

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PRAZER E SOFRIMENTO NO PROCESSO
DE FORMAÇÃO DE RESIDENTES
MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Marcelo Nunes da Silva Fernandes

**Santa Maria, RS, Brasil.
2013**

PRAZER E SOFRIMENTO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE

Marcelo Nunes da Silva Fernandes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck
Coorientadora: Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS, Brasil
2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Nunes da Silva Fernandes, Marcelo
Prazer e Sofrimento no Processo de Formação de
Residentes Multiprofissionais de Saúde / Marcelo Nunes
da Silva Fernandes.-2013.
117 p.; 30cm

Orientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck
Coorientadora: Teresinha Heck Weiller
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2013

1. Enfermagem 2. Prazer 3. Sofrimento Psíquico 4.
Residência I. Colomé Beck, Carmem Lúcia II. Heck
Weiller, Teresinha III. Título.

© 2013

Todos os direitos autorais reservados a Marcelo Nunes da Silva Fernandes. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte. E-mail: marcelonsf@gmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Mestrado

**PRAZER E SOFRIMENTO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE
RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE**

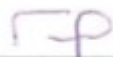
elaborada por
Marcelo Nunes da Silva Fernandes

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

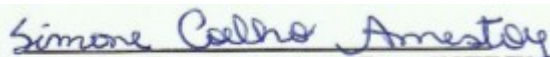
COMISSÃO EXAMINADORA:



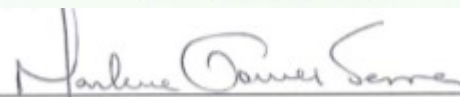
Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



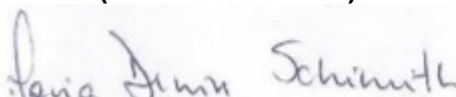
Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)



Simone Coelho Amestoy, Dra. (UFPEL)
(1ª Examinadora)



Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)
(2ª Examinadora)



Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 20 de dezembro de 2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre me guiou e me deu força e coragem para realizar este estudo. Obrigado!

Aos meus pais José e Beatriz Norma, obrigado pelo amor, orações, incentivo, amparo e exemplos de conduta, dignidade e fé.

A meu irmão Eduardo, obrigado pela confiança, amor e amizade de sempre.

As colegas de mestrado, Paula Hubner Freitas e Viviani Viero, com quem sempre dividi as expectativas, alegrias, angústias e incertezas. Obrigado pelo carinho, compreensão e amizade em todos os momentos.

Aos demais colegas da 6ª turma de mestrado, com quem pude partilhar minhas dificuldades e facilidades. Obrigado pelos encontros, conversas, discussões, descontração e construção de saberes.

Aos familiares e amigos que de uma maneira ou de outra me apoiaram. Obrigado!

À minha orientadora Professora Carmem Lúcia Colomé Beck. Muito obrigado pela acolhida, pela paciência, pelos desabafos, pelas conversas, pela grande generosidade e sensibilidade e por não ter em nenhum momento desistido de mim. Você é um exemplo de ser humano! Meu carinho, admiração e eterna gratidão.

À minha coorientadora Professora Teresinha Heck Weiller. Muito obrigado pelo incentivo e confiança em mim depositado. Você é um exemplo de garra e determinação! Meu carinho, admiração e eterna gratidão.

As Professoras da Banca Examinadora, obrigado pelas contribuições neste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, obrigado pela contribuição na construção do conhecimento,

pela motivação que me proporcionaram, pelas trocas significativas, estímulos e acolhida.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, obrigado pela ajuda e gentileza.

À Universidade Federal de Santa Maria, fonte de ensino na graduação e pós-graduação. Obrigado!

Aos colegas dos grupos de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, das linhas de pesquisa Gestão e Atenção em Saúde e Enfermagem e Saúde/Sofrimento Psíquico do Trabalhador, obrigado pelas discussões e contribuições na construção do conhecimento.

Aos colegas da ESF Santo Antônio que me apoiaram durante esses dois anos. Obrigado!

À coordenação da Residência Multidisciplinar Integrada em Sistema Público de Saúde e a Comissão de Residência Multiprofissional de Santa Maria, obrigado pela oportunidade concedida de realizar este estudo.

Aos residentes multiprofissionais de saúde por terem colaborado com este estudo. Muito obrigado por compartilhar comigo suas vivências de prazer e de sofrimento no seu processo de formação. Sem vocês este trabalho não seria possível.

À todos que de uma maneira ou de outra participaram e contribuíram com este estudo. Muito obrigado!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

PRAZER E SOFRIMENTO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE

AUTOR: MARCELO NUNES DA SILVA FERNANDES

ORIENTADORA: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

COORIENTADORA: TERESINHA HECK WEILLER

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 20 de dezembro de 2013.

Este estudo teve como objetivos conhecer a percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação e caracterizá-los sócio-demograficamente. Para o embasamento do estudo adotou-se o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho na perspectiva de Dejours. Participaram nove sujeitos do estudo que atuavam nos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: questionário estruturado autoaplicável de levantamento de dados sócio-demográficos e o grupo focal, o qual totalizou três sessões e ocorreu no mês de abril de 2013, atendendo aos objetivos do estudo. Para o tratamento dos dados sócio-demográficos foi utilizada a estatística descritiva simples e para os dados qualitativos, coletados por meio dos grupos focais, foi realizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. Nas sessões de grupo focal emergiram as categorias que abarcaram as situações de prazer e de sofrimento no processo de formação dos residentes, destacando-se a estrutura e a organização da Residência e sua interface com o trabalho multiprofissional. Este estudo atendeu à Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Quanto aos resultados sociodemográficos a maioria é do sexo feminino, com idade entre 22 e 45 anos, ensino superior, tempo de serviço menor de um ano e com aprovação no primeiro processo seletivo. A maioria dos residentes teve como motivo de ingresso em um dos Programas de Residência a possibilidade de adquirir conhecimentos relacionados à saúde. No que se refere às situações de prazer no processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde relacionados à estrutura e à organização da Residência estas relacionam-se às possibilidades de aprendizado com as diferentes áreas de conhecimento, o compartilhamento de saberes e o reconhecimento e a gratificação profissional do usuário. O sofrimento se evidencia pela sobrecarga de trabalho, a dificuldade de entendimento da metodologia, didática das aulas e articulação para a transmissão dos conteúdos, a extensa carga horária, a falta de entendimento do significado dos conceitos teóricos e a ausência destes nas práticas de trabalho das equipes de saúde. Em relação às situações de prazer com o trabalho multiprofissional da Residência, o estudo revela que, para os residentes multiprofissionais de saúde, estas ocorrem devido ao desenvolvimento de ações de caráter multiprofissional. O sofrimento se relaciona aos sentimentos negativos transmitidos pelos trabalhadores dos serviços de saúde, a desmotivação dos preceptores e tutores, a falta de reconhecimento, as dificuldades de integração das diferentes áreas de ênfase da Residência, as dificuldades de participar de outras atividades educacionais, as ações burocratizadas dos Programas de Residência, a ideia de mão-de-obra e o sofrimento mental. Logo, tendo por embasamento os pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, sugere-se iniciativas que possam contribuir para superar as situações de sofrimento, tais como: a criação de espaços formais para discussão de propostas e de trocas de experiências entre os Programas de Residência e os serviços de saúde, a construção compartilhada entre trabalhadores de saúde e residentes multiprofissionais de saúde do

matriciamento e do projeto terapêutico singular, a construção de intervenções centradas no usuário e a valorização dos residentes multiprofissionais de saúde como sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizado.

Palavras-chave: Enfermagem. Prazer. Sofrimento Psíquico. Residência.

ABSTRACT

Master Thesis
Post-Graduation Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

PLEASURE AND SUFFERING IN THE PROCESS OF FORMATION OF RESIDENTS MULTIDISCIPLINARY HEALTH

AUTHOR: MARCELO NUNES DA SILVA FERNANDES

ADVISER: CARMEM LÚCIA COLOMÉ BECK

COADVISER: TERESINHA HECK WEILLER

Date and Place of Defense: Santa Maria, December 20, 2013.

This study aims to identify the perceptions of residents multidisciplinary health on situations of pleasure and suffering in the process of formation and characterize them sociodemographically. For the basis of this study we adopted the theoretical framework of psychodynamics of work in perspective Dejours. Nine subjects participated in the study who worked in the Integrated Multidisciplinary Residency Programs in Public Health System, Federal University of Santa Maria. Self-administered sociodemographic data and focus group, which totaled three sessions and occurred in April 2013, taking into account the objectives of the study structured questionnaire: two instruments for data collection were used. For the treatment of sociodemographic data Simple descriptive statistics were used and qualitative data collected through the focus groups, content analysis proposed by Bardin was performed. In the focus group sessions categories which covered situations of pleasure and suffering in the process of training of residents, especially the structure and organization of the residence and its interface with the multidisciplinary approach emerged. This study met the Resolution N°. 196/96 of the National Health Council Regarding sociodemographic results most are female, aged between 22 and 45, higher education, length of service less than a year and approved in the first selection process. Most residents had as a reason for admission to one of Residency Programs the opportunity to acquire knowledge related to health. As regards the situations of pleasure in the training of residents multidisciplinary health-related structure and organization of such Residence proceedings relate to the possibilities of learning with different areas of expertise, sharing knowledge and recognition and professional gratification user. Suffering is evidenced by work overload, the difficulty of understanding the methodology, teaching classes and linkage for the transmission of content, the extensive workload, lack of understanding of the meaning of theoretical concepts and their absence in the working practices of teams health. Regarding the situations of pleasure with the multidisciplinary approach of the Residence, the study reveals that, for the residents of multidisciplinary health, these are due to the development of multi-character actions. Suffering is related to negative feelings conveyed by workers of health services, demotivation of preceptors and mentors, lack of recognition, the difficulties of integrating the different areas of emphasis of the Residence, the difficulties to participate in other educational activities, actions bureaucratized of Housing Programs, the idea of hand labor and mental suffering. Soon, with the grounding assumptions psychodynamics of work, it is suggested initiatives that can help to overcome the painful situations, such as: the creation of formal spaces for discussion of proposals and exchanges of experiences between and Residency Programs health services, the building shared among health care workers and residents of the matricial multidisciplinary health and natural therapeutic project, the construction of user-centered interventions and recovery of multidisciplinary health residents as active subjects in the teaching-learning process.

Keywords: Nursing. Pleasure. Psychic Distress. Residence.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACS:** agentes comunitários de saúde.
- BDENF:** Bases de dados de Enfermagem.
- BVS:** Biblioteca Virtual em Saúde.
- CAAE:** Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.
- CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial.
- CCS:** Centro de Ciências da Saúde.
- CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa.
- CEREST:** Centro Regional de Saúde do Trabalhador.
- CNE:** Conselho Nacional de Educação.
- CNS:** Conferência Nacional de Saúde.
- CNS:** Conselho Nacional de Saúde.
- COFEN:** Conselho Federal de Enfermagem.
- COREMU:** Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- CRS:** Coordenadoria Regional de Saúde/RS.
- DCN:** Diretrizes Curriculares Nacionais.
- DEGES:** Departamento de Gestão e Educação na Saúde.
- EPS:** Educação Permanente em Saúde.
- ESF:** Estratégia de Saúde da Família.
- ESP/RS:** Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.
- EUA:** Estados Unidos da América.
- GAP:** Gabinete de Projetos.
- HUSM:** Hospital Universitário de Santa Maria.
- LDB:** Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
- LILACS:** Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
- MEDLINE:** Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line.
- MS:** Ministério da Saúde.
- NDAE:** Núcleo docente-assistencial estruturante.
- PAM:** Pronto Atendimento Municipal.
- PNEPS:** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- PPC:** Projeto Pedagógico do Curso.
- PPGEnf:** Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

PRD: Programa Redução de Danos.

PRMISPS: Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

PRPGP: Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa.

PTS: Projeto Terapêutico Singular.

RIS: Residência Integrada em Saúde.

RM: Residente multiprofissional.

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

SIE: Sistema de Informações para o Ensino.

SMS: Secretaria Municipal de Saúde.

SUS: Sistema Único de Saúde.

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBS: Unidades Básicas de Saúde.

UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

USP: Universidade de São Paulo.

UFMS: Universidade Federal de Santa Maria.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Questionário para levantamento de dados sócio-demográficos	107
Apêndice B – Questões orientadoras para o grupo focal.....	109
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	110
Apêndice D – Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados	112

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Autorização da Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria.....	114
Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria.....	115

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Residência em Saúde	21
2.2 Educação permanente em saúde (EPS).....	24
3 REFERENCIAL TEÓRICO	27
3.1 Psicodinâmica do trabalho.....	27
4 METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de estudo.....	32
4.2 Cenário do estudo.....	33
4.3 Sujeitos do estudo.....	37
4.4 Coleta de dados.....	38
4.5 Organização, análise e interpretação dos dados.....	43
4.6 Aspectos éticos do estudo.....	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1 Caracterização dos residentes multiprofissionais de saúde.....	49
5.2 Prazer e sofrimento no processo de formação dos residentes e sua interface com a estrutura e a organização da residência.....	58
5.3 Prazer e sofrimento no processo de formação dos residentes e sua interface com o trabalho multiprofissional da residência.....	70
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	106
ANEXOS	113

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, em 1986, o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) sinalizou para a necessidade da criação de políticas públicas para a construção do sistema de saúde (BRASIL, 1987). Em consonância, na Constituição Federal de 1988, oficializou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual vem sendo implementado ao longo dos anos para atender a demanda da população em todo o país (BRASIL, 1988).

Assim, desde a sua criação e regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 1990a) e sua Lei Complementar nº. 8142/90 (BRASIL, 1990b) esse sistema vem enfrentando mudanças relacionadas às práticas de saúde, visando à reestruturação do modelo de saúde no Brasil. No entanto, estas não têm sido suficientes para alcançar a qualidade desejada na saúde e neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio do Departamento de Gestão e Educação na Saúde (DEGES) destacam que tais mudanças poderão acontecer se ocorrerem mudanças também na formação dos trabalhadores da área de saúde. Para tanto, é necessário mudar a forma de ensinar e de aprender, buscando maior qualidade no atendimento à população (BRASIL, 2005a).

Nesta perspectiva, a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), assinala como finalidade a importância da formação de trabalhadores aptos, nas diferentes áreas do conhecimento, para a inserção profissional e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira (BRASIL, 1996a). A formação precisa ser inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, com a finalidade do pleno desenvolvimento do educando para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Para tanto, o ensino deve vincular a educação formal, o serviço e as práticas sociais.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), mencionam que os trabalhadores de saúde necessitam desenvolver competências, sendo capazes de aprender na sua formação e na sua prática, que tenham responsabilidade e compromisso com a sua educação e também com as capacitações e estágios das futuras gerações de trabalhadores (BRASIL, 2001a). Desta forma, a formação precisa favorecer o benefício mútuo entre os estudantes, os trabalhadores dos

serviços de saúde, os usuários e os gestores, visando à articulação entre o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência.

Neste contexto, a Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde, visando aproximar os sujeitos da formação, gestão e atenção (BRASIL, 2004a; CECCIM, 2005a). E, tem como objetivo propor um processo de educação permanente para os trabalhadores, a partir das necessidades de saúde da população, propiciando mudanças na formação, desde o nível técnico até a pós-graduação (BRASIL, 2004b).

Assim, a proposta de educação permanente em saúde (EPS) busca contribuir para a reconfiguração dos processos de formação e das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, por meio da implementação de conexões entre o sistema de saúde, as esferas de gestão e controle social e as instituições de ensino. Também, a de integrar o desenvolvimento individual e institucional, ou seja, articular serviços e gestão setorial, atenção e controle social, visando a efetiva implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais abarcadas pelo SUS.

Em consonância, a Portaria GM/MS nº 1.996 traz novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, reafirmando os princípios da EPS como norteadores para a construção dos Planos Regionais de EPS e das ações educativas em saúde (BRASIL, 2007a). Esta recoloca a questão de que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS atendam os problemas em relação à atenção à saúde e à organização do trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2001a).

Desta forma, a implementação da EPS, configura-se como um instrumento de ação frente às mudanças que urgem ser realizadas para a efetivação do SUS. Para que isso ocorra, é preciso criar e/ou sedimentar espaços para a interlocução entre os cursos, serviços e gestores, na qual todos necessitam se sentir corresponsáveis pela formação dos futuros trabalhadores (HENRIQUES, 2005). Para tanto, a formação urge considerar os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, pois são eles que delineiam o perfil profissional requerido. As atuais políticas públicas de saúde precisam de trabalhadores éticos, críticos e que sejam capazes de refletir sobre a sua prática e sobre as condições de saúde da população. É necessário uma formação integral que contextualize a assistência, que vincule teoria e prática, que

privilegie a abordagem centrada no ser humano, a valorização do enfoque sócio-político e preventivo, a valorização da pesquisa, a atividade prática e criativa, a elevação do padrão de qualidade e o compromisso social do ensino na área da saúde (OJEDA; SANTOS; EIDT, 2004).

Nesta perspectiva, se inserem as Residências Multiprofissionais em Saúde, as quais possibilitam o contato do profissional com o mundo do trabalho e o da formação, buscando mudanças no modelo tecnoassistencial por meio de um processo de EPS que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo e na sociedade em que vive. As Residências supõem uma nova lógica para os processos de trabalho e produção da vida no intuito de organizar a formação e o trabalho em saúde, uma vez que a fragmentação dos saberes em campos profissionais promove a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de protagonista na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população (CECCIM, 2010).

Neste contexto, minha inquietação em estudar especificamente os residentes multiprofissionais de saúde deveu-se ao fato de considerar ser fundamental focalizar na sua formação, tornando-se importante conhecer as situações de prazer e de sofrimento vivenciadas pelos mesmos. Tais situações relacionam-se à abordagem da psicodinâmica do trabalho, na qual o trabalho é caracterizado como fonte de prazer e sofrimento, visto que é possível que estas emoções permeiem o processo de formação do residente multiprofissional de saúde.

Nesta abordagem, “o sofrimento é uma experiência vivenciada, ou seja, é um estado mental que implica um movimento reflexivo da pessoa sobre seu estar no mundo” (DEJOURS, 1999, p. 19). No entanto, essa vivência não é totalmente consciente, pois tem uma parte inapreensível e indissociável da corporalidade. Desta forma, “o sofrimento é sempre, antes de tudo, um sofrimento do corpo, engajado no mundo e nas relações com os outros” (DEJOURS, 1999, p. 19).

Paralelo a isso, Dejours (1999) aponta que o sofrimento preexiste ao encontro com a situação do trabalho, pois direciona o sujeito no mundo e no trabalho em busca da autorealização e da construção da identidade que se dão no campo social. E, com isso, uma fonte de prazer é a transformação das situações causadoras de sofrimento por meio da subjetividade do sujeito. Destaca-se que não há trabalho que não acarrete em algum tipo de sofrimento, mas é fundamental que os trabalhadores

administrem seu próprio sofrimento em proveito de sua saúde, o que pode desencadear em uma maior produtividade no trabalho.

Assim, a psicodinâmica do trabalho contribui para o campo da saúde por meio da intervenção sobre a organização do trabalho, ao estimular que os sujeitos possam transformar o seu trabalho, não anulando o sentimento, mas apropriando-se do prazer do vivido (MENDES, 2007).

Neste sentido, considerando-se a importância do prazer e do sofrimento na formação, pesquisou-se o que há na produção científica acerca desta temática¹, nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Banco de Dados da Enfermagem (BDENF), enfocando esta temática para elucidar as produções nesta área. As palavras utilizadas para o levantamento das produções científicas foram enfermagem, prazer, sofrimento e aluno.

Os estudos da produção científica evidenciou que as manifestações de prazer dos alunos estão relacionadas ao reconhecimento da família ou doente pelo seu trabalho na prática de cuidados à saúde; apoio e escuta e confiança transmitida pelo professor; valorização das suas experiências anteriores; bem como a compreensão das suas reações e sentimentos frente as experiências vividas. Soma-se a isso, as trocas de experiências e o reconhecimento do professor dos limites do aluno (MATHEUS; CHAVES; BIANCHI, 1999; OKANE; TAKAHASHI, 2006; SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008).

As manifestações de sofrimento do aluno são expressas pela angústia, insegurança, medo, ansiedade e vergonha diante do novo; pela postura rígida do professor e sua dificuldade de estabelecer uma relação empática e a falta de paciência para ensinar; pelos conflitos diante de diferentes situações e pela dificuldade do aluno de articular teoria e prática, dissociando o aprender e o fazer (VIETTA et al., 1996; CASATE; CORRÊA, 2006; BOSQUETTI; BRAGA, 2008).

Assim, as produções analisadas (VIETTA et al., 1996; MATHEUS; CHAVES; BIANCHI, 1999; CASATE; CORRÊA, 2006; OKANE; TAKAHASHI, 2006; BOSQUETTI; BRAGA 2008; SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008), apontam diferentes manifestações de prazer e sofrimento nos alunos. No entanto, não abordam quais

¹ Busca bibliográfica desenvolvida nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Medical line (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de dados de Enfermagem (BDENF), utilizando as seguintes palavras-chaves: enfermagem, prazer, sofrimento, aluno.

são as situações que possuem caráter problematizador para a formação de trabalhadores de saúde, no sentido de potencializar as suas aprendizagens.

Neste sentido, o processo de formação deve passar pelo ensino teórico e das habilidades práticas, possibilitando ao aluno estabelecer correlações entre o referencial teórico e as situações do seu cotidiano (SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008). Os alunos de enfermagem enfrentam vários desafios, sendo que para superá-los precisam do apoio do professor. Entre os desafios estão às situações complexas envolvendo sofrimento humano e conflitos ou atitude de escuta, envolvimento, senso crítico e acolhimento para o qual ele não está, muitas vezes, preparado (MATHEUS; CHAVES; BIANCHI, 1999). Torna-se fundamental que o aluno seja acolhido em suas limitações e conflitos, sendo acompanhado no sentido de promover a sua maturidade pessoal e profissional para a formação não estritamente técnica de sua profissão, mas para a formação cidadã (CASATE; CORRÊA, 2006). Cabe ao professor valorizar as experiências de vida dos alunos para que possam perceber e compreender suas reações e sentimentos, proporcionando-lhes ajuda perante as dificuldades enfrentadas no seu processo de formação (SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008).

Neste sentido, acredita-se que uma das principais atribuições dos trabalhadores dos serviços de saúde é contribuir para a formação permanente de recursos humanos em saúde e desenvolvimento de tecnologias para efetivação do SUS.

Estas foram algumas reflexões que me levaram a realizar essa investigação junto aos residentes multiprofissionais de saúde, somados a minha participação no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no qual tenho tido muitas oportunidades de refletir, junto com acadêmicos de graduação e de pós-graduação e trabalhadores dos serviços de saúde, sobre questões referentes à saúde, ao trabalho e a formação em saúde.

