde da família.
2. Quais os motivos que te fizeram buscar uma residência nessa área?
3. Como você caracteriza o seu ambiente de trabalho na Saúde da Família?
4. Qual a configuração da equipe em que você está inserido (a)?
5. O que você acha que esperam de você ali no contexto da equipe?
6. Quais são as principais atividades que você realiza no território?
7. De que maneira a sua atividade de trabalho deveria se diferenciar do trabalho da equipe preceptora?
8. Essa diferenciação realmente acontece?
9. De que modo acontece a articulação entre os residentes e a equipe de SF?
10. Quais as principais dificuldades que você encontra para desenvolver seu trabalho?
11. Quais os principais imprevistos que você vivencia na sua atividade? Como lida com eles?
12. Como você descreve a relação entre os residentes e a equipe preceptora?
13. Existem momentos de compartilhamento de experiências no trabalho entre os residentes? De que modo eles acontecem?
14. Existem relações de cooperação entre os residentes no cotidiano de trabalho e dos residentes com a equipe de saúde da família? Em que situações?
15. Você acha que a residência tem lhe dado suporte teórico para as ações que você precisa desenvolver na saúde da família?
16. Quais alternativas possíveis para conciliar as atividades práticas e as atividades teóricas?
17. Quais são as principais vivências de prazer no seu trabalho?
18. E as vivências de sofrimento?
19. O que representa para você o trabalho em saúde?