

DISCUTINDO A FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM PSICOLOGIA: CONTEXTUALIZAÇÃO, APONTAMENTOS E DESAFIOS

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia – IP
Departamento de Psicologia Clínica – PCL

Sofia Costa e Silva Duarte
Larissa Polejack

Objetivos

Discutir acerca da criação e efetivação dos programas de Residência Multiprofissional com enfoque em Psicologia, levando em consideração o que está sendo produzido sobre o tema, aspectos históricos, a formação em graduação que precede a RM, as principais necessidades e desafios desta modalidade de pós graduação e sua pertinência no exercício da profissão no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Contexto de criação e efetivação

- Termo criado no século XIX
- Iniciada no Brasil na década de 40
- Primeira residência multiprofissional: 1976, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, englobando as especialidades de Enfermagem, Assistência Social e Medicina Veterinária.
- Oficialização da RM no Brasil: Lei Federal 11.129, de junho de 2005
- Definição de dicionários
- Tradição de práticas biologizantes, centradas em procedimentos, tecnicistas

Vantagens da Residência:

- A redução de gastos com mão de obra;
- A renovação do corpo técnico, que configura estudantes estimulados à aprendizagem e com uma formação recente e ampla, de elevado senso crítico;
- Elevada carga horária de trabalho prático.

(Porto, 1962 como citado em
Ferreira e Olschowsky, 2010)

Diferenciais educacionais:

- O trabalho mediante as necessidades da população;
- O trabalho multidisciplinar;
- A institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira.

(Campos, 1997 e Merhy, 2002, como citado
em Lobato, Belchior e Baduy, 2012)

O que está sendo produzido sobre residência?

- Maior produção atrelada às regiões sudeste, sul e nordeste, respectivamente (onde há mais processos seletivos de RM).
- Em mestrado acadêmico (66%), doutorado (22%) e mestrado profissional (12%) e nos anos de 2007, 2010 e 2011, correspondentes ao tempo decorrido entre a aprovação da lei e o término de trabalhos de mestrado e doutorado.
- A predominância das temáticas foi em Saúde da Família e formação de Residência em Enfermagem.

(Dallegrave e Ceccim, 2013)

Graduação

- As associações de ensino das profissões de saúde e o próprio SUS promoveram o debate sobre a formação e a reformulação de diretrizes curriculares. (Ceccim e Ferla, 2009)
- Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia (Resolução N°5, de 15 de março de 2011).
- Os domínios mais consolidados de atuação profissional devem ser incentivados em seu desenvolvimento e também ponto de partida para a definição de ênfases curriculares (sem que isto prejudique o desenvolvimento de outras áreas).

- Visão **biopsicossocial** como princípio norteador e compromisso (Art. 3º, inciso II)
- A importância do **diálogo** com outros campos do conhecimento, que se aproxima do conceito de integralidade do sujeito e trabalho interdisciplinar (Art. 3ª, inciso III; Art. 8º IX)
- Uma **posição crítica** perante os fenômenos sociais e outros que a eles estão associados (Art. 3º, inciso IV)
- A aprendizagem como um **continuum** sem fim e utilização do recurso de educação permanente (Art. 3º, inciso VII)
- Introdução do estudante em **variados ambientes** sociais e institucionais Art 5º (eixo estruturante VI)
- Ação do profissional de forma coerente com referenciais teóricos e **características da população-alvo** (Art. 8º, inciso III; Art 11. § 1º)
- Articulação da universidade com os interesses da **comunidade** (Art. 25º)

Como está a graduação?