Aliado a isso, contribuiu também, minha vivência como residente multiprofissional de saúde no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da UFSM. Minha inserção se deu na área temática de atenção básica/saúde da família e vigilância em saúde, na qual experienciei um processo de formação que visava à transformação das práticas assistenciais hegemônicas, mediante o desenvolvimento da capacidade dos

residentes multiprofissionais de saúde de construírem seus conhecimentos embasados em situações observadas na realidade.

No percurso da minha vivência como residente multiprofissional de saúde, observei que nem sempre os trabalhadores dos serviços de saúde que atuavam nessa modalidade de ensino compreendiam esta proposta, reforçando as práticas assistenciais curativas do modelo clínico tradicional. Ainda, constatei algumas dificuldades enfrentadas por parte de alguns trabalhadores dos serviços de saúde com a proposta do PRMISPS da UFSM, suas áreas temáticas e com o referencial teórico adotado pelo Programa, bem como com os princípios e as diretrizes que norteiam o SUS.

A partir desta constatação, percebe-se que é necessário objetivar a transformação das práticas profissionais e a mudança da organização do trabalho, por meio da problematização do processo produtivo, estimulando a capacidade dos trabalhadores para a construção de novos conhecimentos relacionados ao processo ensino-aprendizagem, por meio de um novo olhar sobre as práticas profissionais e assistenciais, diversas vezes cristalizadas e naturalizadas no processo de trabalho dos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Deste modo, acredita-se na relevância desta pesquisa devido às experiências e problemáticas enfrentadas no cotidiano desta formação, identificando os aspectos que podem ser aprimorados. Sob essa ótica, esta pesquisa teve como objeto de estudo: as situações de prazer e de sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde dos PRMISPS da UFSM.

Para tal, delineou-se a seguinte questão de pesquisa: qual a percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação? E, os objetivos foram:

- Conhecer a percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação;
- Caracterizar sóciodemograficamente os residentes multiprofissionais de saúde.

Neste contexto, entende-se que mudanças na formação precisam ser (re) pensadas e adotadas, visando minimizar as dificuldades enfrentadas, pois o prazer pode ser considerado fator importante para o aprendizado dos residentes multiprofissionais de saúde.

Assim, considerando-se a importância da temática proposta para a formação, fica evidente que esta é uma área de investigação que precisa ser potencializada e pode contribuir, a partir da identificação das situações de prazer e de sofrimento vivenciadas pelos residentes, com elementos para o planejamento de ações para a potencialização do processo de formação em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentadas algumas considerações sobre a temática, trazendo as ideias dos autores que a fundamentaram.

2.1 Residência em saúde

A necessidade de superação do modelo clínico tradicional de atenção à saúde no Brasil deve buscar transpor a forma dominante nos serviços de saúde, necessitando de ações que desencadeiem esse processo de mudança. Acredita-se que esta precisa repercutir nas formas de trabalho no setor saúde. Então, foram propostas reavaliações na formação, por meio de reformas curriculares e nos métodos de ensino em todos os níveis, ou seja, técnico, graduação e pós-graduação. E também na qualificação dos trabalhadores que já estavam inseridos nos serviços de saúde por meio da elaboração de programas permanentes de aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1990a).

Entretanto, as mudanças curriculares isoladas e o aperfeiçoamento em forma de capacitações parecem não serem suficientes para responder às necessidades requeridas pelos serviços de saúde. Há necessidade da fundamentação do ensino na realidade da atenção à saúde, a partir das demandas reais da população. Então, a articulação ensino-serviço surge enquanto estratégia de aproximação entre o mundo acadêmico e o serviço, buscando potencializar o ensino e qualificar a atuação dos trabalhadores de saúde no cotidiano da atenção à saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008).

Neste contexto, a Residência é considerada uma modalidade de ensino que utiliza como metodologia a formação em serviço, no nível de pós-graduação *latu-sensu* (CECCIM; FERLA, 2003). Os primeiros programas de residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato. A residência médica, enquanto modalidade de ensino legalmente reconhecida em serviço pós-graduado, foi pioneira na área da saúde. A Residência Médica surgiu nos Estados Unidos da

América (EUA) no fim do século XIX, visando à especialização do médico recém-formado e a partir daí, difundiu-se em outros países como um curso indispensável para a especialização de médicos após a graduação. No Brasil, a Residência Médica iniciou em 1940 e consolidou-se em 1960, influenciada pelo modelo americano e centrada no modelo hegemônico tradicional, baseado no treinamento de habilidades técnicas nas instituições hospitalares (FERREIRA, 2007).

Os primeiros programas de Residência Médica no Brasil tiveram início na USP em 1945 e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947. Em 1977, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica, por meio do Decreto nº 80.281, regulamentando-a como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos (FEUERWERKER, 1998; SILVA, 2005; FERREIRA, 2007).

A Residência em Enfermagem também surgiu nos EUA e, posteriormente, foi disseminada pelo restante do mundo e no Brasil, começou na década de 1960, sem legalização formal. A primeira Residência em Enfermagem do Brasil foi implementada no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, em 1961, sendo regulamentada no Anteprojeto de Lei 2.264/1996, o qual criou a Residência em Enfermagem e a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (FERREIRA, 2007). Em 2001, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou a Resolução nº 259/2001, com o objetivo de regulamentar a Residência em Enfermagem e garantir o título de especialista aos egressos dos diversos programas que utilizam essa modalidade de ensino em serviço (BRASIL, 2001b).

Paralelamente à história das Residências Médica e de Enfermagem, surgiu em 1977, a primeira Residência Multiprofissional do Brasil na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) (CECCIM; ARMANI, 2001). Tinha como proposta o trabalho em equipe multiprofissional, mediante o cuidado prestado à saúde da população na rede básica de saúde, ultrapassando a assistência à saúde focada no cuidado médico ao corpo biológico (FERREIRA, 2007).

No ano de 2005, através da lei nº. 11.129, foi instituído o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde com o intuito de qualificar os trabalhadores para a atuação no SUS (BRASIL, 2005b). Para o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Residência em Área Profissional da Saúde se refere ao “aperfeiçoamento especializado, realizado em ambiente de serviço” (BRASIL, 2004c, p. 5). Destaca-se que as Residências em Área Profissional da Saúde podem ser ou

não multiprofissionais (serviços constituídos por trabalhadores de diversas formações) e integradas (integração entre as áreas para alcançar a atenção integral à saúde) (DALLEGRAVE, 2008).

A Portaria Interministerial nº. 2.117, instituiu no âmbito dos MS e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2005c). Em consonância, no ano de 2007, a Portaria Interministerial nº. 45 reconheceu a Residência Multiprofissional em Saúde como curso de especialização caracterizado por ensino em serviço (BRASIL, 2007b).

Desde 2002, o MS vem apoiando esta modalidade de residência mediante financiamento, na perspectiva de trabalhar de forma integrada com todas as profissões de saúde (BRASIL, 2006a). Ainda, esta modalidade se ocupa de abarcar as diversas profissões da saúde, sendo preservadas as especificidades de cada uma, não necessariamente tendo um campo de ação em comum. Ou, ao contrário, não são privilegiados os núcleos de saberes e formam-se profissionais com ênfase em um campo de conhecimento único (DALLEGRAVE, 2008).

A regulamentação pelos MS e da Educação, da Residência Multiprofissional em Saúde como modalidade de ensino que utiliza como metodologia a formação em serviço em nível de pós-graduação lato sensu é fundamental no preparo de trabalhadores qualificados para a atenção à saúde da população e para a reorganização do processo de trabalho em saúde, na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2005d).

Neste contexto, a Residência Multiprofissional em Saúde se insere como uma modalidade de formação especializada em serviço, representando uma das estratégias para repensar o processo de formação, por meio da conformação de sujeitos críticos e de espaços de representação profissional e movimentos sociais para o processo de construção do SUS (CECCIM, 2010). A Residência Integrada em Saúde (RIS) prevê a integração entre trabalho e educação, mediante a aproximação das profissões da saúde e a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS (CECCIM, 2010). Nesta modalidade, participam trabalhadores de diferentes áreas e as ênfases e as profissões escolhidas para cada Programa procuram privilegiar as necessidades e realidades locais (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

A partir dessas definições, ficou estabelecido que os Programas de Residências tem a finalidade de atuar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, é necessário a partir das necessidades locais e regionais, integrar

práticas e saberes das profissões envolvidas, buscando qualificação da atenção e do processo de trabalho das equipes, integração ensino-serviço e também servindo como instrumento utilizado para potencializar a formação e a qualificação de trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2005d; 2006b).

Neste contexto, percebe-se que as Residências vêm ocupando seu espaço na sociedade, contribuindo para a formação de trabalhadores de saúde de acordo com as exigências do SUS (DALLEGRAVE, 2008) Deste modo, torna-se importante potencializar a qualidade da formação, mediante o desenvolvimento de um novo perfil profissional mais comprometido com as políticas públicas de saúde e com a solução de problemas de saúde da população.

2.2 Educação permanente em saúde (EPS)

O SUS contempla a formação de recursos humanos e de programas de formação permanente, alavancando a premissa de que estes caminhos levam à qualificação dos serviços de saúde oferecidos à população. E, a EPS como principal pilar da PNEPS, é um processo dinâmico de ensino e aprendizagem que visa analisar ações e melhorar a capacitação de trabalhadores de saúde devido à evolução tecnológica, necessidades sociais, os objetivos e metas institucionais, a partir da reflexão sobre o processo de trabalho, enunciando problemas e necessidades de natureza pedagógica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

A EPS possibilita o questionamento da realidade por meio de propostas que preconizam mudanças nas práticas vigentes das atividades desenvolvidas pelos diferentes atores sociais e pela responsabilidade com o coletivo (MERHY; FEUERWEKER; CECCIM, 2009). Também, pretende integrar diversas abordagens, abrigando na educação em serviço a compreensão no âmbito da formação técnica, da graduação e pós-graduação, a organização do trabalho, a interação com as redes de gestão e de serviços de saúde, além do controle social no setor (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Assim, a EPS passou a ser uma Política Pública formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, mediante a atualização cotidiana das

práticas e a construção de relações e processos interinstitucionais e intersetoriais. Desta forma, constitui-se em um processo educativo que ocorre no âmbito do pensar e do fazer no trabalho, com a finalidade de propiciar o crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores, contribuindo para a organização do processo de trabalho, através de etapas que possam problematizar a realidade e produzir mudanças.

Nesta concepção, a EPS pode ser compreendida por meio de espaços de problematização, reflexões e diálogos entre os trabalhadores de saúde para que estes promovam mudanças e transformações nos serviços de saúde. Para tanto, sugere que as práticas dos trabalhadores de saúde estejam pautadas na reflexão crítica e nas práticas reais na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2007c). Para isso, é necessário que os trabalhadores de saúde assumam a condição de atores sociais protagonistas deste processo de reforma das práticas de atenção à saúde (CECCIM, 2005b).

Assim, a EPS visa à transformação das práticas de atenção à saúde por meio do desenvolvimento de ações fundamentadas nos princípios da PNEPS, otimizando a integração ensino-serviço e buscando a qualificação da atenção, do aperfeiçoamento dos trabalhadores e da formação discente. Além disto, a proposta de educação permanente pressupõe uma aprendizagem significativa mediante a transformação das práticas profissionais em um encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho (BRASIL, 2005e). E, também representa uma importante mudança na concepção e nas práticas, uma vez que ela supõe inverter a lógica do processo incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, modificando as estratégias educativas, problematizando o próprio fazer; fazendo dos trabalhadores os construtores do conhecimento e de alternativas de ação (BRASIL, 2005e).

Neste contexto, a proposta da educação permanente vai ao encontro dos propósitos da integração ensino-serviço que busca que a formação e o desenvolvimento ocorram de modo descentralizado e transdisciplinar (ALBUQUERQUE et al., 2008). Soma-se a isso, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar, a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento do trabalho em equipe e a busca de soluções criativas para os problemas encontrados (BRASIL, 2005e). Para tal, busca atuar na relação entre os

trabalhadores nos serviços de saúde e com os usuários do sistema, visando a transformação do processo de trabalho das equipes por meio de uma atuação que seja crítica, reflexiva e tecnicamente competente (CECCIM, 2005b).

Assim, o fortalecimento do SUS deve ser orientado pela PNEPS, a qual deve subsidiar as possibilidades de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social das políticas públicas de saúde, visando qualificar as práticas e as ações dos serviços de saúde e as práticas pedagógicas para a formação dos trabalhadores de saúde. No que concerne à PNEPS, esta traz em seu escopo de atuação o desenvolvimento e a implementação de iniciativas políticas e práticas para a reorientação da graduação e da formação técnica, de acordo com as necessidades do setor saúde. Para tanto, deve promover a articulação ensino-serviço visando à qualificação da formação e da atuação profissional fundamentadas nos princípios e nas diretrizes do SUS (BRASIL, 2009a).

Neste contexto, a EPS assume papel importante na formação dos trabalhadores de saúde para atender as exigências decorrentes das práticas sociais, do avanço tecnológico e da consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2007c).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Psicodinâmica do trabalho

A seguir, será abordada a psicodinâmica do trabalho, pois se considera que este referencial teórico-metodológico pode auxiliar na compreensão do objeto de estudo e no alcance dos objetivos propostos para este estudo.

A Psicodinâmica é compreendida como um conjunto de conhecimentos sistemáticos que suscita uma nova forma de estudar a relação trabalho e saúde. Está estruturada a partir da dinâmica intrínseca no contexto de trabalho, em virtude de fatores e manifestações “subjetivas, psíquicas, sociais políticas e econômicas que podem ou não deteriorar este contexto, transformando-o em um lugar de saúde e/ou de patologias e de adoecimento” (MENDES, 2007, p.29).

Neste contexto, o trabalho enquanto atividade criativa e de transformação, modifica o homem que o executa, pois este se reconhece e se transforma pelo trabalho, além do valor econômico, do conhecimento e das experiências e habilidades que o trabalho proporciona (TRINDADE, 2007). Também, ocupa lugar central na vida do homem, pois por meio dele pode alcançar o seu sustento, o estabelecimento das relações sociais e o reconhecimento, entre outras possibilidades (MACHADO, 2006).

Ainda, possui papel fundamental na vida dos seres humanos, pois por meio dele se pode atingir satisfação e realização profissional, constituindo-se para o homem, em condição de existência social e de criação da sua identidade no mundo (GOMES, 2006).

Assim, o trabalho centra-se como operador fundamental na construção do próprio sujeito e do homem como ser ativo, na luta para conservar a sua identidade e sua normalidade (DEJOURS, 1994; 2003). Ainda aparece como um produto das relações sociais, pois a construção da forma como se organiza envolve compromisso, negociação e uma gestão social das interpretações dos trabalhadores, os quais são os criadores do saber-fazer e dos novos modos operatórios para a sua eficiência (DEJOURS, 2004).

Neste contexto, o trabalho é definido como "atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho" (DEJOURS, 2004, p.65). Refletindo quanto ao exposto, Franco (2006) salienta que o trabalho se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários, isto é, são fluxos permanentes entre sujeitos e que formam uma intrincada rede de relações para a sua realização.

Nesta perspectiva, o trabalho em saúde depende da organização do trabalho, ou seja, das contradições e dos ajustes entre trabalho prescrito e trabalho real; da dimensão do outro, das normas, valores, acordos e da dimensão do próprio trabalhador e sua subjetividade (ROCHA, 2003; DEJOURS, 2004). Estes aspectos estão ligados, as ideias concebidas pela Administração Científica do Trabalho a qual estabelece o trabalho fragmentado, decomposto em atividades específicas, com controle do tempo de execução e dos movimentos físicos dos trabalhadores, rigor na separação entre elaboração e execução do sistema produtivo, transferência da dimensão intelectual do trabalho para esferas gerenciais e estrutura hierarquizada (DEJOURS, 1994).

Nesta perspectiva, a divisão das tarefas abarca características como a repetitividade, a monotonia, a incapacidade de gerar uma visão integrada da produção e de estabelecer sentido e significado ao trabalho. Por sua vez, a divisão dos homens está relacionada ao distanciamento e adoção de técnicas de disciplinamento próprias à exploração da força de trabalho pelas estruturas hierárquicas e pela homogeneização das condições de existência (MORRONE; MENDES, 2003).

A partir das mudanças estruturais ocorridas nos últimos anos, surgem novos modelos de organização do trabalho. Estes preconizam, dentre outros, o trabalho em equipe com flexibilidade de funções; a redução dos níveis hierárquicos com o estabelecimento de coordenação horizontal e, finalmente, a valorização da autonomia e da qualificação profissional (MORRONE; MENDES, 2003).

Assim, a organização do trabalho passa a ser compreendida como um processo intersubjetivo na qual se encontram envolvidos diferentes sujeitos em interação com uma dada realidade, resultando no trabalho enquanto lugar de produção de significações e de construção de relações sociais (MENDES, 1999). A cooperação só pode ser construída a partir da liberdade dos indivíduos, de uma vontade coletiva, além de relações de confiança na execução do trabalho. Observa-

se que esse processo está relacionado à mobilização subjetiva desencadeada pelo trabalho, representando a contribuição específica que cada trabalhador pode oferecer à organização do trabalho (DEJOURS, 2004).

A mobilização subjetiva mantém-se à proporção que a organização do trabalho apresenta o reconhecimento ao indivíduo - reconhecimento de natureza simbólica, dividido em duas dimensões: constatação da contribuição individual à organização do trabalho e gratidão pela contribuição à organização do trabalho (DEJOURS, 2004).

Desta forma, a conquista da identidade social passa pela dinâmica do reconhecimento, ou seja, "a cooperação indissociável da economia da identidade e da saúde mental no trabalho" (DEJOURS, 2004, p.76). Assim, o trabalho é entendido como uma construção central da identidade dos trabalhadores e como um espaço de interação e de construção coletiva.

Neste sentido, a dinâmica do reconhecimento assume papel de articulação entre o processo de constituição da identidade e o campo social, pois atribui um valor ao trabalho, a partir da interação do trabalhador com o contexto social no qual está inserido, valor este que determina a construção da identidade do trabalhador no campo social (MORRONE; MENDES, 2003).

Para se compreender a inter-relação trabalho e saúde em uma perspectiva teórica, Christopher Dejours construiu a abordagem da Psicopatologia do Trabalho considerando em seus pressupostos, o trabalho como fonte de prazer e de sofrimento. As vivências de prazer e de sofrimento são entendidas como o sentido do trabalho e sua análise possibilita o entendimento da dinâmica organizacional, pois não se pode entender o sofrimento psíquico ligado a atividades laborais sem que se entenda em que consiste a satisfação e o prazer no trabalho.

Assim, prazer e sofrimento são emoções que podem aparecer no trabalho e que repercutem na vida profissional, pessoal e social do trabalhador. Ou seja, são vivências psíquicas, fruto da relação que o trabalhador estabelece com o seu trabalho, a partir da compatibilidade entre a sua história de vida, os seus desejos, projetos e esperanças e a organização do trabalho (MORRONE; MENDES, 2003).

Neste contexto, é objeto da psicodinâmica do trabalho o estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho que se manifestam nas vivências de prazer e de sofrimento, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento (MENDES, 2007). O trabalho, assim realizado, aponta para a criação de identidade do

trabalhador pelo fazer e produzir, em busca da compreensão da dinâmica das vivências de prazer-sofrimento.

Neste cenário, Dejours entende as dinâmicas de trabalho como produtoras de situações que conduzem ao prazer ou ao sofrimento. Segundo Fernandes et al. (2006), esta abordagem se interessa pela fala do trabalhador, suas vivências e comportamentos, investigando o prazer e o sofrimento dos indivíduos nas suas relações com o trabalho.

Destaca-se a subjetividade do trabalhador no ambiente de trabalho, sendo o processo de trabalho a forma pela qual os trabalhadores expressam suas preocupações e buscam concretizar seus desejos para o trabalho e para a vida. Assim, é impossível separar o trabalho da produção de subjetividades dos trabalhadores, pois o trabalho faz parte de suas vidas, contribuindo para a formação de sua identidade e sua visão de mundo (DEJOURS, 2006).

Sob esse viés, contribui Dejours (2006) ao afirmar que, para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, é necessário tornar a organização do trabalho flexível, visando proporcionar ao trabalhador maior liberdade no trabalho e identificar os fatores que desencadeiam prazer. Conforme Guido (2003), o prazer e a satisfação no trabalho estão vinculados às possibilidades de ser criativo, ter liberdade para inovar, participar ativamente nas decisões e ter valorizada sua prática profissional.

Apesar das dificuldades enfrentadas no contexto laboral, o trabalhador quando satisfeito com seu trabalho, realizará suas atividades prazerosamente, podendo desencadear a satisfação nos sujeitos por ele assistidos.

O sofrimento e a insatisfação no trabalho estão presentes na relação do homem com a organização do trabalho, destacando-se que o trabalhador é influenciado interna e externamente, pois traz consigo sua história, aspirações, desejos e motivações, possuindo características únicas (DEJOURS, 1994).

Assim, como o trabalho é um cenário para o fortalecimento desta singularidade e para a realização de si mesmo, destaca-se a importância do reconhecimento deste trabalho como um exercício para a mobilização dos mesmos. A satisfação e a insatisfação do trabalhador podem estar vinculadas a aspectos como condições de trabalho, condições de higiene, segurança, organização do trabalho, relações de poder, questões de responsabilidade e o relacionamento interpessoal (DEJOURS, 2006).

Neste sentido, a relação do homem com a organização das atividades é favorável, tornando-se uma fonte de prazer e satisfação profissional, pois as exigências das atividades correspondem às necessidades do sujeito ou que este possa expressar a sua subjetividade, participando da escolha do ritmo de trabalho e modificando a sua organização de acordo com a própria vontade. Por outro lado, o resultado da relação do homem com o trabalho pode ser o sofrimento e a insatisfação profissional, devido ao choque entre a personalidade do indivíduo, o seu projeto individual e a prescrição imposta pela organização do trabalho que não considera a sua subjetividade (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Diante do exposto, é importante compreender que o prazer e o sofrimento são sentimentos dialéticos e de grande relevância no trabalho e que identificar as situações de prazer e sofrimento no trabalho pode ser um ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o labor em um sentido mais colaborativo e mais humano para si mesmos.

4 METODOLOGIA

A seguir serão abordados aspectos referentes à metodologia, descrevendo o tipo de estudo, cenário, sujeitos, coleta e análise dos dados e aspectos éticos relacionados ao mesmo.

4.1 Tipo de estudo

A metodologia compreende a discussão do caminho a ser definido em relação ao objeto de pesquisa. Para tanto, buscando atingir o objetivo proposto foi realizado uma pesquisa de caráter exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa (MINAYO, 2010).

No que tange à pesquisa exploratória, ela proporciona uma visão abrangente acerca de um fato tendo como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, o que permite a formulação de problemas precisos ou hipóteses para novos estudos (GIL, 2010). E, a descritiva descreve os fatos de determinadas realidades, exigindo do pesquisador informações sobre seu objeto de estudo, necessitando de técnicas, métodos e teorias bem definidas que orientarão a coleta e análise dos dados (LEOPARDI, 2002). É importante salientar que também prima pela descrição de características de determinada população ou fenômeno e que pode também estar direcionada a busca de opiniões, atitudes e crenças de populações (GIL, 2010).

A pesquisa qualitativa é utilizada para a obtenção de dados subjetivos, ou seja, preocupa-se em apreender uma realidade, motivos, crenças, valores e atitudes, incorporando a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e as estruturas sociais. Assim sendo, esta é uma forma histórica de busca teórica e prática no campo das investigações sociais em que se necessita compreender o contexto no qual está inserido (MINAYO, 2010). Assim, a pesquisa qualitativa possibilitou que, a partir do olhar do pesquisador, fossem capturados fragmentos do processo de formação dos residentes multiprofissionais

de saúde e realizada a análise e interpretação do significado que o prazer e o sofrimento têm para eles.

4.2 Cenário do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida nos PRMISPS da UFSM, localizados no município de Santa Maria, interior do Rio Grande do Sul, o qual possui uma população aproximadamente de 261.031 habitantes, situado a 300 km da capital do Estado (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

É município-sede da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), com 31 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 24 urbanas e sete rurais e uma Unidade Móvel de Atendimento Básico; um Laboratório de Análises Clínicas; um Pronto Atendimento Municipal (PAM), que agrega atendimentos diferenciados para adultos, crianças e odontológico. Entre os serviços especializados estão o Centro de Atenção Psicossocial infantil (CAPS i) - O Equilibrista; CAPS II Álcool e Drogas (Ad) - Caminhos do Sol; CAPS II Ad - Cia do Recomeço; CAPS II - Prado Veppo; Ambulatório Municipal de Saúde Mental e Programa Redução de Danos (PRD). Sedia ainda o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), referência para atendimento de emergência, internação e serviço ambulatorial; o Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST), um serviço referência em oftalmologia e um Hemocentro. Possui um hospital geral, Hospital Casa de Saúde, referência para internação. Conta ainda com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) atuam 16 equipes, compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Em cinco unidades há equipes de saúde bucal e uma equipe trabalha em duas ESF rurais. Além disto, caracteriza-se como um pólo de concentração deste tipo de formação no interior do estado do Rio Grande do Sul, uma vez que no Estado existem 12 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Esses Programas de Residências Multiprofissionais assim se apresentam: o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, o qual é subdividido em quatro áreas temáticas

(crônico-degenerativo, mãe-bebê, onco-hematologia e saúde mental); o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, subdividido em duas áreas temáticas (atenção básica/saúde da família e vigilância em saúde) e o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

O desenvolvimento das atividades destes programas estão respaldados nas seguintes instâncias: Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa (PRPGP) da UFSM; Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU); Colegiado do Centro de Ciências da Saúde da UFSM (CCS/UFSM); Núcleo docente-assistencial estruturante (NDAE); Coordenação do núcleo/gestor de cada Programa e seus respectivos tutores de campo e tutores de núcleo (docentes do Programa) e preceptores de campo e preceptores de núcleo (trabalhadores dos serviços de saúde).

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) é orientado pelas diretrizes políticas pedagógicas e estratégias metodológicas balizadas pela formação de trabalhadores em saúde com competências para atuar no SUS (SILVA, 2013). O PPC pressupõe a articulação entre serviços e ações de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar a construção de caminhos para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009). Isto vai além das mudanças propostas no sistema de formação dos cursos da saúde, pois pressupõe novas práticas de atenção e gestão em saúde.

Assim, a proposta dos PRMISPS da UFSM visa superar o caráter fragmentado ofertado pelos serviços de saúde, buscando a qualificação de trabalhadores que respondam às necessidades de mudança propostas pelo SUS. Para tanto, é solicitado aos residentes multiprofissionais de saúde o desenvolvimento de ações intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população; potencialização da integração ensino-serviço; formação crítica e reflexiva e fortalecimento do trabalho multiprofissional e interdisciplinar (SILVA, 2013). Além disto, pressupõe a formação de trabalhadores com competência para se articularem e se organizarem em torno de uma visão ampliada do sistema de gestão e de atenção em saúde, por meio da instituição de novos mecanismos ou processos integrados de gestão, atenção, educação e formação em saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

Isto se deve a reconfiguração do modelo de atenção em saúde que emerge com a criação do SUS e traz a necessidade de promover mudanças na formação profissional. Para tal, o desafio das instituições de ensino superior é formar trabalhadores de saúde mais humanos, capazes de trabalhar em equipe e voltados para a integralidade da atenção à saúde em serviços do SUS, por meio de uma renovação pedagógica distanciada de bases teóricas, conceituais e metodológicas convencionais que privilegiam o ensino demarcado pelo paradigma hegemônico na área da saúde (ROSSONI; LAMPERT, 2004; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

Neste movimento, os PRMISPS da UFSM se organizam por meio da orientação didático-pedagógica-metodológica de produção de campo e de núcleo. O núcleo corresponde as funções e ações inerentes a cada profissão e o campo ao efetivo exercício da interdisciplinaridade, que envolve utilizar dispositivos da clínica ampliada, tais como: a implantação de projetos terapêuticos singulares (PTS), a construção de linhas de cuidado, protocolos clínicos, fluxogramas, sistemas de referência e contrareferência, implantação do matriciamento e de equipes de referência e outros.

Os PRMISPS estão lotados na direção do CCS da UFSM, sendo desenvolvidos em parceria com o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), 4ª CRS e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria/RS. Caracterizam-se como cursos de pós-graduação lato sensu, com duração de dois anos, 60 horas semanais de atividades, sendo 80% atividades práticas (48 horas semanais) e 20% atividades teóricas e teóricas-práticas (12 horas semanais), perfazendo uma carga horária total de 5760 horas-aula. Também, abrangem os profissionais dos seguintes cursos da área da saúde: enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, nutrição, educação física, fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional e farmácia.

As atividades de formação são desenvolvidas nos turnos da manhã, tarde e noite, em regime de dedicação exclusiva. As atividades práticas de formação profissional são realizadas, no mínimo, em dois níveis de atenção/gestão do SUS no município de Santa Maria/RS e em municípios de abrangência da 4ª CRS. Para tanto, os residentes multiprofissionais de saúde recebem uma bolsa mensal, a qual é viabilizada somente mediante o cumprimento de 100% da carga horária prática e 75% da carga horária teórica.

No último processo seletivo aos PRMISPS da UFSM, realizado em fevereiro de 2012, foram ofertadas 70 vagas assim distribuídas: 35 vagas no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde; 16 vagas no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde e 19 vagas no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

Além disso, os residentes multiprofissionais de saúde podem pleitear vaga no Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, que ocorre concomitante as atividades referentes aos PRMISPS da UFSM. O processo de seleção do mestrado ocorre uma vez ao ano e também podem participar os residentes médicos.

Destaca-se que o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar está com duas turmas em andamento e já finalizou duas turmas e o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde possui uma turma em andamento e já concluiu duas turmas. Ambos os Programas, totalizam 22 residentes multiprofissionais de saúde formados. O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental está em andamento com sua primeira turma.

Ainda, no ano de 2013 o Programa de Residência em Gestão e Atenção Hospitalar possui 59 residentes multiprofissionais de saúde matriculados, o Programa de Residência Multiprofissional Integrada possui 16 residentes multiprofissionais de saúde matriculados e o Programa de Residência em Saúde Mental iniciou este ano sua primeira turma com 19 residentes multiprofissionais de saúde matriculados. Para efetivação de suas atividades, os PRMISPS da UFSM contam com preceptores e tutores de campo e de núcleo para o desenvolvimento das suas atividades de formação em serviço. Com isto, busca a valorização do trabalho em equipe multiprofissional, a ampliação do cuidado prestado à saúde da população nos diferentes serviços de saúde, ultrapassando a assistência à saúde focada no cuidado ao corpo biológico.

No intuito de redirecionar os modelos de gestão, atenção e formação para enfrentar os desafios da operacionalização dos processos multiprofissionais e a consolidação da garantia dos princípios estruturantes do SUS, o PRMISPS da UFSM tem como propósito provocar mudanças nos modos de pensar-fazer saúde individual e coletiva, com a participação dos trabalhadores dos serviços de saúde e residentes multiprofissionais de saúde. Ainda, busca operacionalizar processos de

trabalho orientados por novas tecnologias e impactar no processo de trabalho dos serviços, a partir da atuação multiprofissional e da integração ensino-serviço, a fim de qualificar as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores e estimular a mudança do paradigma clínico tradicional de saúde vigente no país (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram os residentes multiprofissionais de saúde matriculados no segundo ano dos três PRMISPS da UFSM. Tal escolha deveu-se ao fato destes residentes terem tido a oportunidade de cursar a maioria das disciplinas teóricas e vivenciar diferentes situações nas atividades práticas, o que possibilitou maior embasamento para contribuir com esta pesquisa.

Considerando a matrícula dos residentes no segundo ano, o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde possui 35 residentes multiprofissionais de saúde matriculados; o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, 16 residentes multiprofissionais de saúde matriculados e o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, 20 residentes multiprofissionais de saúde matriculados no segundo ano, totalizando 71 residentes multiprofissionais de saúde.

O critério de inclusão no estudo foi: ser residente multiprofissional de saúde matriculado no segundo ano de um dos PRMISPS da UFSM. E, como exclusão foram aqueles que estavam em férias, atestados médico ou licenças de qualquer natureza durante o período de coleta dos dados.

Inicialmente, foi realizado contato com a Coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional da UFSM, a fim de se obter uma lista com o nome de todos os residentes multiprofissionais de saúde matriculados no segundo ano de cada um dos Programas.

A escolha por dispor separadamente os residentes multiprofissionais de saúde em cada Programa deveu-se ao fato de que poderiam ocorrer diferenças no

que se relaciona às concepções de prazer e de sofrimento de acordo com a proposta de cada Programa.

Após, os residentes multiprofissionais de saúde foram selecionados pelo pesquisador para participar do estudo mediante sorteio. Definiu-se o sorteio de cinco residentes multiprofissionais de saúde de cada um dos Programas, totalizando 15 residentes. Destes, nove participaram efetivamente dos encontros de grupo focal, sendo dois residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde; três residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde e quatro residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde.

Tal escolha se deu de acordo com estudos acerca da técnica de grupo focal, a qual recomenda que o número de sujeitos seja de seis a quinze pessoas (SEVERO, FONSECA E GOMES, 2007; RESSEL et al., 2008).

4.4 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram selecionados dois instrumentos: a técnica de grupo focal e um questionário de levantamento de dados sócio-demográficos (Apêndice A), elaborado especificamente para essa finalidade, o qual teve como objetivo caracterizar sociodemograficamente os residentes multiprofissionais de saúde.

Este questionário incluiu aspectos como sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade (curso, instituição de ensino superior, ano de conclusão), tempo de trabalho anterior à residência multiprofissional, motivações para a escolha do Programa específico e outros dados que desejassem informar.

Destaca-se que a coleta de dados por meio do questionário foi realizada antes de iniciar o primeiro encontro de grupo focal e nos demais encontros, caso houvessem novos sujeitos do estudo, os quais não haviam comparecido no encontro anterior.

A técnica de grupo focal é utilizada na pesquisa qualitativa e consiste na discussão sobre um tema em particular, no qual os sujeitos do estudo refletem

vários aspectos de um tópico específico e recebem estímulos apropriados para desenvolver o debate (GATTI, 2005). Além disto, o grupo focal é uma estratégia para coletar dados diretamente das falas de um grupo, o qual expõe suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo (BECK; GONZALES; LEOPARDI, 2002).

Por isso, foi utilizada neste estudo visto que se adapta aos objetivos e como forma de obter informações e realizar constatações, deixando emergir as diferentes visões sobre o assunto (RESSEL; GUALDA; GONZALES, 2002).

Nos encontros, o mestrando foi o responsável pela condução das temáticas do grupo focal e contou com a participação de duas assistentes de pesquisa em cada grupo focal. Estas assistentes eram mestrandas em enfermagem e acadêmica de graduação em enfermagem integrantes do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.

Anterior aos encontros de grupo focal, o pesquisador e as assistentes de pesquisa, realizaram a leitura do projeto de dissertação de mestrado e de artigos sobre a utilização desta técnica em pesquisas qualitativas, no intuito de que tivessem maior domínio acerca da proposta para a coleta de dados. Na sequência, foi agendado um encontro com orientadora, a coorientadora, o pesquisador e as assistentes de pesquisa, visando esclarecer dúvidas acerca das particularidades para a aplicação da técnica. Vale ressaltar que antes de cada grupo focal, o pesquisador enviava com antecedência de dois dias e por e-mail, o planejamento do respectivo encontro para as assistentes de pesquisa compartilhando as informações sobre a dinâmica a ser adotada naquele momento.

Assim, foram realizados três grupos focais incluindo dois residentes multiprofissionais de saúde do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde; três residentes multiprofissionais de saúde do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde e quatro residentes multiprofissionais de saúde do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental no Sistema Público de Saúde, totalizando nove sujeitos do estudo.

Ressalta-se que cada grupo focal teve duração de duas horas. Os encontros aconteceram semanalmente no mês de abril de 2013. Cabe destacar que dois dias antes de cada encontro, o pesquisador entrava em contato via e-mail com cada residente multiprofissional de saúde. Este visava confirmar a presença dos

residentes, o local, o horário e as datas dos encontros de grupo focal que foram agendadas com a Coordenação dos PRMISPS da UFSM, no intuito de não haver interrupções e garantir tranquilidade aos residentes multiprofissionais de saúde, bem como preservar a sua privacidade e identidade.

Para cada grupo focal, os sujeitos do estudo foram os mesmos, apesar da técnica permitir a realização dos grupos focais com sujeitos diferentes em cada encontro. Ainda destaca-se que devido a qualidade dos dados coletados, não foi necessário ampliar o número de grupos focais, pois os dados coletados foram suficientes para atingir os objetivos propostos neste estudo.

Os encontros foram gravados, em áudio MP3, a fim de garantir a fidedignidade dos registros das falas, acompanhado de observações pertinentes que foram registradas pelas assistentes de pesquisa.

As temáticas desenvolvidas nos encontros foram o processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde e as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação. Também, no sentido de auxiliar na realização dos encontros com a técnica de grupo focal, foram construídas algumas questões orientadoras da discussão, as quais se encontram explicitadas no Apêndice B.

A seguir, será descrito como aconteceu o desenvolvimento dos encontros de grupos focais.

O ambiente foi organizado com as cadeiras dispostas em círculo, favorecendo o estabelecimento da comunicação entre o pesquisador, as assistentes de pesquisa e os residentes multiprofissionais de saúde. Também, foi organizado um lanche para ser oferecido a eles ao longo de cada encontro. Na porta de entrada da sala em que foram realizados os grupos focais foi fixado um aviso: "Coleta de dados. Pesquisa de mestrado. Uso de gravador", visando assegurar a privacidade dos residentes multiprofissionais de saúde e evitar ruídos externos.

No primeiro encontro, participaram nove residentes multiprofissionais de saúde. Conforme chegavam ao local, era confeccionado um crachá com o seu nome, entregue o questionário para levantamento de dados sócio-demográficos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

Após, era realizada a abertura do grupo focal com boas-vindas aos residentes multiprofissionais de saúde. Posteriormente, procedia-se a leitura do TCLE, ressaltando a adoção dos códigos RM1, RM2, RM3 e assim sucessivamente, no intuito de preservar a identidade dos residentes, a privacidade e a confidencialidade

dos dados. Ainda, destacava-se o compromisso do retorno dos resultados para os sujeitos do estudo após a defesa da dissertação de mestrado.

Os residentes multiprofissionais de saúde receberam orientações de que a pesquisa, a princípio, não ocasionaria riscos, mas que em função da reflexão sobre o prazer e o sofrimento no seu processo de formação poderia haver mobilização de sentimentos e, neste caso, estaria à disposição dos interessados o serviço de psicologia do município de Santa Maria/RS, com o qual foi realizado um contato prévio para atendimento. O grupo focal somente foi iniciado após entrega, leitura e assinatura do TCLE, o qual foi apresentado em duas vias, ficando um de posse dos sujeitos do estudo e o outro com o pesquisador.

Posteriormente, foram realizadas algumas pactuações com os residentes multiprofissionais de saúde: o horário de início e término dos encontros, (os quais não ultrapassariam duas horas); a importância da participação nos encontros, assegurando a continuidade das discussões; a disponibilidade em colocar o telefone celular no silencioso ou desligá-lo e a importância de não falarem ao mesmo tempo, evitando também conversas paralelas, de modo a favorecer a comunicação entre os participantes e facilitar a compreensão das falas.

Na sequência, foi proposta a dinâmica da teia, a qual consistiu em dispor os sujeitos do estudo em círculo e com o auxílio de um novelo de lã iniciou-se a apresentação dos residentes multiprofissionais de saúde. Neste momento, eles eram estimulados a relatar brevemente quem era, de onde vinha, o que fazia e/ou qualquer outro dado que desejasse compartilhar. Em seguida, o residente que havia realizado a sua apresentação, deveria jogar o novelo para uma das pessoas à sua frente, prendendo a ponta do mesmo em um dos dedos de sua mão; o próximo residente realizava a sua apresentação, prendia uma ponta do novelo em sua mão e assim sucessivamente, de forma que todos se apresentassem. Ao final das apresentações houve no interior do círculo uma teia de fios que unia uns aos outros. Neste momento, foi solicitado aos residentes multiprofissionais de saúde que relatassem o que observaram, o que sentiam, o que significava a teia, o que aconteceria se um deles soltasse seu fio, entre outros questionamentos.

Após este momento, foram apresentados pelo pesquisador os objetivos do estudo, ressaltando a figura do mestrando como facilitador do processo de discussão e do apoio das assistentes de pesquisa, as quais eram uma mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM e uma acadêmica

de graduação do Curso de Enfermagem da UFSM, ambas integrantes do Grupo de Pesquisa, linha Saúde-sofrimento psíquico.

Posteriormente, foi solicitado o preenchimento do questionário de levantamento de dados sociodemográficos. Na sequência, foi entregue uma caixa que continha cinco questões (Para mim, a Residência é..., Na Residência eu fico alegre quando..., Na Residência eu fico triste quando..., Ser residente multiprofissional de saúde é..., Escolhi cursar Residência porquê...), relacionadas com as questões norteadoras propostas para os grupos focais. Tais perguntas deveriam ser buscadas aleatoriamente entre os residentes; sendo que cada um realizava a leitura de sua pergunta e se procedia a discussão no grupo focal, momento no qual se abordava outra questão e assim sucessivamente até que a última pergunta fosse discutida. Vale ressaltar que a discussão poderia não se esgotar em um só encontro podendo ser retomada no próximo grupo focal.

Ao final do encontro era realizada uma síntese retomando o foco das discussões e confirmando as informações, com a leitura em voz alta das anotações realizadas em um cartaz por uma das assistentes de pesquisa. Nesta oportunidade, os residentes multiprofissionais de saúde poderiam acrescentar e retificar os registros feitos. Ao encerrar o encontro, era entregue uma mensagem e bombons, agradecendo a participação de todos e acordando sobre o próximo encontro.

No segundo encontro de grupo focal participaram sete residentes multiprofissionais de saúde que também estiveram presentes no primeiro encontro. Nesta oportunidade, foram entregues os crachás já utilizados anteriormente e, conforme a chegada dos residentes o questionário de levantamento de dados sócio-demográficos e o TCLE caso houvessem novos sujeitos do estudo, que não haviam comparecido no encontro anterior.

Posteriormente, foi realizada a abertura do grupo focal com boas-vindas aos residentes multiprofissionais de saúde e a apresentação do mestrando e das assistentes de pesquisa, bem como os objetivos do estudo e a técnica de grupo focal.

Na sequência, foi abordada uma questão do grupo focal anterior, a qual não havia sido discutida e exposto em um cartaz o resumo do encontro anterior, visando suscitar algum novo questionamento. Também utilizou-se o recurso audiovisual, por meio da apresentação de dois vídeos (Menino da Índia - <https://www.youtube.com/watch?v=omxalPvIWhk> e a banda mais bonita da cidade -

<https://www.youtube.com/watch?v=QW0i1U4u0KE>) que permitiram avançar na discussão das questões referentes ao prazer e ao sofrimento no processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde.

Ao final deste encontro de grupo focal também foi realizada uma síntese da discussão e oportunizado um espaço para esclarecimento, retificações e contribuições dos sujeitos do estudo. Encerrou-se o encontro de grupo focal com a entrega de uma mensagem de agradecimento e de bombons, reforçando a participação no próximo encontro.

No terceiro encontro de grupo focal participaram oito residentes multiprofissionais de saúde.

Após, também foi exposto em um cartaz o resumo do encontro anterior, visando suscitar algum novo questionamento e utilizou-se do recurso audiovisual datashow, por meio de uma apresentação em power point, para apresentar os achados obtidos nos dois encontros anteriores com relação ao prazer e ao sofrimento no processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde, de modo a potencializar a discussão a ser realizada posteriormente. Neste encontro de grupo focal, também foi realizada uma síntese da discussão e oportunizado um espaço para esclarecimento, retificações e contribuições dos sujeitos do estudo.

Ao final do grupo focal, realizou-se a dinâmica da caixa, a qual consistia que cada residente multiprofissional de saúde abrisse uma caixa e pudesse se enxergar pelo reflexo de um espelho que estava no interior da caixa. Neste momento, o pesquisador destacou a importância da participação de cada um para a construção deste estudo, agradecendo a disponibilidade em dividir as situações de prazer e de sofrimento que permeiam o seu processo de formação.

Cabe destacar que no final de cada um dos três encontros de grupo focal, o pesquisador e as assistentes de pesquisa se reuniam com o objetivo de avaliar o grupo focal, visando aprimorar aspectos para o próximo encontro, por meio de uma conversa de como havia sido o grupo focal, identificando quem falou muito ou pouco, se alguém se emocionou, como os pesquisadores se sentiram, entre outros aspectos.

4.5 Organização, análise e interpretação dos dados

Após a finalização dos encontros de grupos focais, foi agendado pelo pesquisador um encontro com a orientadora e a coorientadora, a fim de discutir os dados obtidos na aplicação do questionário de levantamento de dados sociodemográficos e da técnica de grupo focal.

Neste encontro, delineou-se que a análise dos dados seria realizada em etapas. Inicialmente, foi realizado a sistematização dos dados sociodemográficos, visando caracterizar os residentes multiprofissionais de saúde que participaram do estudo.

Assim, para facilitar a leitura dos resultados obtidos no questionário, os dados sociodemográficos foram agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva simples, com apresentação dos mesmos em frequência e percentual.

Após, iniciou-se as etapas que compõem a análise da técnica de grupo focal. A fase de pré-análise é caracterizada pela organização do material, mediante a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação e reformulação de objetivos. É o momento de organização das informações obtidas no grupo focal e retomada da proposta de pesquisa para a aproximação inicial e o planejamento das fases seguintes (BARDIN, 2011).

Esta foi realizada de forma imediata após a coleta dos dados e representou a aproximação com o material empírico, o que permitiu o levantamento das regularidades do objeto da pesquisa, ou seja, foi na pré-análise que foram apreendidos os elementos presentes na percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação. Nesta etapa ocorreu a transcrição dos dados obtidos nas gravações dos encontros de grupo focal de forma literal em um editor de textos, constituindo o corpus da pesquisa.

Em seguida, os dados obtidos nos encontros de grupo focal foram submetidos à Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011). Esta etapa iniciou-se pela escuta das gravações e a leitura flutuante do material coletado nos encontros de grupo focais, surgindo as primeiras impressões do pesquisador. Após, foi realizada a construção de um quadro sinóptico com os seguintes elementos: tema a ser discutido, questão norteadora, residente, Programa de Residência Multiprofissional no qual o residente estava vinculado, fala literal e extrato da fala. Destaca-se que

tais elementos foram pensados na perspectiva da questão norteadora e dos objetivos do estudo.

Para facilitar o entendimento e sistematizar as ideias iniciais, buscou-se auxílio do programa Microsoft Word 2013, criando-se uma pasta para cada residente multiprofissional de saúde.

Na sequência, os trechos das falas registrados no quadro sinóptico foram assinalados por cores diferentes, de acordo com os temas que se repetiam com regularidade e as ideias semelhantes. Assim, a criação do quadro sinóptico no programa Microsoft Word 2013 e a técnica de cores aplicada no material da síntese dos encontros de grupo focal realizados, permitiram compor o material que foi submetido à análise.

Posteriormente, iniciou-se a fase de exploração do material, na qual ocorre o recorte de elementos comuns no conteúdo das falas transcritas para a construção das categorias. São elencadas as unidades de registro, que são as palavras, expressões e frases que fornecem sentido ao conteúdo que embasam a determinação das categorias (BARDIN, 2011). Nesta fase, os dados foram trabalhados, não apenas com objetivo da organização dos mesmos, mas de conhecer os elementos percebidos pelos residentes multiprofissionais de saúde no que tange as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação.

Nesta etapa, o primeiro passo foi encontrar os temas que constituíram as Unidades de Registro. A partir da identificação destas unidades, foi possível elencar as duas categorias que emergiram dos dados coletados.

Destaca-se que foram levados em consideração pelo pesquisador a frequência e a regularidade com que apareciam tais unidades. Para análise, a inferência foi fundamentada na presença de palavras, temas, frases e seus significados e não na frequência da sua aparição.

Na prática, a categorização foi realizada de forma ampliada, ou seja, englobando os três PRMISPS da UFSM, pois não foram encontradas diferenças em relação à temática proposta. Assim, a definição de categorias baseou-se na questão norteadora e nos objetivos do estudo.

Em seguida, iniciou-se a fase de tratamento dos resultados, considerada o momento em que o pesquisador pode propor inferências e interpretações, a partir dos resultados dos seus achados e de acordo com os objetivos da pesquisa. Na interpretação, os recortes anteriormente realizados, são analisados de acordo com o

referencial teórico adotado. Neste momento, há a indução de significados e a interpretação do conteúdo transcrito de maneira que os resultados sejam o mais fidedigno da intencionalidade dos sujeitos da pesquisa (BARDIN, 2011).

Assim, após a definição dos temas, foram construídas as categorias que se agrupavam para posterior embasamento com pressupostos teóricos. Desta forma, buscou-se a fundamentação teórica para discussão e análise dos resultados, por meio das falas que permitiram conhecer, analisar e interpretar as percepções dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação, de modo a responder aos objetivos da pesquisa.

4.6 Aspectos éticos do estudo

A ética envolve a observação de normas de conduta corretas em todas as dimensões da vida. Ao realizar uma pesquisa qualitativa, existe o risco de invadir a privacidade do pesquisado, pois se necessita utilizar suas falas e analisá-las. (VICTORA; KNAUT; HASSEN, 2000).

Assim, este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) dos PRMISPS da UFSM (ANEXO A). Posteriormente, foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) e no Gabinete de Projetos (GAP), ambos da UFSM. Ainda, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e seu protocolo submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, sendo aprovado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 3934413.8.0000.5346, com a finalidade de atender às prerrogativas da Resolução nº. 196/96 do CNS (BRASIL, 1996b).

Antes de iniciar a pesquisa, o pesquisador realizou a leitura do TCLE, juntamente com os residentes multiprofissionais de saúde que participaram do estudo para que eles compreendessem os objetivos e a metodologia do estudo, para que fosse informado sobre o anonimato e o caráter confidencial das suas informações e para que validassem sua participação voluntária na pesquisa.

O TCLE foi apresentado em duas vias, sendo que uma ficou com o residente multiprofissional de saúde que participou do estudo e a outra foi arquivada pelo pesquisador responsável, o qual ficará com a guarda em local seguro e de acesso

restrito, ou seja, o armário da sala 1305B da Profa. Carmem Lúcia Colomé Beck, no CCS da UFSM, no período de cinco anos, podendo ser utilizado como banco de dados para possíveis pesquisas posteriores e após o prazo pré-estabelecido será destruído.

O pesquisador também assumiu o compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados utilizados, preservando o anonimato dos residentes multiprofissionais de saúde (APÊNDICE D). Além disso, em todo o processo de pesquisa, foram observados os princípios bioéticos do respeito à pessoa, quais sejam: o da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e o da equidade.

O princípio da autonomia assegura a participação do sujeito da pesquisa de modo voluntário e orientado de acordo com o Termo de Consentimento Pós-Infirmação. O princípio da beneficência observa que o sujeito ao realizar as descrições experienciais, amplia seu mundo sobre a própria existência e consciência, ao participar de forma voluntária. Neste sentido contribui, significativamente, para a obtenção de conhecimentos. O princípio da não maleficência garante o respeito à privacidade e a preservação do anonimato e o da equidade observa os critérios de justiça e igualdade (TURATO, 2003).

Para preservar o anonimato, cada residente multiprofissional de saúde foi identificado pelas letras RM (RM1, RM2, RM3, RM4, RM5...), pois são as letras que iniciam as palavras residente e multiprofissional, seguidas de um número que não corresponde à sequência de sua participação na pesquisa e nem ao Programa ao qual está vinculado.

A participação neste estudo não representou, a princípio, riscos potenciais ou reais à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa dos sujeitos. No entanto, poderia trazer algumas lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato do pesquisador realizar questões nas quais os residentes multiprofissionais de saúde refletiram sobre seu processo de formação. Caso isto acontecesse e se o residente desejasse, esta situação poderia ser acompanhada pelo serviço de psicologia do município de Santa Maria/RS, com o qual foi realizado um contato prévio para atendimento. Neste momento, o sujeito poderia interromper a sua participação na pesquisa, podendo ou não retornar, conforme seu desejo.

Este estudo não apresentou benefícios diretos aos sujeitos envolvidos mas proporcionou, a partir dos resultados obtidos, traçar estratégias que possibilitaram contribuir para qualificar o processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde, mediante a identificação das situações de prazer e de sofrimento vivenciadas por eles.

A socialização dos resultados desta pesquisa será realizada junto aos PRMISPS da UFSM e aos residentes multiprofissionais de saúde. Em um segundo momento, será realizada a socialização dos dados via construção de artigos para a publicação em periódicos e apresentação dos resultados em eventos como congressos, seminários e demais espaços coletivos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados deste estudo, a partir da ótica do pesquisador, ancorado na Psicodinâmica do Trabalho, destacando-se as potencialidades dos achados.

Desta maneira, emergiram as categorias: caracterização dos residentes multiprofissionais de saúde, prazer e sofrimento no processo de formação dos residentes e sua interface com a estrutura e a organização da residência e prazer e sofrimento no processo de formação dos residentes e sua interface com o trabalho multiprofissional na residência.

5.1 Caracterização dos residentes multiprofissionais de saúde

A seguir serão apresentadas algumas características sociodemográficas dos residentes multiprofissionais de saúde que participaram deste estudo.

Em relação ao gênero, dos nove residentes multiprofissionais de saúde que participaram da pesquisa, sete (77,8%) são do sexo feminino e dois (22,2%) são do sexo masculino.

Tal resultado vem ao encontro dos estudos de Franco et al. (2011) com residentes de enfermagem em que 81.3% dos sujeitos de pesquisa é composto por mulheres. Autores como Silva et al. (2010) encontrou que 52% dos residentes eram do sexo feminino e Silva et al. (2011) verificou que 53% eram mulheres, dados que apontam para a participação das mulheres nos programas.

A predominância das mulheres propicia a discussão sobre as questões relacionadas ao trabalho feminino e sua relação com a inserção no mercado de trabalho. Neste contexto, foi construída a ideia de que a mulher detém qualidades inerentes à própria condição feminina, como por exemplo, o cuidado com os filhos e a responsabilidade pelas atividades domésticas.

Estudos sinalizam os determinantes econômicos como motivos para agregarem as atividades domésticas ao trabalho remunerado das mulheres (BRUSCHINI,2007; CARLOTO, 2002).

Nesta perspectiva, Oliveira et al. (2012) referem que a proporção da população feminina na faixa etária dos 15 aos 64 anos inserida no mercado de trabalho nos países desenvolvidos, tem aumentado significativamente nos últimos anos. Conforme Wegner e Pedro (2010), as mulheres têm conquistado espaços essenciais à sua valorização e afirmação social por meio dos papéis que vêm desempenhando com competência na família, na comunidade e no trabalho.

Segundo Daune-Richard (2003) e Tahon (2004), a divisão sexual do trabalho é apoiada pelo discurso da fragilidade e paciência feminina, caracterizada pela capacidade da mulher de entrar em relação com os outros, a qual no universo de trabalho são qualidades inerentes à natureza feminina. Assim, a divisão sexual do trabalho é também um princípio organizador da produção capitalista e esta divisão do trabalho vale para todas as sociedades e se reflete também no campo da saúde.

Corroborando, Garcia et al. (2010), refere que no Brasil, ao longo da segunda metade do século XX, e especialmente durante as décadas mais recentes, houve um maciço movimento das mulheres em direção ao mercado de trabalho. No entanto, a mulher continuou a principal responsável pelo trabalho reprodutivo, ou seja, o trabalho doméstico e familiar, pelo fato da divisão sexual do trabalho ainda se fazer fortemente presente.

Esta duplicidade do papel da mulher responsável pelo sustento da família e por todas as demandas do lar, caracteriza as duplas jornadas de trabalho o que ocasiona, muitas vezes, a sobrecarga de trabalho. Somado a isso, segundo Garcia et al. (2010), a falta de flexibilidade e de reconhecimento profissional do trabalho feminino formal faz com que muitas mulheres se envolvam com longas jornadas de trabalho e obtenham baixos rendimentos.

Conforme Franco (2004), as características psicológicas da mulher as fazem vivenciar, diferentemente dos homens, o sofrimento psíquico e os sistemas defensivos, bem como as possibilidades de deslocamento da problemática psicopatológica e a derivação da violência das relações de trabalho contra as mulheres.

Desta forma, é possível considerar a importância desses fatores para o desenvolvimento do trabalho, visto que o impacto do trabalho compreende as repercussões dos fatores relacionados ao trabalho sobre a saúde.

Ainda, há a necessidade de considerar a incorporação do trabalho em sua complexidade e as relações sociais nas análises e intervenções propostas para a

formação profissional em saúde como sendo de natureza multifatorial e o ser humano nas suas dimensões biopsicossociais e históricas (BRITO et al., 2003).

Neste sentido, Dejours (2004) destacou que o trabalho feminino apresenta um caráter paradoxal, pois faz a mediação das relações de dominação dos homens sobre as mulheres, ao mesmo tempo que é um instrumento de reapropriação dos direitos das mulheres. Esta tendência também é observada entre os trabalhadores da saúde, em especial, os enfermeiros (MACHADO, 2000). Assim, destaca-se que as relações de gênero evidenciam as formas pela qual a sociedade organiza a produção e a reprodução no mundo do trabalho (BRITO, 2005).

Em relação à idade dos residentes multiprofissionais de saúde estudados, é possível perceber que a idade média foi de 27,9 anos, sendo que a idade mínima foi de 22 anos e a máxima de 45 anos. Este achado assemelha-se aos estudos de Macedo (2009), em que se verificou a idade média de 26 anos e de Suozzo et al. (2011), em que foi constatada a idade média de 25,4 anos.

Os achados também revelam que os Programas de Residência são constituídos de uma população jovem que se defronta com indagações, dúvidas e incertezas em relação à Residência e aos obstáculos que a envolvem.

No que se refere ao estado civil, seis residentes multiprofissionais de saúde são solteiros (as) (66,7%) e três (33,3%) são casados (as) ou convivem com companheiro (a). Ainda, sete (77,7%) não tem filhos e dois (as) (33,3%) possuem filhos. Nos estudos de Silva et al. (2010), 82% e Silva et al. (2011), 78,1% dos residentes eram solteiros.

Ao longo dos anos 90, houve queda da taxa de fecundidade e as mulheres têm hoje em média 2,3 filhos (HOFFMANN; LEONE, 2004). Neste sentido, os achados deste estudo, podem remeter a opção pela formação profissional em detrimento da família.

Neste contexto Nogueira-Martins (2003) referem que, de um modo geral, os jovens almejam inicialmente a estabilidade profissional e financeira, para depois planejar a constituição de uma família.

Além disso, observou-se a participação de quatro enfermeiros (44,4%) na população estudada. Historicamente, a Enfermagem caracteriza-se pela predominância do sexo feminino. Isso pode relacionar-se ao número destes residentes matriculados nos PRMISPS da UFSM e que participaram deste estudo.

Na Residência, um dos desafios enfrentados diz respeito à formação de um novo perfil de trabalhadores que articulem teoria e prática, por meio de uma visão crítica acerca da realidade dos serviços de saúde de modo a favorecer a troca e o compartilhamento de novos saberes (GOULART et. al, 2012).

Com esta leitura, identifica-se que na sua maioria os residentes multiprofissionais de saúde estudados são adultos jovens, solteiros e não tem filhos. Isto pode apontar para um rejuvenescimento da força de trabalho na área de saúde com formação de nível superior.

Em relação à escolaridade dos nove residentes multiprofissionais de saúde estudados, todos (100%) possuem graduação em suas áreas específicas de formação, sendo que destes, sete (77,8%) não possuem curso de pós-graduação em nível de especialização, dois (as) (22, 2%) possuem outro curso de pós-graduação em nível de especialização e um (a) (11,1%) residente multiprofissional de saúde estava cursando mestrado profissional.

A partir destes achados, percebe-se que os residentes multiprofissionais de saúde identificam a necessidade de estudar. Isto é positivo para a qualidade dos serviços e para a sua evolução pessoal e profissional, na medida em que exercem seu papel junto a equipe dos serviços de saúde como agentes de transformação dos processos de trabalhos onde desenvolvem suas atividades.

Em relação ao tempo de trabalho anterior à Residência, sete (77,8%) residentes multiprofissionais de saúde tiveram alguma experiência profissional que corresponde a menos de um ano de trabalho e dois (22,2%) não tiveram nenhum vínculo de trabalho anterior à Residência.

Deste modo, percebe-se que os sujeitos estudados vivenciaram algum vínculo anterior com o mundo do trabalho mas, objetivamente, procuraram a Residência para aperfeiçoar a sua formação. Sobre isso, pesquisas descrevem que o egresso da universidade, busca na Residência a construção de sua identidade profissional e o aperfeiçoamento técnico e científico indispensáveis para o ingresso no mundo do trabalho, o que pode explicar os dados encontrados (MATHEUS; IDE; ARNGELO, 2003; GOULART et al., 2012).

Nesta perspectiva, isto é possibilitado pelos PRMISPS da UFSM, os quais visam formar um novo perfil de trabalhadores em consonância com as diretrizes e princípios do SUS. Neste sentido, possibilita-se que a aprendizagem ocorra na rede de serviços e, sobretudo, viabiliza-se o relacionamento entre atitudes críticas e

reflexivas com práticas interdisciplinares na saúde, o que contribui com o surgimento de experiências alternativas de formação.

Isto sinaliza que a Residência permite a instrumentalização teórico-prática ao recém-graduado e a qualificação dos trabalhadores que já tem experiência de trabalho em uma determinada área de conhecimento. Neste contexto, Carbogim et al. (2010), refere que a Residência é uma estratégia que prepara os trabalhadores de saúde para atuarem nas suas realidades de trabalho, mediante a reflexão de forma crítica sobre a prática e o aperfeiçoamento dos seus conhecimentos.

Sobre isso, pesquisas apontam que o investimento dos trabalhadores de saúde na busca do conhecimento abarca objetivos inerentes à construção histórica e da ciência de cada profissão. Além disso, a participação em eventos científicos e a orientação de estudos monográficos dos residentes multiprofissionais de saúde são práticas que impulsionam e consolidam a construção do conhecimento na área (LOPES; MOURA, 2004; GOULART et al., 2012).

Desta forma, a Residência tem repercussão na formação dos trabalhadores de saúde e das equipes dos serviços de saúde na qual eles estão vinculados, permitindo a melhoria da qualidade dos serviços prestados por estes trabalhadores.

Neste estudo, também se evidenciou que seis (66,7%) residentes multiprofissionais de saúde obtiveram aprovação em um dos PRMISPS da UFSM em seu primeiro seletivo e três (33,3%) no segundo processo seletivo.

A seguir, serão discutidos os dados que apareceram nos grupos focais e que auxiliam na caracterização dos residentes multiprofissionais de saúde.

Em relação as motivações para a Residência, quatro (44,4%) residentes multiprofissionais de saúde apontaram a possibilidade de adquirir conhecimentos relacionados à saúde, três (33,3%) referiram a oportunidade de vivenciar a relação teoria e prática que os PRMISPS da UFSM oferecem e dois (22,2%) indicaram a integração com o serviço como possibilidade de aprendizado. As falas a seguir evidenciam estes dados.

a residência primeiro se insere no serviço para ver o que ele precisa para depois fazer o trabalho. Eu acho que essa é a principal diferença que tem na residência dos outros cursos, para a pesquisa, na residência tu foca o serviço multi (RM 1).

poder, além de trabalhar, estar estudando também (RM 3).

eu entrei muito para conhecer a relação da teoria com a prática (RM 5).

eu escolhi justamente para aprender mais, então vou continuar estudando e trabalhando (RM 8).

Outro fator observado como motivação para a Residência foi a oportunidade de experienciar o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional e integrado com diferentes trabalhadores e diversas áreas de conhecimentos, conforme observado na fala abaixo:

o grande potencial é conseguir conviver com outras áreas, tu sai totalmente fora do teu núcleo, às vezes, eu acho que isso traz um aprendizado muito grande, muito rico (RM 5).

Neste contexto, Ceccim (2009) sinaliza que a maneira multiprofissional de ensino em serviço corresponde a resposta à construção da diretriz constitucional do atendimento integral na composição de ações e serviços de saúde e sua integração em rede. Assim, os Programas de Residência se voltam para a educação em serviço, visando a uma formação coletiva que contribua na integralidade, por meio de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar (MARTINS et al., 2010).

Os residentes multiprofissionais de saúde também destacaram a Residência como uma forma de complementação da sua formação profissional, conforme a fala:

eu me sentia fraca em relação a graduação e o processo de trabalho efetivamente, daí eu queria em uma pós, daí eu pensei na residência multi (RM 4).

Nesta fala, pode-se inferir que a Residência apresenta-se como um importante complemento no processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde, face ao despreparo e insegurança enfrentados para atuarem no mercado de trabalho devido às lacunas oriundas da graduação. Além disso, faz-se necessário refletir sobre a conformação da identidade dos residentes multiprofissionais de saúde. Para tal, considera-se a Residência como uma modalidade de ensino em serviço e, neste sentido, o residente passa a ser reconhecido como trabalhador de saúde, deixando de ser apenas aluno.

Assim, os residentes multiprofissionais de saúde devem transitar nestas duas dimensões em momentos diferentes, compreendendo as atribuições profissionais que orientam a execução das suas atividades. As verbalizações dos residentes

quando questionados sobre o que é ser residente multiprofissional de saúde expressam estas dimensões:

eu acho que nós somos eternos descobridores, porque a cada dia nós estamos descobrindo uma coisa nova, coisas que vão nos ajudar, que vão nos acrescentar em alguma coisa (RM 3).

fica difícil pensar sobre isso se é uma coisa que a gente acaba fugindo de ser a todo o momento. Eu não sei se a gente acaba esquecendo um pouco que é residente, entrando dentro do trabalho no sistema, pensando no que que tu pode estar fazendo ali e em alguns momentos nem se identificando como residente. Eu acho que a gente consegue também estar em vários momentos, em várias posições enquanto residente, um pouco se sentido como estagiário, em outros momentos vai conseguir se sentir também como uma gestora ou em um processo de gestão, um pouco como trabalhador do serviço e um pouco enquanto acadêmico em aprendizado (RM 5).

a gente é sim profissional, mas também não assumir toda essa carga que é do profissional para o residente, porque a gente não pode entrar no sistema e ficar repetindo, até porque se a gente pegar essa carga a gente só vai ter tempo para reproduzir e não vai ter tempo para repensar, questionar as coisas, os porquês de pensar o processo de trabalho. Então eu acho que a gente tem que se dar conta desse espaço, brigando por este espaço que a gente sempre busca, que é sim ter essa parte de profissional, mas ao mesmo tempo não ser, é como se fosse a borda assim, tem horas que tu estás dentro, tem horas que tu estás fora, tu tem que recuar às vezes pra ti não se perder ali. Sempre se enxergando, sempre pensando que papel é esse mesmo (RM 6).

Evidencia-se acima, que os residentes multiprofissionais de saúde são alunos e trabalhadores ao mesmo tempo. Também, eles referem que a Residência tem oportunizado adquirir habilidades e vivenciar um crescimento pessoal e profissional. As falas dos residentes traduzem estas ideias:

a gente sai da graduação com um conhecimento e depois quando a gente se depara com o serviço realmente como nós na residência, a gente vê o quanto é difícil, o quanto a gente tem coisas para aprender, a gente fica aprendendo o tempo inteiro. E adquirir experiência, eu vejo a residência como isso também. É uma experiência única, que a gente, eu acho, nunca vai ver em outro lugar assim. Poder trabalhar, ter a experiência da prática aliada ao conhecimento (RM 3).

eu também vejo como uma experiência com o serviço e uma experiência nossa em estar no serviço e a gente acaba se conhecendo muito nesse processo (RM 5).

é uma etapa, além do profissional, a gente acaba se conhecendo também e tendo um crescimento pessoal (RM 6).

é uma oportunidade também para conhecer a realidade onde a gente vai trabalhar e aí ver o que a gente pode mudar e o que não pode (RM 7).

aprendizado em serviço, ter experiência e estudar. Conhecer novos espaços também, que se eu não estivesse na residência não conheceria. E poder conhecer, o que vocês estavam falando de se conhecer e ver o profissional que a gente quer ser também, poder escolher exemplos, referências que a gente quer seguir (RM 9).

Nos PRMISPS da UFSM, espera-se que além das práticas de cada núcleo profissional, os residentes multiprofissionais de saúde desenvolvam competências para atuar de forma interdisciplinar, ou seja, no campo comum a todas as áreas profissionais. Neste sentido, suas ações precisam ser sustentadas pela base de cada profissão (núcleo), porém, deverão envolver o cruzamento dos diferentes saberes e práticas (campo), que configuram os diversos núcleos de conhecimento das profissões (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

O núcleo de cada trabalhador indica o compromisso com certo saber e com um conjunto de responsabilidades, funções e práticas. O campo, uma ampliação do núcleo, orienta-se pela necessidade de se cumprirem objetivos acordados em um dado corpo do saber-fazer interdisciplinar (CAMPOS, 1997).

Neste contexto, a cogestão de campo e de núcleo é uma forma de assegurar o trabalho interdisciplinar, discutindo a distribuição de encargos e a circulação de saber em uma equipe, pois questiona o saber monopolizado pelos especialistas, a negociação das responsabilidades e o encargo de tarefas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009). O campo são os saberes de um núcleo profissional que se pode transferir para outros para que se possa realizar tarefas conjuntas com maior resolutividade, exigindo confiança e diálogo entre os trabalhadores de áreas diferentes. Da mesma forma, é tudo que se pode aprender com os colegas sem invadir suas áreas profissionais, mas acrescentado qualidade as suas condutas (SCHMITZ, 2006).

Nesta perspectiva, o exercício prático destes conceitos, pode possibilitar que se formem trabalhadores capacitados para migrar da visão médico-centrada, para uma visão usuário-centrada e a implementação de novos modelos de atenção-gestão dos sistemas e serviços de saúde. Assim, quanto maior a interação entre o conjunto de saberes e práticas envolvidas no processo do cuidado, maior a possibilidade de compreensão do mesmo e melhor a capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde (MERHY, 1997).

Neste sentido, espera-se que os trabalhadores formados pelos PRMISPS da UFSM estejam preparados com conhecimentos, habilidades e atitudes para atuarem

nos vários cenários de gestão e de atenção à saúde, contribuindo para desencadear reconfigurações nestes campos, mediante a internalização de uma atitude crítico-reflexiva, que se traduza em um comprometimento com a viabilização de metodologias de atuação que oportunizem uma maior resolutividade das ações de saúde em todos os níveis de complexidade do SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

Nesta perspectiva, entende-se que os residentes multiprofissionais de saúde deverão estar capacitados para agir como articuladores nos processos de tomada de decisões e na criação de alternativas inovadoras no campo da gestão e da atenção em saúde, de modo a produzir ações que favoreçam as condições de vida e de saúde das comunidades com as quais se envolvem. Para tanto, precisam ser vistos como trabalhadores que estão em contínuo processo de aprendizagem.

Para tal, os residentes multiprofissionais de saúde devem buscar impactar no sistema público de saúde, podendo utilizar-se da produção de novas tecnologias de ensino, gestão e atenção em saúde, por meio da transformação das modalidades de produção de saberes e práticas de saúde e da instituição de novos fluxos capazes de garantir o restabelecimento da autonomia e saúde dos usuários. Ainda, fomentar novas metodologias de gestão e de atenção, estimulando a institucionalização de práticas de atenção e gestão compartilhadas entre gestores, trabalhadores, usuários, comunidade e a implementação de novos sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e da população (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

Neste contexto, percebe-se que o impacto na formação dos residentes multiprofissionais de saúde pode se dar pelo desencadeamento de mudanças em torno dos saberes e práticas no campo da formação e da atenção à saúde, por meio do diálogo entre conhecimentos e metodologias que originem um novo saber e a exploração de novas diretrizes didático-metodológico-pedagógicas que mobilizem ações teórico-práticas, o que viabiliza o aumento da qualificação e da resolutividade das ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

A análise dos dados dos encontros de grupos focais também permitiu identificar que os residentes multiprofissionais de saúde consideram necessário a

criação do vínculo com a equipe do serviço de saúde para o desenvolvimento de ações em saúde. As verbalizações expressam esta ideia:

tu tens que conhecer o local primeiro e isso de conhecer, conhecer os processos, isso leva um bom tempo (RM 5).

tem coisas que a gente precisa saber o que falar, quando falar, como que tu mobiliza a equipe para certas coisas (RM 6).

Neste contexto, para Dejours (1992), a satisfação e a insatisfação do trabalhador podem estar vinculadas a aspectos como condições de trabalho, segurança e à organização do trabalho, às relações de poder, às questões de responsabilidade e também ao relacionamento interpessoal. Destaca-se ainda, que este quando inadequado pode levar ao sofrimento no trabalho e ao adoecimento.

5.2 Prazer e sofrimento no processo de formação dos residentes e sua interface com a estrutura e a organização da residência

Esta categoria engloba as situações de prazer e de sofrimento dos residentes multiprofissionais de saúde relacionadas a integração entre as diferentes áreas de conhecimento, as definições teóricas e a organização curricular dos PRMISPS da UFSM.

O SUS é o modelo de atenção à saúde originado da Reforma Sanitária Brasileira, contrário à formação hospitalocêntrica, baseada na visão da doença como fenômeno estritamente biológico (BRASIL, 2006b); busca uma visão ampliada de saúde, porém os trabalhadores continuam desenvolvendo suas atividades de acordo com os procedimentos curativos e os aspectos das doenças biológicas. Neste modelo, os trabalhadores de saúde têm sido submetidos a uma formação fragmentada que dificulta a implementação do SUS e desconsidera a história de vida das pessoas (KOIFMAN; SAIPPA-OLIVEIRA, 2005).

A Residência surge para buscar uma maior qualificação do trabalho em saúde e para contribuir na mudança do modelo de atenção vigente, o qual se efetiva por meio de práticas convencionais nos serviços de saúde, pautadas em padrões disciplinares, fragmentados, setorializados e mecanicistas e que tem determinado a

marcante falta de resolutividade do sistema de saúde (KANTORSKI et al., 2009). Ainda, é uma modalidade de ensino que busca ultrapassar a visão reducionista de saúde direcionada ao cuidado biológico individual e que tem como desafio criar a possibilidade de construção de práticas comprometidas com a concepção de saúde proposta pelo SUS (CECCIM, 2010).

Assim, a Residência tem a finalidade de atuar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, integrando práticas e saberes, buscando qualificação da atenção e do processo de trabalho das equipes de saúde, integração ensino-serviço e servindo como instrumento utilizado para potencializar a formação profissional (BRASIL, 2006b; REIS, 2007). Portanto, pode ser definida como de caráter multiprofissional e interdisciplinar, com objetivo de especializar os profissionais de saúde para o trabalho no SUS (CECCIM; FERLA, 2003).

Neste sentido, os residentes multiprofissionais de saúde identificam que os PRMISPS da UFSM, executam sua proposta de formação de um novo perfil de trabalhadores para o SUS, por meio da integração das profissões e do compartilhamento de conhecimentos e saberes, gerando-lhes satisfação e prazer, conforme se evidencia nas falas:

o que me deixa feliz é poder compartilhar também com outras áreas de conhecimento e isso é fundamental quando nós temos ações multi que dão certo, que a gente percebe que as coisas vão se encaminhando de uma forma boa, nós temos resultados multi. Isso é muito bom, conhecer um pouco das outras áreas também é fundamental (RM 2).

o grande potencial é conseguir conviver com outras áreas, tu sai totalmente fora do teu núcleo e eu acho que isso traz um aprendizado muito grande, muito rico (RM 5).

eu fico muito feliz na residência por ter contato com outras profissões, então acho que na residência a gente aprende a trabalhar com o outro, trabalhar junto, conseguir colocar as tuas ideias e entender que eu estou pensando diferente, mas que não é por isso que eu vou brigar contigo, não, vamos conversar e ver o que a gente pode fazer. Acho que isso é um aprendizado, pelo menos para mim, isso me deixa muito feliz (RM 8).

como é bom conviver com colegas de áreas diferentes...isso é bem gratificante (RM 9).

Neste processo, a Psicodinâmica do Trabalho pressupõe a ação sobre o trabalho e o trabalhador, na qual o trabalho é o lugar de construção da identidade do

trabalhador e as ações produzidas pelos trabalhadores podem modificar o sofrimento e transformá-lo em prazer (MENDES, 2007).

Neste contexto, a Residência deve desenvolver sua formação, nos diferentes âmbitos da atenção à saúde, a fim de buscar atendimento integral, através da oferta de uma possibilidade diferenciada de qualificação de trabalhadores, capazes de promover um olhar e uma escuta ampliada, quanto ao processo de cuidado e de saúde-doença. Esta formação precisa estar pautada no aprendizado em serviço, visando construir uma competência técnica para atuar de forma articulada com as várias áreas do conhecimento dos trabalhadores e nos diferentes espaços do cuidado em saúde (MARTINS et al., 2010).

Cabe ressaltar que a formação busca desenvolver condições de atendimento as necessidades de saúde das pessoas, redimensionando o desenvolvimento da sua autonomia como forma de influenciar na formulação de políticas de cuidado em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Deste modo, a Residência é entendida como uma ação política, na qual os atores devem desenvolver a capacidade de trocar diferentes olhares para promoção da saúde, com limites e potência para transformação, visando à formação de trabalhadores das diversas profissões para atuação em equipe multiprofissional (DIERCKS et al., 2010).

Assim, a Residência requer capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político para o desenvolvimento das atividades dos residentes multiprofissionais de saúde. Isto pode levá-los a vivenciarem situações de satisfação e de insatisfação no seu processo de formação, gerando sentimentos de prazer ou de sofrimento durante as ações que participam e/ou desenvolvem. Em virtude disto, observa-se a importância do ser humano saber distinguir o que proporciona prazer e sofrimento, a fim de perceber os momentos de satisfação e alegria (GONZALES, 2001).

Além disto, dependendo de suas experiências, o ser humano pode identificar mais facilmente o sofrimento ao invés do prazer. No entanto, faz-se necessário a percepção do prazer, uma vez que este fator está diretamente relacionado com a realização pessoal e profissional (SIQUEIRA JUNIOR; SIQUEIRA; GONÇALVES, 2006).

Desta forma, é possível identificar o prazer relacionado à gratificação profissional pela identificação dos residentes multiprofissionais de saúde com a realização do seu trabalho, destacando-se o compromisso com os usuários e a

qualidade do processo de formação que estão realizando. Isto pode ser confirmado com a fala a seguir que sintetiza o prazer proporcionado pela realização profissional:

esse crescimento é uma coisa bem gratificante mesmo, principalmente para e pelo usuário. O que a gente faz, o que a gente está fazendo agora é tudo em prol dele depois (RM 3).

Conforme Mendes (2007), o prazer e a realização pessoal e profissional advém da possibilidade de reconhecimento do esforço investido para a realização do trabalho. O processo de retribuição simbólica prevê o reconhecimento por outra pessoa e, neste estudo, do usuário. É o que evidencia a expressão:

reconhecimento do usuário é uma coisa que transmite satisfação, quando eles falam é contigo que eu quero falar, aquilo deu certo, isso é uma coisa muito legal (RM 6).

Neste contexto, a dinâmica do reconhecimento no trabalho se mostra fundamental, pois confere a recompensa simbólica para o esforço, para a persistência, a resistência ao fracasso e a inteligência mobilizada para a solução dos problemas. Assim, o sujeito trabalha com a perspectiva do binômio contribuição/retribuição, ou seja, em troca de seu esforço, espera uma retribuição (DEJOURS, 2007).

Segundo Barros (2007), o trabalho é realizado para si mas com repercussão para os demais. Trabalha-se para dar significado a nossa vida e à sociedade em que se vive, na qual se destaca a importância e a necessidade do trabalhador em contribuir para a organização de seu próprio trabalho, principalmente na superação das contradições entre a organização prescrita e a real (MENDES, 2007). Para isso, o trabalhador se mobiliza e se engaja no trabalho, suas ações necessitam promover uma dinâmica de troca, a fim de possibilitar que os objetivos individuais e coletivos sejam alcançados, e conseqüentemente, o prazer.

Neste sentido, o trabalho como fonte de prazer e satisfação pessoal advém da valorização e do reconhecimento das ações realizadas (AZAMBUJA et al., 2007). As reflexões destes autores corroboram com a fala dos residentes multiprofissionais de saúde ao referirem sentir prazer quando:

tem o reconhecimento de que tu estás fazendo a diferença, de que o teu trabalho está valendo a pena, isso para mim é bem gratificante (RM 3).

alguém liga para gente, pede alguma coisa, sabe que a gente é referência naquela ação, por exemplo, já liga direto, já pede, isso é bem legal, faz a gente se sentir importante (RM 9).

Isto demonstra o prazer proporcionado quando é compatível o conteúdo da tarefa e os desejos inconscientes do trabalhador (DEJOURS, 1994; MENDES, 1994). Neste sentido, é fundamental que o trabalhador seja reconhecido e valorizado ao desempenhar suas funções, pois através de suas competências e habilidades ele contribui para a organização do trabalho e para a constituição de sua própria subjetividade (MARTINS; ROBAZZI, 2006).

Neste contexto, compreende-se a realização profissional como a vivência de gratificação profissional e identificação com o trabalho que realizam. Assim, o prazer é uma consequência da organização do trabalho coletivo, com respeito as diferenças de cada ser humano (DEJOURS, 2004).

Os residentes multiprofissionais de saúde referem consenso que a integração entre os diferentes núcleos de conhecimento das profissões da área da saúde envolvidas na Residência, depende das características de cada indivíduo:

a residência está aí, eu escolhi a Residência para mim, então tu queres aproveitar; é tu que vai fazer a tua carreira profissional. Não é ninguém que vai dizer, faz isso, faz aquilo, não é. A gente já é adulto (RM 4).

A fala aponta que a atuação dos residentes multiprofissionais de saúde dependem da sua postura e da forma como cada um percebe sua inserção nas atividades propostas pela Residência e nas equipes de saúde. A integração relaciona-se à organização do trabalho das equipes de saúde, nas quais os residentes multiprofissionais de saúde desenvolvem suas atividades. Estas equipes, apresentam processos de trabalho diferenciados, o que interfere na integração dos trabalhadores dos serviços de saúde e os residentes, conforme a fala:

dependo do local onde tu estás, um profissional quer que faça uma atividade, chega outro profissional ali e quer que tu faças outra atividade. Aí chega o enfermeiro 'ah tu podia fazer isso, fazer aquilo', aí chega o médico 'ah tu podia fazer isso, isso e isso', aí chega o farmacêutico e te diz outra coisa, entende? Isso aí é humanamente impossível (RM 1).

Na verbalização, evidencia-se o sofrimento dos residentes multiprofissionais de saúde relacionado à sobrecarga de trabalho a qual estão expostos, levando a pensar que este fator depende das características de cada equipe de saúde.

Neste sentido, existem duas modalidades que contemplam a ideia de equipe: a equipe como agrupamento e a equipe como integração. Na primeira, o saber técnico de cada indivíduo responsabiliza-se por um cuidado específico que nem sempre produz uma resposta efetiva das necessidades demandadas devido a incapacidade de uma única profissão dar conta da complexidade que envolve a saúde. Na segunda, o trabalho dos indivíduos se integra e ocorre a articulação das ações por meio da criação de um novo campo de conhecimento, de partilhas e de trocas de saberes (PEDUZZI, 1998).

Neste contexto, a integração aparece como um desafio, exigindo comunicação, flexibilidade e criatividade no processo de trabalho em saúde, o qual é permeado pela subjetividade e objetividade das ações do ser humano.

No que se refere aos conceitos teóricos que sustentam a proposta dos PRMISPS da UFSM, destacam-se o PTS, a clínica ampliada, as redes ou linhas de cuidados e o matriciamento. Tais conceitos, principalmente o matriciamento, geram sofrimento nos residentes multiprofissionais de saúde devido à falta de entendimento do seu significado e a ausência de sua adoção nas práticas de trabalho das equipes que compõem os serviços de saúde, o que se verifica nas verbalizações:

é difícil isso, o matriciamento é uma das coisas que eu lembro que foram mais sofridas para nós (RM 2).

a gente nunca chega num consenso do que que é o matriciamento, até que ponto os residentes estão fazendo matriciamento, que matriciamento é esse? Cada um faz de um jeito e só os residentes fazem, como é que é isso? E é bem complicado e até agora a gente não tem uma orientação do que realmente tem que fazer (RM 6).

nessa confusão que tem sobre o que é matriciamento, até agora a gente não tem um consenso (RM 8).

Estes relatos sinalizam para o descompasso existente na adoção dos conceitos orientadores dos PRMISPS da UFSM, refletindo que os residentes multiprofissionais de saúde sentem dificuldades para desenvolvê-los no seu processo de formação e sofrem por não conseguir consolidar estes conceitos junto a equipe dos serviços de saúde nos quais estão inseridos.

O PTS refere-se a um conjunto de propostas de condutas terapêuticas dedicadas a um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e que recolhe a contribuição de várias especialidades e

distintas profissões, aplicável em todo e qualquer serviço de saúde (CAMPOS, 2007). Neste sentido, só será possível compor um PTS partindo-se do esquema analítico da coprodução, das intervenções sobre o social, o subjetivo e o orgânico conforme a necessidade e a possibilidade de cada caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, a construção de um PTS deve considerar a análise de cada situação específica, buscando uma combinação das ações dirigidas a fatores biológicos, subjetivos e sociais. Desta forma, o PTS consiste na prática de reuniões coletivas, nas quais devem participar trabalhadores de referência e o apoiador ou equipe de apoio matricial de um determinado caso.

Neste contexto, a ideia é rever e problematizar o caso com base em aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, a partir disso, rever o planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços da rede de saúde, conforme as necessidades levantadas (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O PTS é uma oportunidade para viabilizar o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, por meio da valorização dos trabalhadores das equipes de saúde em sua singularidade e como protagonistas pela avaliação e aperfeiçoamento do trabalho. Com esta leitura, compreende-se que as propostas de PTS possibilitam a troca de saberes e de práticas, gerando experiências para os trabalhadores envolvidos.

No que se refere a clínica ampliada, esta visa integrar os elementos da clínica aos demais determinantes do processo saúde-doença e propõe rever a estruturação das práticas de produção de saúde. Requer colocar em discussão a fragmentação dos processos de trabalhos e incorporar novas tecnologias, saberes e práticas para agir segundo os princípios e diretrizes do SUS (CAMPOS, 2006). A clínica ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, reconhecendo que pode existir uma predominância, uma escolha ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009b).

Nesta perspectiva, este referencial sinaliza para a necessidade de estimular o usuário a qualificar sua história clínica e situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e outros eventos de sua vida, buscando desconstruir as concepções associadas ao diagnóstico e ao plano terapêutico tradicional. Para isto, deve-se incluir a subjetividade do sujeito na construção do seu plano de atenção à saúde, por

meio do compartilhamento de saberes entre os trabalhadores e destes com os usuários. Cabe destacar que isto pode exigir dos trabalhadores de saúde uma reflexão permanente, pois pressupõe assumir um compromisso com o sujeito, com a comunidade e com os serviços.

Neste sentido, as equipes de saúde devem agir num sistema de rede com o apoio e o investimento dos gestores, por meio de processos de gestão coletivos e participativos que favoreçam a melhor interação entre os trabalhadores das equipes de saúde (CECÍLIO, 2009). Segundo este autor, para que uma rede funcione deve haver responsabilização para garantir o acesso, a atenção integral e a continuidade de cuidado à saúde das pessoas. Neste contexto, estruturar linhas ou redes de cuidado é uma inovação nas propostas do SUS, uma vez que elas não se organizam de forma isolada, mas com grande capacidade de interlocução e negociação entre os indivíduos dos diversos níveis assistenciais.

Por sua própria natureza, o trabalho em saúde não acontece isoladamente, pois nenhum trabalhador sozinho consegue atender às necessidades de saúde dos usuários. Neste sentido, o trabalho pressupõe a articulação dos residentes multiprofissionais, da gestão e dos trabalhadores dos serviços de saúde que atuam no contexto da Residência, dada a complexidade e multiplicidade das necessidades em saúde. Assim, os residentes multiprofissionais de saúde sinalizam que os trabalhadores dos serviços de saúde também precisam se envolver com a proposta da Residência, visando a melhoria das ações em saúde. Isto é possível observar nas falas:

como fazer matriciamento sem envolvimento da gestão e do trabalhador do serviço? é inviável (RM 2).

como é que tu vai fazer uma coisa que o serviço não vê necessidade? eles têm que reconhecer as necessidades (RM 3).

a proposta é mudar a prática. Como é que tu vai mudar a prática se os profissionais que estão no serviço não se inserem na mudança da prática? (RM 8).

Para isso, é necessário que cada trabalhador reconheça seus limites e potencialidades e se responsabilize pela sua parcela na composição e execução do trabalho.

Assim, dada à complexidade do trabalho em saúde, a atuação profissional conjunta dos residentes multiprofissionais de saúde e dos trabalhadores de saúde deve ser permeada pelo compartilhamento de objetivos, conhecimentos e experiências e pela criação de espaços coletivos para discussão e recriação do processo de trabalho em saúde e, neste estudo, no contexto de trabalho dos serviços de saúde nos quais os residentes multiprofissionais de saúde estão inseridos.

No tocante a organização e a estrutura curricular da Residência, uma questão que causa sofrimento nos residentes multiprofissionais de saúde refere-se a falta de tempo para a realização de atividades profissionais e pessoais devido à extensa carga horária dos PRMISPS da UFSM, conforme as expressões:

que horário tu estudas? que horário tu produzes? em que horário tu mandas o artigo? quer submeter algum trabalho? (RM 2).

que horas tu descansas? (RM 3).

está totalmente dentro do processo às vezes dificulta, eu acho que a gente tem praticamente às 40 horas dentro do serviço, é 48 e ninguém trabalha 60 horas por muito tempo e conseguir dar conta do tipo de trabalho que a gente tem que fazer, com o estudo junto, mais o processo de trabalho, é bem difícil (RM 5).

até agora eu não arrumei uma hora, não vou achar tempo para o que tenho que fazer. Isso aí me causa sofrimento mesmo, porque eles (trabalhadores dos serviços de saúde) têm tempo de sobra para fazer suas coisas (RM 7).

Os Programas de Residência superam a carga horária mínima obrigatória dos cursos de especialização lato sensu, que, conforme a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Educação (CNE) e Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 3 de abril de 2001, os cursos de especialização devem conter carga horária mínima de 360 horas integrando o ensino, o serviço e a pesquisa, e exigem apresentação da Monografia de Conclusão de Curso (BRASIL, 2001c).

Os cursos de Residência da Área de Saúde no Brasil possuem uma carga horária de 60 horas semanais, sendo esta uma característica específica desta modalidade de formação em conjunto com as queixas frequentes dos ex-alunos sobre o número elevado de horas destes cursos (LOPES; BAPTISTA, 2000; BALTISSEROTO et al., 2006).

Assim, identifica-se que a carga horária prática é a principal característica que distingue a Residência dos demais cursos de formação profissional.

Contudo, identifica-se que trabalhar intensamente, sem períodos de descanso pode ocasionar desconforto para os trabalhadores de saúde. Neste sentido, os desgastes físicos e psicológicos envolvidos nas relações de trabalho podem desencadear um aprisionamento dos trabalhadores de saúde e a desatenção aos programas de prevenção e promoção da sua saúde (RODRIGUES; GASPARINI, 1992). Além disso, destaca-se que pensar em saúde é pensar em modos de produção comprometidos com a vida (BARROS, 2007).

Nos PRMISPS da UFSM, o eixo teórico tem estabelecido sua estruturação de acordo com o domínio do campo e de núcleo, sendo denominado de campo as atividades em que participam todos os residentes e núcleo as atividades destinadas aos residentes de determinada área de formação profissional. Desta forma, a Residência requer que seus conteúdos teóricos sejam estruturados em coerência com seu currículo, o qual é orientado pelos princípios e diretrizes do SUS.

Assim, os residentes multiprofissionais de saúde referem que as atividades teóricas são proveitosas mas também são restritas, causando-lhes sofrimento devido à falta de articulação da teoria com a prática vivenciada por eles:

acho que tinha algumas disciplinas que dava para ti relacionar com a prática e outras tu vê que a teoria era bem teoria, era alguma coisa que a gente quer chegar ainda, mas bem longe (RM 1).

eu acho que poderia ter tido disciplinas que fossem ao encontro das necessidades que a gente evidenciava enquanto prática, porque sinceramente teve algumas que não me acrescentaram em muita coisa e algumas que eu vi que acabaram faltando (RM 3).

eu acho que algumas aulas foram interessantes, mas outras... (RM 4).

as disciplinas estavam bem perdidas no meio do que a gente estava vendo nas práticas (RM 7).

Isto pode se dar devido à necessidade de se trabalhar com temáticas emergentes da prática e com a seleção de conteúdos mediante análise da realidade apresentada. Nesta perspectiva, Moschen, Fajardo e Diercks (2010), referem que a Residência pode representar a condição de ultrapassar a divisão prática/teoria por meio de perguntas abertas pela prática e que não sejam silenciadas pela resposta facilitada das técnicas.

Neste contexto, destaca-se que PRMISPS da UFSM devem buscar estratégias para que sejam oportunizadas atividades teóricas sistematizadas, planejadas e flexibilizadas às realidades de saúde vivenciadas pelos residentes multiprofissionais de saúde.

Outro fator que provoca sofrimento nos residentes multiprofissionais de saúde é o descontentamento com a antecipação de atividades e a marcação de atividades que não haviam sido acordadas anteriormente:

outra coisa que me deixa em sofrimento é a falta de cumprimento das coisas que são pactuadas, porque se nós acordamos que vai ter uma reunião daqui a quinze, vinte dias, de repente tu recebes um e-mail no meio da tarde ou no sábado de manhã e tu tens uma programação da tua vida. Todo mundo tem, tu tem família, a residência não é a única coisa da tua vida, tu tens um processo com o qual tu estás comprometido sim, não é falta de comprometimento tu organizar tua vida com a tua família, final de semana, acho que isso é saudável, é normal e muitas vezes, as coisas não acontecem dessa forma, muitas vezes, tu é chamado para alguma atividade que não havia sido combinada antes, aí a gente tem que deixar todas as outras pessoas esperando (RM 2).

o que acaba me desgastando é o estresse que gera uma falta de planejamento, muitas coisas que acabam acontecendo por uma simples falta de planejamento (RM 7).

Neste contexto, analisando as categorias referentes ao sofrimento do trabalhador diante de uma conduta laboral, identifica-se que a literatura reforça que o homem procura se adaptar à organização do trabalho. Nesta adaptação espontânea, está envolvido o compromisso entre os desejos do trabalhador e a realidade na qual o trabalhador está inserido. Assim, quanto mais rígida e imutável for esta organização, menos é possível a adaptação do conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo, aumentando o sofrimento (DEJOURS, 1992).

Neste sentido, deve-se valorizar o cuidado aos sujeitos buscando não reproduzir relações, na maioria das vezes, cristalizadas e verticalizadas, em que há pouco espaço para discussão e que possa revelar as dificuldades enfrentadas frente às exigências do trabalho.

No que se refere à estruturação e organização dos conteúdos das aulas teóricas, os residentes multiprofissionais de saúde referem que devido ao fato dos PRMISPS da UFSM não possuírem um corpo docente específico, as aulas eram

ministradas por convidados, dificultando a qualidade do seu processo de formação e, conseqüentemente, gerando sentimentos de sofrimento:

nós tivemos algumas aulas que foram muito importantes com certeza, mas tivemos aulas que foram terceirizadas, isso é muito ruim. Nós chegávamos assim, sem saber quem era, quem iria dar a aula no dia, não era bom, não era rico naquele momento, não nos acrescentaria nada naquele momento, não tinha uma continuidade vamos dizer assim, e isso não foi bom, as vezes parece que tinha que botar alguém ali, daí vinha uma aula assim do nada, era muito sofrido (RM 2).

Salienta-se que os residentes multiprofissionais de saúde reconhecem os conhecimentos e competências dos convidados para ministrar as aulas com relação aos temas abordados, mas sofrem pela falta de entendimento da metodologia e didática das aulas e pela falta de articulação na transmissão dos conteúdos, segundo as verbalizações:

às vezes a gente não entendia a proposta da aula (RM 2).

talvez a metodologia como era realizada, se fossem de alguma outra maneira que nos prendesse a atenção (RM 3).

eu pensava nos colegas da Veterinária. Se para nós que faz parte do nosso dia a dia, já era difícil entender, imagina para eles (RM 9).

Neste contexto, percebe-se que nem sempre os convidados para ministrar as aulas teóricas conseguem atingir os objetivos da Residência e as expectativas dos residentes multiprofissionais de saúde. Assim, deve-se atentar para os conteúdos e de como estes devem ser abordados no campo da saúde e nos diferentes núcleos profissionais, visando minimizar o sofrimento dos residentes multiprofissionais de saúde. Os espaços de aula de núcleo apontam a possibilidade de pensar a implicação da profissão em questão quando inserida no campo, buscando não só os conceitos comumente utilizados, como também permitindo tomar-se consciência do que é produzido pelos espaços de trabalho coletivo. As aulas de campo, por sua vez, servem para que o estudo de diferentes teorias produzidas no campo da saúde multiplique-se pela implicação nos encontros com usuários e entre os trabalhadores (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

Os residentes multiprofissionais de saúde sinalizam que na Residência, parece ser restrita a comunicação, causando dificuldades na operacionalização das suas atividades:

falta comunicação para fazer ações conjuntas e decidir as coisas. Esse tipo de comunicação eu acho que falta (RM 1).

Neste contexto, ressalta-se que os PRMISPS da UFSM estão em construção e, portanto, a sua elaboração baseia-se nas experiências de novas formas de atuação por meio dos dispositivos propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pelos princípios e diretrizes do SUS. Cabe destacar que são imprescindíveis a criação ou ampliação de canais de comunicação, visando que o confronto de ideias possibilite a desestabilização necessária para que os atores envolvidos com proposta da Residência comecem a refletir sobre os seus saberes e fazeres específicos. Assim, as dificuldades são esperadas e devem ser aproveitadas na construção da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), os serviços de saúde precisam promover a atualização contínua de seus trabalhadores, o desenvolvimento de suas habilidades profissionais e as interações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras. Desta forma, é fundamental melhorar a formação e o acolhimento aos residentes, sensibilizando os trabalhadores de saúde para a importância da Residência, por meio da avaliação, da investigação e da reflexão do processo de ensino e de aprendizagem com que se formam os trabalhadores de saúde.

5.3 Prazer e sofrimento no processo de formação dos residentes e sua interface com o trabalho multiprofissional na residência

Esta categoria engloba as situações de prazer e de sofrimento no processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde relacionadas ao trabalho multiprofissional e ao papel dos trabalhadores dos PRMISPS da UFSM.

Os Programas de Residência pretendem transformar a realidade dos serviços de saúde, visando o desenvolvimento de um novo perfil de trabalhador para atuar no SUS. Neste sentido, a Residência é uma estratégia de formação que propõem

romper com a hegemonia da técnica ao privilegiar o estabelecimento de planos de trabalho interdisciplinares, deslocando o foco da lógica do modelo clínico que limita o trabalho em saúde (CABALLERO; SILVA, 2010).

Isto requer que a demanda para a educação dos trabalhadores da saúde deve prestar atenção integral à saúde com qualidade e de forma humanizada (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesta perspectiva, os PRMISPS da UFSM vêm sendo constituídos de acordo com o contexto e a singularidade da instituição, de seus diferentes trabalhadores e das necessidades das pessoas atendidas pelos serviços de saúde no município de Santa Maria/RS.

Contudo, as atividades da Residência podem conferir desconforto aos residentes quando os mesmos, pelo seu caráter dinâmico e inovador, preconizam a problematização da realidade dos serviços de saúde (GATTÁ, 2006).

nós falávamos as coisas e, muitas vezes, nós criávamos e aí era dito assim: 'ah mais vocês chegaram agora, vocês não podem querer mudança assim tão rápida'. Também lembrei de uma coisa muito interessante: nós temos um quadro no serviço com as pautas que vão ser discutidas na reunião de equipe e aí nós colocamos lá um dia: 'matriciamento' e aí um colega comentou 'a saga continua', aquilo foi de um sofrimento para nós e nós sentimos um certo repúdio (RM 2).

a gente se vê tentando montar uma ideia, tentando fazer ações e tem pessoas desmotivadas no serviço que te dizem: 'isso não vai dar certo'. Te dá um banho de água fria como se diz e isso também me deixa triste e atrapalha o serviço, não faz render (RM 9).

Nos depoimentos, evidencia-se que os residentes multiprofissionais de saúde vivenciam o sofrimento por meio dos sentimentos negativos transmitidos pelos trabalhadores dos serviços de saúde. Tal fato pode acontecer devido ao aumento das responsabilidades destes trabalhadores com as atividades de ensino, pois se percebe que a Residência movimenta as práticas e as relações tradicionalmente instituídas, levando os trabalhadores de saúde a repensarem sua atuação e buscar novas formas de trabalho em equipe.

A educação em serviço apresenta-se como importante estratégia da Residência, pois coloca aos trabalhadores o exercício contínuo da análise do sentido das práticas nos locais de produção, o que propicia o estabelecimento de ações questionadoras na ressignificação para a aprendizagem. Assim, o desafio colocado é a quebra da reprodução social de práticas hegemônicas, flexibilizando os

procedimentos instituídos e deixando de lado a necessidade de construção de uma verdade absoluta (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

As mesmas autoras referem que o trabalho pautado na integralidade propicia que as práticas assistenciais sejam direcionadas para a valorização e produção de vida e não apenas a obtenção de saúde ou erradicação das doenças, tornando o campo de atuação um espaço privilegiado para a quebra da imagem reprodutora de saberes, reforçando nos trabalhadores uma postura social e institucional diferente dos padrões hegemônicos.

O trabalho em equipe multiprofissional se configura na relação entre as intervenções técnicas e a interação dos atores das diferentes áreas profissionais para o desenvolvimento de ações coletivas que possibilitam uma prática em saúde de forma integral (PEDUZZI, 2001; SAUPE et al., 2005).

eu fico muito feliz na residência por ter contato com outras profissões, eu aprendi muito, coisas que eu nunca vi na faculdade, nem sabia como é que era (RM 8).

a melhor parte é quando a gente consegue interagir entre residentes (RM 9).

Nas falas, percebe-se que os residentes multiprofissionais de saúde vivenciam situações de prazer quando conseguem realizar ações multiprofissionais na busca pela integralidade da atenção em saúde. Assim, a interdisciplinaridade com foco na integralidade pode dar conta das complexas necessidades da população e fazer frente aos fatores condicionantes do processo saúde-doença (NASCIMENTO, 2010).

Dejours (1994) destaca a importância do trabalho na vida dos sujeitos, pois para se obter prazer no trabalho é necessário que ele se torne flexível, oportunizando o trabalhador utilizar suas aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas. Cabe então, proporcionar um trabalho no qual o planejamento seja flexível e as tarefas divididas de acordo com as funções de cada membro da equipe, não existindo sobrecarga e, neste estudo, proporcionando a oportunidade dos residentes multiprofissionais de saúde realizarem vivências de prazer relacionadas à realização profissional.

A Residência pode desencadear a construção da integralidade das ações nos serviços de saúde, mediante o contato dos trabalhadores de saúde com outros

núcleos de conhecimento e a construção de saberes interdisciplinares de acordo com a realidade e as necessidades da população (CECCIM, 2009).

Assim, por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a integralidade para o trabalho pode ser compreendida como um objetivo a ser alcançado pela equipe de saúde, se constituindo como diretriz de organização e de planejamento do processo de trabalho, de acordo com as necessidades e demandas da população. Portanto, a construção da integralidade depende da forma como interagem e se articulam os trabalhadores em suas relações de trabalho e de como se estabelece o trabalho em equipe (KANTORSKI et al., 2009).

hoje nós não trabalhamos muito no núcleo profissional, é mais campo, hoje eu não me vejo trabalhando sozinha, acho que eu nem consigo mais trabalhar sozinha e isso é muito bom (RM 3).

hoje eu me vejo enquanto residente auxiliando, apoiando junto da equipe para estar mudando um pouco esse processo, esse modelo de atenção, mas junto, construindo (RM 5).

Nas verbalizações, evidencia-se que os residentes multiprofissionais de saúde valorizam e percebem a importância do trabalho em equipe, associado ao prazer proporcionado pela integração no trabalho multiprofissional. Assim, quando se fala sobre as relações saúde-trabalho, Dejours (1992) refere que o trabalho prazeroso é aquele em que o trabalhador sente-se parte importante de sua construção. E, a Residência se constitui em uma estratégia de integração ensino-serviço e uma ferramenta de educação permanente, pois propicia discussões interdisciplinares e permite a troca de experiências e conhecimentos, qualificando os trabalhadores, a partir das necessidades dos serviços de saúde (BRASIL, 2009a).

Neste viés, o desenvolvimento das ações da Residência exige que haja integração entre os residentes, os coordenadores, os tutores, os preceptores e os trabalhadores dos serviços de saúde e da gestão. Para tanto, esses papéis precisam ser claros, de modo a suprir as expectativas do ensino e do serviço e para que as ações em saúde se desenvolvam de maneira integrada. Sendo assim, cabe ao coordenador garantir as condições para a implementação do PPC da Residência, por meio de ações intersetoriais e interinstitucionais nos serviços de saúde.

O residente é um profissional de ensino superior que deve envolver-se no serviço, integrando-se com a equipe de saúde e a comunidade para a

implementação de tecnologias de ensino, de atenção, de gestão e de integração ensino-serviço, visando se corresponsabilizar pelo processo de trabalho e pela qualificação das diretrizes do SUS (BRASIL, 2012).

O tutor, geralmente um docente, é o responsável pela orientação acadêmica dos residentes, que deve ser realizada periodicamente por meio da tutoria de campo e da tutoria de núcleo. As tutorias devem servir para promover a articulação ensino-serviço por meio de ações de educação permanente em saúde e para fomentar práticas voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias de atenção e gestão em saúde.

O preceptor é um trabalhador, preferencialmente do serviço de saúde e da mesma área profissional do residente que supervisiona, acompanha, observa e auxilia no planejamento das suas atividades práticas nos diversos espaços de atendimento individual e coletivo, podendo estar vinculado a instituição formadora ou a executora.

Nos PRMISPS da UFSM, a preceptoria de campo é uma função desempenhada por um docente ou trabalhador vinculado às unidades de serviço, oriundo de qualquer uma das áreas de formação profissional. Por sua vez, os preceptores de núcleo são os representantes de cada profissão (docente ou trabalhador) envolvidos com as áreas de concentração que atuam como referência para os residentes no âmbito de núcleo profissional, não necessariamente com vínculo ao cenário de prática (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

Neste contexto, percebe-se que os preceptores de campo devem pertencer à equipe local de assistência à saúde e atuar como referência ao residente multiprofissional de saúde, devendo promover a integração entre os trabalhadores em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e os demais serviços, constituindo-se como referência no campo de saberes e práticas da saúde nas quais os residentes estiverem inseridos.

Por sua vez, os preceptores de núcleo precisam ser a referência em cada área profissional, responsáveis pela orientação técnico-profissional específica de cada categoria, embora sua atuação não se restrinja à sua profissão. Devem fornecer subsídios aos residentes multiprofissionais de saúde na aquisição de ferramentas que melhor os capacitem na solução dos problemas enfrentados nas atividades práticas (FERREIRA, 2007).

No que se refere aos preceptores e tutores, os residentes multiprofissionais de saúde não identificam a oferta de capacitação e percebem o descontentamento destes trabalhadores em relação ao retorno financeiro.

o preceptor às vezes não quer, não se apropria do assunto porque não tem um incentivo financeiro que muitos achavam que tinha, que vai ter, uma promessa que iria ter, mas não tem e acabam não se apropriando muito (RM 1).

quando têm encontros fora do horário, eles não querem até porque eles não estão ganhando a mais, fora do horário de trabalho eles não vão ganhar mais por estarem ali com a gente (RM 3).

eu acho que isso de não ter como pagar o preceptor é bem complicado, porque acaba sendo uma troca. O preceptor acaba aceitando um pouco para ter alguém para trabalhar junto com ele dentro do serviço, o setor do núcleo, por exemplo, e ao mesmo tempo eu não sei se esses preceptores tem preparação também para isso que a gente fica exigindo, de querer que nos guiem de como fazer, auxiliem (RM 5).

Nas verbalizações, identifica-se que os residentes multiprofissionais de saúde percebem a desmotivação dos preceptores e tutores e isto pode gerar sofrimento no seu processo de formação.

Lima e Rodrigues (2000) colaboram com a reflexão ao relatarem que a maioria dos preceptores não recebem formação didático-pedagógica necessária ao desenvolvimento de suas atividades. Neste sentido, percebe-se que a capacitação dos preceptores é muito importante na Residência, pois ao possibilitar o ensino dos residentes multiprofissionais de saúde, também pode auxiliar na reflexão sobre os problemas da saúde no contexto dos serviços em que desenvolvem suas atividades. Além disso, novos conhecimentos podem nascer do confronto entre os saberes e fazeres das diferentes categorias profissionais em busca da integralidade da atenção à saúde, auxiliando no direcionamento e na condução do exercício da competência política dos sujeitos inseridos nos PRMISPS da UFSM e no mundo do trabalho.

Além disso, destaca-se a importância dos preceptores e tutores, os quais devem promover a articulação entre a teoria e a prática, o ensino e os serviços de saúde, com domínio do conteúdo em sua articulação teórico-prática, exercitando a relação ação-reflexão-ação na sua prática pedagógica, sendo capazes de instigar nos residentes multiprofissionais de saúde, novos olhares acerca da realidade e de sua forma de intervenção. Ainda, devem buscar a integração dos saberes

necessários a formação dos residentes multiprofissionais de saúde e problematizarem um enfoque pedagógico, no qual as relações de ensino e aprendizagem se processem como experiências inovadoras de gestão e atenção à saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

A falta de preceptoria e tutoria adequada e da compreensão de sua finalidade por parte destes trabalhadores, também aparece como uma situação de sofrimento nas falas dos residentes multiprofissionais de saúde, conforme as verbalizações:

existem muitos tutores e muitos preceptores que não sabem até hoje a proposta, então eles vão fazendo as coisas de acordo com o que eles acham que pode ser feito, de qualquer forma e aí realmente eu acho que essas coisas estouram nos núcleos com outros colegas (RM 2).

uma coisa que me dá bastante sofrimento é essa coisa do preceptor não conseguir dar norte nenhum para gente, não saber, daí vem e te cobram tal coisa, tu tens que estar se defendendo. 'Não, não estou aqui para isso', mas daqui a pouco o residente serve para aquilo ali, daí tu vai falar para o preceptor e o preceptor nem sabe para que tu estás ali e daí quer que tu faça aquilo ali. Não consegue compreender o que está proposto. Vira um grande sofrimento, a gente se sente muito perdido (RM 6).

Compreende-se que os preceptores e tutores que desempenham a função de facilitadores do processo de ensino-aprendizagem dos residentes multiprofissionais de saúde, necessitam (re) pensar constantemente suas práticas, de forma crítica e reflexiva.

Assim, ser preceptor em uma Residência implica estar na prática junto com o residente, de forma a observar sua atuação, sua postura e sua capacidade de proximidade com os usuários, pois este contato é essencial para a construção de sentidos frente às práticas de atuação dos residentes (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

Desta forma, estes trabalhadores precisam ser corresponsáveis no fomento a situações e condições de aprendizado, as quais possam levar os residentes multiprofissionais de saúde a desenvolverem a capacidade de enfrentarem os desafios frente às diferentes situações (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2009).

Quando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar faz parte da realidade dos serviços, pode-se obter resultados efetivos na atenção em saúde. O processo de trabalho da equipe pode ser planejado e organizado por meio de ações que valorizem os diversos saberes e permitam o estabelecimento de vínculos de

confiança com ética, compromisso e corresponsabilidade (BALDISSEROTO et al., 2006).

Desta forma, o trabalho desenvolvido pela Residência consegue envolver os trabalhadores dos serviços e há a possibilidade do desenvolvimento de atividades que qualificam o processo de trabalho, a atenção em saúde e os próprios trabalhadores e residentes. Pode-se avançar na busca da integralidade da atenção através de práticas inovadoras, de uma visão ampliada de saúde, de práticas mais humanizadas e de um modelo usuário-centrado.

Neste contexto, destaca-se a importância de transformação do foco de atenção à saúde de profissional-centrada em usuário-centrada. A proposta de organização das práticas profissionais de atenção à saúde em usuário-centrada se contrapõem as práticas do modelo biomédico, pois aponta para a responsabilidade do trabalhador de saúde em assegurar plena atenção às necessidades das pessoas nos serviços de saúde (MERHY, 1998).

Nesta lógica, Ceccim e Pinheiro (2006), assinalam que quanto maior a exposição do trabalhador ao outro, maior a necessidade da equipe de saúde se estruturar como um coletivo organizado de produção. Isto pressupõe colocar o trabalho em saúde frente aos diversos elementos que constituem os problemas de saúde da população, requerendo o esforço conjunto entre os trabalhadores de saúde no desafio da construção do trabalho em equipe nos serviços de saúde.

Neste sentido, há a necessidade de superação do modelo centrado na cura, da concepção de saúde relacionada à ausência de doença e da assistência tecnicista e fragmentada (GONZE; SILVA, 2011).

Para isso, a Residência objetiva contribuir com novos conhecimentos, estimulando o trabalho interdisciplinar, as ações de educação permanente em saúde e o fortalecimento da articulação entre ensino, serviço e gestão, visando a construção de uma rede em saúde capacitada a responder as demandas em saúde da população.

Neste sentido, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar através da integração ensino-serviço possibilita novas formas de trabalho, na qual o conhecimento dos diferentes núcleos permite ampliar o olhar sobre as necessidades da população e, a partir disso, construir coletivamente soluções efetivas para as situações singulares.

Desta forma, a Residência se constitui em uma metodologia de grande relevância para a otimização das ações em saúde, pois atua no nível do serviço e da formação, conseguindo formar multiplicadores de um novo modelo de pensar e fazer saúde.

Para isto, os residentes multiprofissionais de saúde precisam participar de um processo de educação permanente em saúde por meio de diversas atividades acadêmicas, sociais, educacionais, entre outras. No entanto, eles referem encontrar dificuldades para realizar tais atividades, o que gera sofrimento durante o seu processo de formação, conforme destaca a verbalização:

eu acho que os programas deveriam incentivar essa troca, essa saída, como é que ele limita os encontros que eu vou participar, os congressos que eu vou ir. É complexo isso. Não sei se se muda processo de trabalho dessa forma (RM 2).

Este dado pode apontar para o comprometimento que os residentes multiprofissionais de saúde possuem como corresponsáveis pela sua formação. Isto é também reforçado pela fala:

nós somos comprometidos, se nós não fossemos, não teríamos nenhum tipo de sofrimento, quem não se implica, não sofre (RM 2).

Outro fator de sofrimento para os residentes multiprofissionais de saúde é a ação burocratizada dos PRMISPS da UFSM, a qual pode impedir a participação dos residentes em outras instâncias de aprendizado, conforme constata-se na fala:

eu me desanimo de ir num evento de antemão por causa da burocracia que tem que passar, de papel para poder ir (RM 6).

Nesta perspectiva, as dificuldades de se romper com os processos institucionalizados podem ocorrer devido ao fato dos aspectos concretos e estruturados darem mais segurança aos indivíduos (ROSSI; LIMA, 2005). No entanto, nos Programas de Residências, a educação no trabalho deve oportunizar aos trabalhadores singularizar as ações que desenvolvem, num constante exercício de escapar as normativas e aos modelos hegemônicos que preconizam atividades rígidas e previstas (CABALLERO; SILVA, 2010).

Esta ambivalência, pode dar origem a processos de alienação e de descompensação psíquica ou ser instrumento de emancipação e fonte de saúde (DEJOURS, 1999). Para que seja fonte de saúde, deve-se reconhecer quem trabalha, no intuito de dar sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores e como possibilidade de conversão deste sofrimento em prazer, buscando conduzir o indivíduo para a construção de sua identidade e auto-realização (DEJOURS, 2001; MENDES; VIEIRA; MORRONE, 2009).

Ceccim (2005c) destaca que a formação profissional na Residência envolve a capacidade de desenvolver condições para o trabalho em conjunto, por meio do desenvolvimento de parcerias necessárias à vivência das diferenças entre os trabalhadores. Assim, no trabalho multiprofissional e interdisciplinar da Residência, a integração entre os trabalhadores de saúde e os residentes deve se fortalecer mediante a construção de ações coletivas que visem à transformação das práticas.

No entanto, os residentes multiprofissionais de saúde referem que a prática assistencial gera situações de sofrimento quando eles assumem as atividades como um trabalhador da equipe que deve ser produtivo no trabalho, não havendo espaço para questionamentos com preceptores, tutores e equipe de saúde. Tal fato remete os residentes a ideia de que eles são mão-de-obra para as equipes de saúde nas quais estão inseridos, sendo utilizados como força de trabalho.

às vezes a vantagem é ser bem tarefeiro, a equipe faz questão de te mostrar isso (RM 2).

tem momentos que é bem conveniente para a equipe o residente ser profissional e assumir o trabalho daquele núcleo dentro do serviço (RM 6).

a responsabilidade sempre é toda nossa, sendo que tem o profissional do serviço (RM 7).

Nas falas, evidencia-se que os residentes multiprofissionais de saúde ajudam com sua força de trabalho nos serviços de saúde utilizados pelos PRMISPS, porém possuem dificuldade em entender o trabalho que realizam como aprendizado. Assim, a Residência tem sido utilizada de forma equivocada para suprir a falta de trabalhadores nas instituições, por meio da utilização da força de trabalho dos residentes (MIRANDA; LOPES, 2005).

Cabe destacar que as Residências são consideradas atividades educativas que preparam os profissionais para atuarem no mercado de trabalho (BARROS; MICHEL, 2000).

Neste sentido, os residentes multiprofissionais de saúde desenvolvem vínculos com a população e com a equipe dos serviços de saúde e, neste processo, vão se adaptando ao trabalho e interagindo com todos os envolvidos. Nas mudanças inicia-se um novo processo de trabalho e de relações, ocorrendo um esforço de adaptação à nova realidade. Neste contexto, o sofrimento pode começar e se torna expressivo quando ocorre repetidamente:

sai uma enfermeira, vem outra enfermeira, sai um técnico, muda, sei lá por qual situação e aí é tudo de novo, quando tu estás querendo trabalhar com o profissional, entra um profissional diferente, aí o profissional está querendo entrar no alinhamento do raciocínio, aí troca de novo (RM 1).

tudo precisa de um tempo para ti te adaptar, te vincular, criar laços assim como todo mundo da equipe e daí a pessoa tem um ano de contrato para estar no serviço e fica e quando consegue fazer um vínculo, amizade de confiança com a equipe, tem que sair, é complicado (RM 7).

As verbalizações remetem ao sofrimento relacionado com a prática profissional e o cotidiano dos serviços de saúde nos quais os residentes multiprofissionais de saúde desenvolvem suas atividades práticas, evidenciando a alta rotatividade de trabalhadores da saúde, o que interfere diretamente no vínculo e no trabalho em equipe.

Os residentes multiprofissionais de saúde relatam que a equipe de saúde é severa quando se trata do trabalho a ser realizado por eles, expressando-se assim:

às vezes tem momentos que parece que assim 'não, tu chegaste agora, tu ainda não tens a nossa experiência'. Não que essas coisas sejam ditas, mas a gente sabe que é essa a resposta que a gente tem muitas vezes. A própria cobrança de horários de um residente, é diferente, aí tu és residente mesmo, aí tu não é parte integrante da equipe (RM 2).

Outro aspecto que chama a atenção é que os residentes multiprofissionais de saúde sofrem quando os demais trabalhadores dos serviços de saúde não valorizam sua atuação como integrantes das equipes de saúde em que estão vinculados. Para tanto se destacam as expressões:

tu estás mais apropriado do caso, mas a tua opinião não conta tanto quanto a da equipe (RM 6).

às vezes tu estás muita mais por dentro do caso e tu pode muito mais dar a opinião sobre o caso do que os profissionais, porque tu estás acompanhando desde o início, mas não acontece assim. Sempre para ti fazer alguma coisa tem que buscar respaldo de alguém e alguém tem que 'bater o martelo' para ti fazer a intervenção (RM 7).

Os residentes multiprofissionais de saúde deste estudo também sofrem porque se sentem incompreendidos. Sentem-se excessivamente cobrados, com múltiplas atribuições:

não há uma compreensão deles (trabalhadores dos serviços de saúde) que a gente não tem tempo para nada, porque sempre é jogado mais alguma coisa para fazer, como se a gente tivesse todo o tempo do mundo (RM 7).

Evidencia-se que os residentes multiprofissionais de saúde referem a dificuldade de compreensão de alguns trabalhadores de saúde sobre os espaços de aprendizado das tarefas assumidas no cotidiano de trabalho. Isto causa o descontentamento dos residentes, pois parece que eles são meros executores de atividades assistenciais.

O trabalhador se mobiliza e se engaja no trabalho; suas ações promovem uma dinâmica de troca, visando possibilitar que os objetivos individuais e coletivos sejam alcançados. Esse investimento pode gerar sofrimento porque a organização do trabalho nem sempre é lugar para essa mobilização (MENDES, 2007).

Assim, os residentes multiprofissionais de saúde não conseguem abarcar todas as responsabilidades que lhe são atribuídas. Isto produz sensações de cansaço e de desgaste, conforme a fala:

eu me desgastei muito, para tentar melhorar alguma coisa. A gente tem que gastar muita energia e se estressar muito (RM 2).

Os residentes multiprofissionais de saúde também relatam o sofrimento pela falta de reconhecimento do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, o que gera sentimento de injustiça e indignação:

eu acho que há falta de reconhecimento no serviço, eu tenho colegas que eles eram, muitas vezes, tratados e até chamados de estagiários. No serviço não tinha o reconhecimento do que que é o residente, do que que ele se propõe a fazer, para o que ele está ali, muitas vezes sendo

confundidos, tratados como estagiários. Eu acho que essa falta de reconhecimento é bem ruim (RM 1).

não tive reconhecimento, eu fico triste quando não existe reconhecimento (RM 2).

todo mundo tem potencialidades e, muitas vezes, isso não é trabalhado, não é reconhecido. Tu tens que fazer, se tu não fazes, Deus me livre, mas reconhecer alguma coisa, incentivar aquilo, nunca (RM 8).

O reconhecimento do trabalho possibilita um processo de construção de um sentido do trabalho na vida mental do trabalhador, sem o qual a mobilização conjunta de sentimentos e inteligência para a criatividade é dificultada. Desta forma, quando a qualidade do trabalho desenvolvido pelos sujeitos é reconhecida, os seus esforços, suas angústias, suas decepções e seus desânimos adquirem sentido, contribuindo para que o sofrimento tenha um papel importante na transformação e na evolução do sujeito (DEJOURS, 2001).

Este estudo também aponta para a necessidade de reflexão dos serviços de saúde vinculados à formação, os quais devem oportunizar trocas de experiências e conhecimentos que vão qualificar a formação e o trabalho em saúde.

Neste sentido, é fundamental que se atenda aos interesses públicos e que se cumpram as responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho profissional. Para isso, deve-se levar em consideração as dimensões econômicas e sociais dos trabalhadores da saúde, visando instrumentalizá-los para melhor enfrentar os problemas envolvidos no processo de saúde e de doença da população, por meio do estímulo a uma atuação multiprofissional que respeite os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM, 2009; NASCIMENTO, 2010).

Assim, deve-se buscar corrigir um agir em saúde desarticulado e fragmentado, que tem uma postura verticalizada, autoritária e de imposição de um saber científico descontextualizado e que não responde aos anseios da população (MERHY, 2002; SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Neste contexto, é um desafio o desenvolvimento de atividades entre as diferentes profissões, porque existe dificuldade em integrar as diferentes áreas de ênfases da Residência e estabelecer um diálogo entre elas (SILVA-JUNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005; FERREIRA, 2007). Isto gera situações de sofrimento nos residentes multiprofissionais de saúde, conforme é verificado na fala:

há um distanciamento entre as linhas, isso é muito ruim, não se avança no processo de trabalho (RM 3).

Deve-se considerar que existe na formação dos residentes multiprofissionais de saúde o trabalho prescrito, definido e orientado pelas concepções teóricas que sustentam os PRMISPS. Contudo, no cotidiano da sua formação nos serviços de saúde, os residentes multiprofissionais de saúde se defrontam com o trabalho real que não é exatamente aquilo para o qual está sendo preparado para realizar.

Neste sentido, outros conceitos importantes ao abordar a Psicodinâmica do Trabalho dizem respeito à organização do trabalho prescrito, ou seja, às prescrições impostas pela organização ao trabalhador para a operacionalização dos serviços e a organização do trabalho real a qual está relacionada ao que, de fato, o trabalhador executa (BARROS; MENDES, 2003).

Spode e Merlo (2006) corroboram ao conceituar o trabalho prescrito como o que deve ser feito pelos trabalhadores seguindo normas e definições precisas, ou seja, a tarefa a ser cumprida e o trabalho real como aquele que foge à prescrição, que é imprevisto, inesperado, mas que o trabalhador deve dar conta.

Barros e Barros (2007) reforçam esta compreensão ao afirmarem que é na situação de trabalho que podemos apreender sua dimensão coletiva, pois é nela que os trabalhadores põem em jogo não apenas o que está prescrito para a execução de uma tarefa, mas outros recursos que possam lhe ser úteis para lidar com o que é imprevisto, ou seja, não prescrito.

Estudo realizado por Ferreira (2007) destaca a defasagem entre a missão propagada e as práticas as quais os residentes estão submetidos. Trindade et al. (2007) alertam sobre o conflito gerado entre o desejo do trabalhador e a realidade do trabalho, podendo ocasionar um bloqueio e sofrimento. Isto é expresso nas verbalizações:

eu pensava que a Residência ia dar todo respaldo para gente conseguir fazer as coisas (RM 6).

Assim, desta defasagem existente entre o prescrito e o real e as relações intersubjetivas no trabalho, emergem aspectos que podem ser fonte de prazer e de sofrimento para os trabalhadores e, neste estudo, para os residentes multiprofissionais de saúde.

Marques (2010) alude que o mundo do trabalho é um espaço de convívio marcado por contradições, sendo a organização do trabalho a instância responsável pela definição, divisão e distribuição das tarefas entre os trabalhadores e pela concepção das prescrições e exercício do controle, da ordem, da direção e da hierarquia.

Dejours (2011) aponta que o sofrimento no trabalho acontece do encontro de um sujeito com uma trajetória singular e individual, com uma organização do trabalho que, muitas vezes, limita a realização do projeto espontâneo do trabalhador e prescreve um modo operatório específico.

A organização do trabalho é, na verdade, a vontade de outro, de um grupo de outros ou de uma instituição que se opõe ou impõe ao trabalhador, o que desencadeia o sofrimento no trabalho (DEJOURS, 2011). Ainda conforme este autor, por organização do trabalho se entende a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades, entre outras.

Neste sentido, a organização do trabalho abarca a divisão de homens, atuando no nível do funcionamento psíquico, diferentemente das condições de trabalho, que possuem como principal alvo o corpo dos trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2011). Assim, os residentes multiprofissionais de saúde quando falam da sua formação, também abordam o sofrimento mental que vivenciam, como expresso a seguir:

eu sei de inúmeros colegas que precisaram buscar um apoio psicológico fora da residência e isso é fato e não são poucos, inclusive com uso de medicamento em função do desgaste emocional. Quando eu falo que vários colegas já surtaram, vamos dizer assim, que vários precisaram de apoio psicológico e psiquiátrico também e que vários estão tomando medicamentos, é verdade isso (RM 2).

Desta forma, percebe-se que os residentes multiprofissionais de saúde vivenciam o sofrimento mental na sua formação. Segundo eles, a equipe de saúde e o próprio PRMISPS da UFSM não relacionam o sofrimento psíquico com o trabalho e preferem ignorá-lo.

que suporte nós tivemos? Esse suporte psicológico nos foi dado? Não, não foi (RM 2).

se tivesse tido qualquer tipo de suporte, não teria tantas pessoas chegado ao seu limite sem ter procurado nada antes, a gente nem tinha tempo para fazer uma análise, para ser desculpado por alguém (RM 6).

Percebe-se que os residentes multiprofissionais de saúde se sentem sem apoio adequado, o que pode aumentar as chances de adoecimento.

Dejours (1999) refere que o essencial para a saúde mental individual nas relações de trabalho é a ação sobre o funcionamento do coletivo, pois uma vez que o trabalho pressupõe relações sociais, uma das grandes causas de sofrimento no trabalho está na má qualidade desse tipo de relações.

Ainda, Dejours (1999), refere que a saúde é uma construção intencional, na qual o trabalho ocupa lugar de destaque. Assim, a construção da saúde vincula-se a uma série de relações; de um lado estão as relações interindividuais para a construção da saúde no registro do amor; de outro, as relações no campo do trabalho. Além disso, a capacidade de resistir ou de adoecer está diretamente relacionada à qualidade das relações de trabalho e, portanto, a qualidade do convívio com as pessoas no ambiente de trabalho pode interferir na saúde psíquica.

Neste sentido, transparece a necessidade de pensar nas novas concepções de saúde e suas implicações na atenção integral, no trabalho e na formação dos trabalhadores de saúde. Apesar das dificuldades apontadas, os residentes multiprofissionais de saúde sentem-se felizes pelas possibilidades de aprendizado proporcionadas pela Residência, reconhecendo a importância desta formação.

acho que a grande vantagem da Residência é que depois que tu sai da graduação tu só reproduz atividade e técnicas, é tecnicista total. Na residência tu aprende a ter um olhar ampliado sobre diferentes situações que tu possa vir a se deparar, qualquer coisa que tu vai fazer hoje nós estamos preparados para ter um olhar, no mínimo diferente do que se não tivesse passado pela Residência (RM 1).

o que a gente faz agora, antes a gente só via na teoria e agora a gente pode colocar em prática esses conhecimentos. E aí tu sabe que não precisa estar indo só no hospital, laboratório, tu tem outros espaços, tu tem escola, outras atividades, centro comunitário, outros locais de atuação (RM 3).

uma coisa que dá felicidade é tu saber que vai terminar a Residência e vai estar diferenciado dos outros (RM 7).

tu abre a tua cabeça para as outras profissões, quando eu estiver lá em uma situação eu sei que tem a minha colega, então abre portas. Conseguir conversar com pessoas de outras áreas diferentes, ter uma visão multi, então esse que é o ponto (RM 9).

Os relatos sinalizam que a Residência contribui para a especialização dos trabalhadores de saúde e para melhorar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, gerando sentimentos de prazer nos residentes multiprofissionais de saúde. Assim, é necessário o reconhecimento do esforço e do investimento que o trabalhador faz em sua tarefa, pois é este reconhecimento que dá sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores (MENDES, 2007) e a articulação entre ensino, serviço e comunidade proposta pela Residência é enriquecedora para todos os envolvidos (BUSTAMANTE-TEIXEIRA et al., 2006).

Assim, a instituição também sofre transformações pois “a *Residência desacomoda e muito o serviço*” (RM 2). Este novo olhar provoca questionamentos que podem gerar mudanças no processo de saúde. Por isto, “o desafio lançado é de entrar, olhar, questionar e se afetar, pois a produção cotidiana de atos de saúde não é algo que venha pronto nos livros ou a partir de um conhecimento prévio; é uma opção, um desejo de produção” (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p.110). Neste contexto, a Residência propicia a reinvenção diária do trabalho, dinamizada pela experimentação do conflito vivenciado na realidade dos serviços de saúde.

Desta forma, a Residência representa um marco na formação de trabalhadores da saúde, mediante uma proposta inovadora que busca o compromisso com o SUS, por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar que possibilite uma atenção à saúde qualificada em seus diferentes níveis de atendimento. Esta é uma forma dos residentes multiprofissionais de saúde sentirem-se mais preparados para lidar com os desafios nos espaços de atuação, permitindo aos mesmos pensarem suas práticas enquanto protagonistas de sua construção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, os residentes multiprofissionais de saúde dos PRMISPS da UFSM tiveram oportunidade de refletir sobre sua formação, expressando suas opiniões a respeito das temáticas proposta neste estudo. Este movimento buscou estimulá-los no intuito de conhecer suas percepções sobre as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação, de forma crítica e de modo a colaborar para a realidade em que estão inseridos, mediante a implementação de mudanças necessárias para a consolidação do SUS.

A iniciativa para tal pesquisa, constituiu-se em um grande desafio, devido as lacunas acerca desta temática e da escassez de estudos desta natureza. Também durante a sua construção enfrentou-se limitações, como por exemplo, a subjetividade expressada pelos residentes multiprofissionais de saúde, a interpretação singular de cada um, a dificuldade de participação de todas as áreas de ênfase dos PRMISPS da UFSM e outras.

Assim, o interesse deste estudo se deteve na construção de conhecimentos sobre os significados de prazer e de sofrimento para melhorar o processo de formação e o trabalho dos residentes multiprofissionais de saúde e não apenas para a efetivação de um trabalho científico.

Sendo assim, não esgota o assunto, permitindo que novas contribuições possam emergir. Trata-se, portanto, de um trabalho que fornece subsídios para abrir novos caminhos na construção de diálogos entre os PRMISPS da UFSM e os serviços de saúde, no intuito de minimizar as situações de sofrimento e potencializar as situações de prazer no processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde.

Destaca-se que durante a realização deste estudo, percebeu-se o quanto é prazeroso realizar esta aproximação com a formação de trabalhadores de saúde, uma vez que a interação do pesquisador com os residentes nos grupos focais foi intensa, favorecendo a escuta dos mesmos sobre suas experiências, sentimentos e percepções acerca do seu processo formativo.

Os resultados deste estudo apontaram que as situações de prazer no processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde relacionam-se as

atividades de caráter multiprofissional que eles conseguem desenvolver nos serviços de saúde nos quais estão inseridos. Ainda, evidenciaram a possibilidade de aprendizado que os residentes vivenciam devido as diferentes áreas de conhecimento que compõem os PRMISPS da UFSM, os quais objetivam a construção de projetos educacionais e assistenciais coletivos que visam à integralidade de atenção em saúde. Além disso, foram mencionadas como outras fontes de prazer, o compartilhamento de conhecimentos e saberes proporcionados pela Residência e a gratificação profissional do usuário dos serviços de saúde pelo trabalho que executam.

No que se refere as situações de sofrimento no processo de formação dos residentes, destacam-se a falta de reconhecimento dos trabalhadores dos serviços de saúde com relação as atividades desenvolvidas pelos residentes como parte integrante da equipe de saúde, as dificuldades de integração das diferentes áreas de ênfase da Residência e a sobrecarga de trabalho. Outras situações foram os sentimentos negativos transmitidos pelos trabalhadores de saúde, a desmobilização e a desmotivação dos preceptores e tutores devido à falta de retorno financeiro, de capacitação para o desempenho de suas funções e da compreensão da finalidade da preceptoria e tutoria. Também, as dificuldades dos residentes de participar de outras atividades educacionais, as ações burocratizadas dos PRMISPS da UFSM, a extensa carga horaria a qual os residentes estão submetidos, a ideia de mão-de-obra devido às atividades que os residentes assumem como trabalhadores dos serviços de saúde e o sofrimento mental.

Acredita-se que o objetivo de um Programa de Residência é qualificar o residente e possibilitar transformações nos serviços de atenção à saúde que ofertam esta modalidade de formação, por meio da construção de novos saberes entre as diferentes áreas de conhecimento, de modo a satisfazer às necessidades da população. Acredita-se, assim, que os PRMISPS da UFSM vem buscando romper com as ações cristalizadas e tradicionais de ensino e assistência em saúde, mediante ações que demandam criatividade no processo de pensar e fazer saúde.

Para tanto, sugere-se que outras iniciativas possam contribuir nesta perspectiva, tais como: a criação de espaços formais para discussão de propostas e de trocas de experiências entre os PRMISPS da UFSM e os serviços de saúde, a construção compartilhada entre trabalhadores de saúde e residentes multiprofissionais de saúde do matriciamento e do PTS, a construção de

intervenções centradas no usuário e a valorização dos residentes multiprofissionais de saúde como sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizado.

Por fim, espera-se que os demais atores envolvidos com a proposta dos PRMISPS da UFSM possam usufruir dos relatos apresentados, refletindo sobre as mudanças necessárias no âmbito do ensino e das práticas em saúde. Entende-se que a Residência é um espaço do trabalho coletivo e educativo em que os residentes adquirem um conhecimento contínuo no dia a dia. Portanto, quando há interesse em ensinar e aprender, é possível construir conhecimentos, e a partir disso, a mudança torna-se exequível.

Assim, acredita-se que conhecer as percepções dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação pode impulsionar os PRMISPS da UFSM no intuito de qualificar esta experiência que tem contribuído para que sejam realizadas mudanças nos modos de ensino e assistência em saúde.

Este estudo pode contribuir também para potencializar o planejamento de ações em saúde que auxiliem na construção de um processo ensino-aprendizagem mais prazeroso.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Rev Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356–362, 2008.

AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Enferm.**, v.16, n.1, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições, 2011.

BALDISSEROTO, J. et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: **uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: **experiências, avanços e desafios**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. p.355-73, 2006.

BARROS, A. B. L. de; MICHEL, J. L. M. Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência: experiência de implantação em um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.5-11, 2000.

BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**, Itatiba/SP, v. 8, n. 1, p. 63-70, 2003.

BARROS, M. E. B. **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: UNIJUÍ (Coleção saúde coletiva), 2007.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. **Da dor ao prazer no trabalho**. In: MENDES, A.M. psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. Ijuí: UNIJUÍ, 2007.

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; LEOPARDI, M.T. Técnicas e procedimentos de pesquisa qualitativa. In: LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**/ Maria Tereza Leopardi; autores convidados: Carmem Lúcia Colomé Beck, Elisabeta Albertina Nietzsche, Rosa Maria Bracini Gonzales. – 2. ed. rev. e atual. – Florianópolis: UFSC/ Pós- Graduação em Enfermagem, p. 223-244, 2002.

BOSQUETTI, L. S.; BRAGA, E. M. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.690-6, 2008.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8, Brasília, 1986. **Anais**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 8080/90**, de 19 set. 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1999a. Disponível em: <<http://dtr2004.Saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acesso em: 01 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 8142/90**, de 28 dez. 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990b. Disponível em: <<http://dtr2004.Saude.gov.br/dab/legislacao.php>>. Acesso em: 01 set. 2012.

_____. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF, 1996a.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 196/96 – Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996b.

_____. Ministério de Educação/Câmara de Educação Superior. DF. **Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator); Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida. Processo(s) n. 23001.000245/2001-11. Aprovadas Parecer CNE: ces 1133/2001. Homologadas: 1º/10/2001. Resolução; CES 03/2001a.

_____. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução nº 259/2001**, de 12 de julho de 2001. Estabelece Padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2001b.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 1**. Dispõe sobre o estabelecimento de cursos de pós-graduação. In: Diário Oficial da República Federal do Brasil, Brasília-DF, 9 abril, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União nº 32/2004, seção I.** República Federativa do Brasil, Poder executivo, Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 68 p., 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço.** Brasília, 23 de julho de 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36 p., 2005a.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.129,** 2005b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 13 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. **Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005.** Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Plenária do Seminário Nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde.** 01 e 02 de dezembro de 2005. Brasília, Hotel São Marcos. 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 36p., 2005e.

_____. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº648. Brasília-DF. 2006b. Disponível em: <<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>>. Acesso em: 15 mai 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, EQUIPE DEGES, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. ROSCHKE, M. A. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 substitui a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, 2007a. **Apresentação Power Point**. Disponível em: www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/.../Maria_Alice_Rosckche.pdf. Acesso em: 02 set 2012.

_____. Ministério da Educação Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 45**. Brasília-DF. 2007b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 02 set 2012.

_____. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2007c. Disponível: <http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf>. Acesso: 08 set 2013.

_____. Ministério da Saúde (Brasil). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília-DF. 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 15 mai 2013.

_____. Ministério da Saúde (Brasil). **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Brasília-DF. 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 15 mai 2013.

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 2**. Brasília-DF. 2012. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrrms-2-2012.htm>>. Acesso em: 15 mai 2013.

BRITO, J. et al. **Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade**. Trabalho, Educação e Saúde, São Paulo, 2003.

BRITO, J. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**. v.10, n. 4. 2005.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 537-572, 2007.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. et al. **Residência em Saúde da Família:** contribuindo na formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional da saúde: experiência, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 171-194. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2006.

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

CAMPOS, G. W. dos S. **Reforma da reforma repensando a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 220p., 1997.

CAMPOS, G. W. dos S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas:** teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond M Júnior, Carvalho YM. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; p. 53-92, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 185 p., 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CARLOTO, C. M. Gênero, reestruturação produtiva e trabalho feminino. **Serviço social em revista**, Londrina, v. 4, n. 2, Jan./Jun. 2002. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v4n2_carlotto.htm>. Acesso em: 04 Set. 2013.

CARBOGIM, F. C. et al. Residência em enfermagem: a experiência em Juiz de Fora do ponto de vista do residente. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 245-249, 2010.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p.321-328, 2006.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação em saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p.30-56, 2001.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, p. 211-224, 2003.

CECCIM R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41-66, 2004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface- Comunic. Saúde Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acesso em: 08 set 2013.

_____. **Equipe de saúde**: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, p. 259-278, 2005c.

CECCIM, R. B.; PINHEIRO, R. **Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde**: articulando concepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Org.). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 13-35, 2006.

CECCIM, R. B. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda de guerra” a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface: comunic, saúde, educ**, v. 13, n. 28, p. 233- 235, 2009.

_____. Prefácio. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 17-22, 2010.

CECÍLIO, L. C. E. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, p. 117-130, 2009.

DALLEGRAVE, D. **No Olho do Furacão, na Ilha da Fantasia: A invenção da Residência Multiprofissional em Saúde.** 2008. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DAUNE-RICHARD, A. **Qualificações e representações sociais.** In: HIRATA & MARUANI (orgs.). As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Senac, p. 65-76, 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **A violência invisível.** (Entrevista) Caros amigos, maio, 1999.

_____. **A banalização da injustiça social.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2001.

_____. **O fator humano.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

_____. **Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.** Brasília: Paralelo 15, 2004.

_____. **A banalização da injustiça social.** 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 156 p., 2006.

_____. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas; 2007.

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho/**Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene Stocco Betiol. 1. Ed.-12. reimpr. São Paulo: Atlas, p. 21-32,

2011.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em Psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**/Christophe Dejours, Elisabeth Abdoucheli, Christian Jayet, coordenação Maria Irene Stocco Betiol. 1. Ed.-12. reimpr. São Paulo: Atlas, 2011, p. 119-145, 2011.

DIERCKS, M. S. et al. **O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade**. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 173-189, 2010.

FERNANDES, J. D. et al. Saúde Mental e Trabalho: Significados e limites de modelos teóricos. **Revista Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 5, 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 03 set 2012.

FERREIRA, S.R. **Residência Integrada em Saúde: uma Modalidade de Ensino em Serviço**. 2007. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 190p., 1998.

FRANCO, T. A centralidade do trabalho na visão da Psicodinâmica de Dejours. **Caderno CRH**, Salvador, v. 41, n. 17, p. 309-321, 2004.

FRANCO, T. B. In: Pinheiro, R.; MATOS, R. A. Gestão em Redes. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO. **As redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, Rio de Janeiro, 2006.

FRANCO, G. P, et al. Burnout em residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.12-18, 2011.

GARCIA, M. R. V. et al. “Mulheres guerreiras”: identidade feminina e profissional entre vendedoras ambulantes da cidade de São Paulo. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.13, n.1, p.27-42, 2010.

GATTÁ, Maria Camargo Borges. **Interdisciplinaridade, formação e ação na área da saúde**. Ribeirão Preto: Holos, 200p., 2006.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro; 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A.M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2006.

GONZALES, R. M. B. **Sufrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** 2001.196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011.

GOULART, C. T. et al. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 178-186, 2012.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 112p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HENRIQUES, R. L. M. **Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

HOFFMANN, R.; LEONE, E. T. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. **Nova Econ.**, v. 14, n. 2, p. 35-58, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Localização da cidade**. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431690>>. Acesso em: 11 set. 2013.

KANTORSKI, L. P. et al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 594-601, 2009.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G. **Produção de conhecimento**. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (org.). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ/ABRASCO, p.111-130, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 290p., 2002.

LIMA, E. X.; RODRIGUES, B. M. R. D. **Compreendendo a preceptoria de enfermagem**. In: LOPES, Gertrudes Teixeira (org.). Residência de enfermagem – espaços de lutas e contradições. Rio de Janeiro: EPUB, p.33-58, 2000.

LOPES, G. T.; BAPTISTA, S. de S. **Residência de enfermagem: o cotidiano e seus desafios**. In: LOPES, Gertrudes Teixeira (org.). Residência de enfermagem - espaços de lutas e contradições. Rio de Janeiro: EPUB, p.1-33, 2000.

LOPES, G. T.; MOURA, C. F. S. O impacto da residência de enfermagem na reconfiguração do perfil do enfermeiro assistencial: 1975-2000. **Esc Anna Nery.**, v. 8, n. 1, p.39- 45, 2004.

MACEDO, P. C. M. et al. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago 2013.

MACHADO, M. H (Coord.) **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

MACHADO, A. G. **Cuidadores: seus amores e suas dores – o prazer e o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico**. 2006. 112p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MARQUES, A. C. L. **Vivência de prazer e sofrimento dos oficiais de justiça numa instituição pública do Distrito Federal**. 2010. 26f. Monografia [Especialização em Psicodinâmica do Trabalho] – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

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

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Sentimentos de prazer e sofrimento de docentes na implementação de um currículo. **Rev. Gaúcha Enf.**, v. 27, n. 2, p. 284-90, 2006.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-11, 2010. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/36.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2012.

MASSAROLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde.** 2008. Disponível em:< <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>. Acesso em: 20 dez 2012.

MATHEUS, M. C. C.; CHAVES, E. C.; BIANCHI, E. R. F. A relação professora-aluna e os mecanismos de stress, coping e burnout nas primeiras experiências práticas. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p.51-8, 1999.

MATHEUS, M. C. C.; IDE, C. A. C.; ARNGELO. M. A obstinação como mediadora entre a idealização e a concretude do cuidado instituído: a experiência da enfermeira recém- formada. **Acta Paul Enferm**, v. 16, n. 2, p. 9-17, 2003.

MENDES, A. M. B. **Prazer e sofrimento no trabalho qualificado: um estudo exploratório de uma empresa pública de telecomunicações.** 1994. 125f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1994.

_____. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional.** 1999. 306f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

_____. (org). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M.; VIEIRA, A. P.; MORRONE, C. F. Prazer, sofrimento e saúde mental no trabalho de teleatendimento. **RECADM**, v. 8, n. 2, p. 151-158, 2009.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Editora Hucitec; p. 71-112, 1997.

_____. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde:** uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A, organizadores. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.* São Paulo: Xamã; p. 103-120, 1998.

_____. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWEKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud uma estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 2, n. 2, p. 147-60, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, L. V.; LOPES, G. T. A configuração do programa de residência de enfermagem do Ministério da Saúde. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v.9, n.1, p.18-27, 2005.

MORRONE, C. F.; MENDES, A. M. A ressignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, v. 3, n. 2, p. 91-118, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1984-66572003000200005&script=sci_arttext. Acesso em: 31 ago 2012.

MOSCHEN, A. Z.; FAJARDO, A. P.; DIERCKS, M. S. **A integralidade e o trabalho do cirurgião-dentista na atenção primária à saúde.** In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 243-260, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo; v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Trab.**, Belo Horizonte, v. 1, n 1, p. 56-68, 2003.

OJEDA, B. S.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 432-438, 2004.

OKANE, E. S. H.; TAKAHASHI, R. T. O. Estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, 2006.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. **Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento?** In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 91-114, 2010.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Gênero e qualidade de vida percebida-estudo com professores da área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 3, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000300021&script=sci_arttext. Acesso em: 30 ago 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, (OMS). **Oficina Regional de La organización de La salud, educacion continua: guia para la organización de programas de educacion continua para El personal de salud**. Washington, 1978.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, 2001.

REIS, M. A. S. et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 23, p. 655-666, 2007.

RESSEL, L. B; GUALDA, D. M. R; GONZALES, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**. v. 1, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 03 set. 2012.

RESSEL, L. B et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>>. Acesso em: 02 Mai. 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 16/99. Institui o Programa de Residência Integrada em Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.14, n.1, p.179-181, 2001.

ROCHA, S. R. A. "**O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda**": sofrimento, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários. 2003. 180f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

RODRIGUES, A.L.; GASPARINI, A. C. L. F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. col. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 1992.

ROSSI, F. R. R.; LIMA, M. A. D. S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação De Profissionais Para o Sistema único De Saúde e as Diretrizes curriculares. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2004.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p.822-827, 2008.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 521-536, 2005.

SEVERO, T. P.; FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem, **REME-Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 297-302, 2007.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1685-1698, 2010.

SILVA, A. L. Reflexões sobre perspectivas da Pós-Graduação. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 6, p.411-13, 2005.

SILVA, G. C. C. et al. Ansiedade e depressão em residentes em radiologia e diagnóstico por imagem. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2010.

SILVA, G. C. C. et al. The relevance of psychological support to medical resident and specializing in radiology and imaging diagnosis. *Radiol Bras*, São Paulo, v. 44, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago 2013.

SILVA, C. T. da. **Educação permanente em saúde como um espaço interseção de uma residência multiprofissional**: estudo de caso. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

SCHMITZ, C. A. A. **Decifra-me e Devoro-te**: A história de como nasceu e morreu a ideia de uma Residência Integrada em Saúde no interior do Estado. 2006. 244p. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Sanitarista] - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca em convênio com a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, 2006.

SILVA-JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. de M.; HENRIQUES, R. L. M. **O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade**. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (orgs.). *Ensinar em saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ/ABRASCO, p.93-110, 2005.

SIQUEIRA JUNIOR, A. C., SIQUEIRA, F. P. C., GONÇALVES, B. G. G. O trabalho noturno e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista mineira de enfermagem**. v. 10, 2006.

SUOZZO, A.C. et al. Attention and memory of medical residents after a night on call: a cross-sectional study. **Clinics**, São Paulo, v. 66, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322011000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago 2013.

SPODE, C. B.; MERLO, A. R. C. Trabalho Policial e Saúde Mental: uma pesquisa junto aos capitães da Polícia Militar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 362-370, 2006.

TAHON M. B. **Sociologie de rapports de sexe**. Collection "Le sens Social". Rennes/Ottawa: Presses Universitaires de Rennes/ Les Presses de Université d'Ottawa, 2004.

TRINDADE, L. de L. **O Estresse Laboral da Equipe de Saúde da Família: Implicações para Saúde do Trabalhador.** 2007. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 685 p., 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.** Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/prpgp/>>. Acesso em: 30 ago 2012.

VICTORA, C.; KNAUT, D. R.; HASSEN, M. N. **A pesquisa qualitativa em saúde: Uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIETTA, E. P. et al. Técnica da complementação de frases como recurso para expressão vivencial do aluno em véspera de prova. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n. spe, 1996.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Os múltiplos papéis sociais de mulhe cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Ale v.31, n. 2, 2010. Disponível em: 126<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000200019> Acesso em: 29 ago 2013

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário para levantamento de dados sócio-demográficos

1. Sexo:

- Feminino
 Masculino

2. Data de nascimento: _____ Idade: _____

3. Estado civil:

- Solteiro (a)
 Casado (a)/companheiro (a)
 Separado (a)/divorciado (a)
 Viúvo (a)

4. Possui filho (a) (s)? Sim ? Quanto (s)? _____ Idade (s): _____ Não

5. Escolaridade (uma ou mais alternativas):

Graduação

A. Curso: _____

B. Instituição de Ensino Superior: _____

C. Ano de Conclusão: _____

Especialização

A. Curso: _____

B. Instituição de Ensino Superior: _____

C. Ano de Conclusão: _____

Mestrado

A. Curso: _____

B. Instituição de Ensino Superior: _____

C. Ano de Conclusão: _____

Doutorado

A. Curso: _____

B. Instituição de Ensino Superior: _____

C. Ano de Conclusão: _____

6. Tempo de trabalho anterior à Residência Multiprofissional e local:

- menos de 1 ano
 1 a 2 anos

- 2 anos
- mais de 2 anos

Onde? _____

7. Quantos processos seletivos você realizou para conseguir aprovação em um dos PRMISPS da UFSM?

- 1
- 2
- 3

8. Outro dado que deseje informar: _____

Apêndice B - Questões orientadoras para o grupo focal

1. Motivações dos residentes multiprofissionais de saúde para a busca pelos Programas de Residências Multiprofissionais na UFSM.
2. O que é ser residente multiprofissional de saúde.
3. Vivências dos residentes multiprofissionais de saúde no seu processo de formação (docentes, trabalhadores dos serviços de saúde, usuários e gestores).
4. Situações de prazer e de sofrimento na percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre o seu processo de formação (docentes, trabalhadores dos serviços de saúde, usuários e gestores).

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Prazer e Sofrimento no Processo de Formação de Residentes Multiprofissionais de Saúde.

Pesquisadores responsáveis: Carmem Lúcia Colomé Beck, Marcelo Nunes da Silva Fernandes.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8029 ou (55) 3220-8263.

Local da coleta de dados: Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder aos questionamentos, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Este estudo objetiva identificar a percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações de prazer e de sofrimento no seu processo de formação. A justificativa para a realização desta pesquisa está na intenção de conhecer mais profundamente o processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde e identificar o prazer e o sofrimento na sua formação. As informações serão fornecidas através de um questionário e da participação no grupo focal.

Esta pesquisa não apresenta benefícios diretos para você, mas pode, a partir dos resultados obtidos, traçar estratégias que possibilitem contribuir para qualificar o seu processo de formação, mediante a identificação das situações de prazer e de sofrimento que você vivencia.

A participação neste estudo não representará, a princípio, riscos potenciais ou reais à sua dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá trazer algumas lembranças, questionamentos e/ou conflitos à sua dimensão emocional pelo fato dos pesquisadores realizarem questões na quais você irá refletir sobre seu processo de formação. Caso isto aconteça e se você desejar, esta situação poderá ser acompanhada pelo serviço de psicologia da UFSM, com o qual será realizado um

contato prévio para atendimento. Neste momento, você poderá interromper a sua participação na pesquisa, podendo ou não retornar, conforme seu desejo.

As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20____

Assinatura do participante

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Apêndice D - Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados

Título do projeto: Prazer e Sofrimento no Processo de Formação de Residentes Multiprofissionais de Saúde.

Pesquisador orientando: Marcelo Nunes da Silva Fernandes.

Pesquisador responsável (Orientadora): Carmem Lúcia Colomé Beck.

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8029 ou (55) 3220-8263.

Local da coleta de dados: Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados cujos dados serão coletados por meio de um questionário e grupo focal a ser realizado com os Residentes Multiprofissionais de Saúde. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em um local seguro e de acesso restrito, ou seja, no armário da sala 1305B da Profa. Carmem Lúcia Colomé Beck, no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM em...../...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,.....de.....de 201...

Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Marcelo Nunes da Silva Fernandes

ANEXOS

Anexo A - Autorização da Comissão de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria



Ministério da Educação
 Universidade Federal de Santa Maria
 Centro de Ciências da Saúde
 Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

Ofício nº.06 /2013.

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

Da: Coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da UFSM.
 Para: Marcelo Nunes da Silva Fernandes.
 Assunto: Autorização para realização de pesquisa.

Eu, Vânia Maria Fighera Olivo, Coordenadora dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da UFSM, venho por meio deste, autorizar a realização da pesquisa intitulada "Prazer e Sofrimento no Processo de Formação de Residentes Multiprofissionais de Saúde", de autoria do mestrando Marcelo Nunes da Silva Fernandes, a qual será realizada com os residentes multiprofissionais de saúde matriculados no segundo ano dos três Programas de Residência Multiprofissional da UFSM.

Atenciosamente,


 Profª. Drª. Vânia Maria Fighera Olivo
 Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional - COREMU/UFSCM
 CEPTEL - 30713-514PE - 83303505

Coordenadora dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM e da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da UFSM

Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde

Pesquisador: Carmem Lúcia Colomé Beck

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13934413.8.0000.5316

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 227.971

Data da Relatoria: 20/03/2013

Apresentação do Projeto:

O objeto deste estudo é o prazer e o sofrimento no processo de formação de profissionais dos Programas de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Acredita-se que é fundamental focalizar na formação dos mesmos, visando conhecer como esses residentes se organizam na realidade em que estão inseridos. Assim, há o interesse pelo conhecimento sobre prazer e sofrimento no seu processo de formação, o qual neste estudo é embasado na Psicodinâmica do Trabalho que tem seu referencial teórico proposto por Christophe Dejours. A questão norteadora desta pesquisa é: qual a percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações geradoras de prazer e de sofrimento no seu processo de formação? E, os objetivos são caracterizar sociodemograficamente os residentes multiprofissionais de saúde e conhecer a percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações geradoras de prazer e de sofrimento no seu processo de formação. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, que será realizada com os residentes multiprofissionais de saúde matriculados no segundo ano, por meio de questionário e

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)2220-3382

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



grupo focal. Para tanto, a coleta de dados acontecerá no primeiro semestre de 2013. Para o processo de análise dos dados, será realizada Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Os resultados comporão a dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Deste modo, acredita-se que este estudo possa contribuir no sentido de fornecer elementos para o processo de formação dos residentes multiprofissionais de saúde, por meio da identificação das situações de prazer e de sofrimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a presença do prazer e de sofrimento no cotidiano dos residentes multiprofissionais da saúde.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar sócio-demograficamente os residentes multiprofissionais de saúde; - Conhecer a percepção dos residentes multiprofissionais de saúde sobre as situações geradoras de prazer e de sofrimento no seu processo de formação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

os critérios de riscos e benefícios estão claros e são inerentes ao processo aos qual serão submetidos os participantes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A análise dos dados será realizada em etapas, ou seja, inicialmente será realizada a sistematização dos dados sócio-demográficos obtidos no questionário, o que permitirá conhecer o grupo de participantes. Em seguida, proceder-se-á a transcrição das falas e a descrição dos dados coletados no grupo focal, considerando as anotações feitas pelo observador no caderno. Tendo em vista que não serão realizados grupos focais para cada Programa de Residência Multiprofissional, a análise será realizada de forma ampliada, ou seja, englobará os três Programas. Para facilitar a leitura dos resultados obtidos no questionário, os dados sócio - demográficos serão agrupados e descritos, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva simples, com apresentação dos mesmos em frequência e percentual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os termos estão adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Retorta 2º andar
 Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-6062 E-mail: ccp.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 26 de Março de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prócio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA E-mail: csp.utsm@gmail.com
Telefone: (55)3220-8362