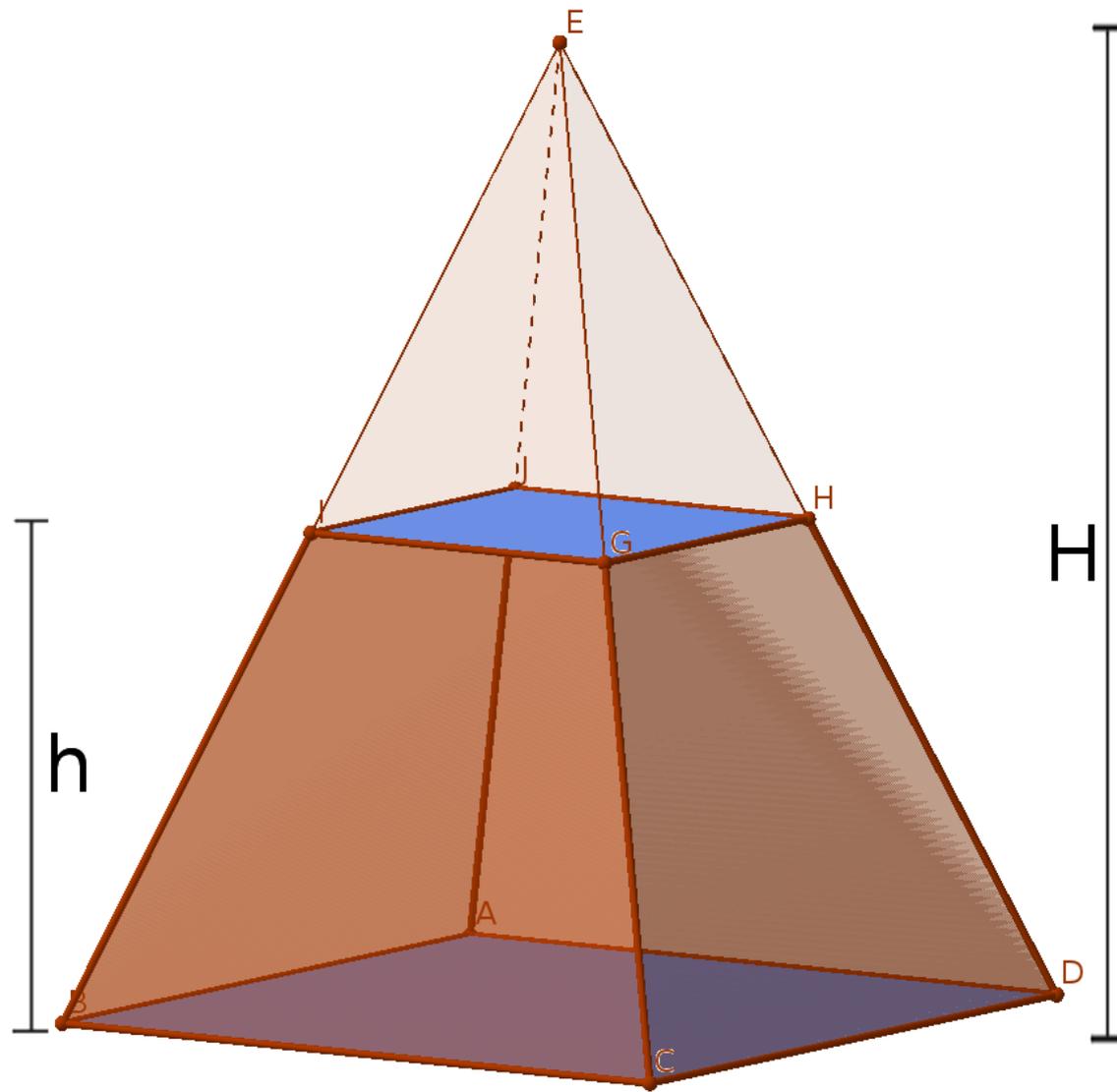
- Psicologia da Saúde como disciplina obrigatória
- Criação da disciplina Psicologia e Políticas Públicas
- Falta de vivências interdisciplinares
- Alta carga horária de atividades
- Tradição tecnicista
- Modelo quantitativo de avaliação de trabalho
- Processos desarticulados
- Ligas de Saúde Multiprofissionais
- VER-SUS

Que conhecimento estamos produzindo?
Para quem?

Importância da interação ativa e participativa dos cursos da área de saúde, dos serviços e da comunidade em diálogo constante com a Universidade.
(Ceccim e Ferla, 2009)

Discutindo formação e atuação: as práticas necessárias

- Os modelos tradicionais representam resistência às conquistas populares do SUS
- Visão de que a educação deve ter uma posição privilegiada
- Complexidade do fenômeno de saúde
- O uso da estranheza familiar
- Reflexão sobre o trabalho: observações, sentimentos, impressões, dificuldades, possibilidades e potencialidades
- Implicação ativa do sujeito
- Agentes micropolíticos
- Diálogos entre formação, gestão, atenção e controle social (avaliação e monitoramento)
- Educação como *continuum*





Eu me identifico com isso?

O que eu posso fazer?

Como posso me inserir no processo educacional?

Como posso me implicar neste processo?

O SUS é lindo no papel, mas ele não funciona.

Obrigada!

Educar a mente sem educar
o **coração** não é **educação**.

(Aristóteles, 384 a.C. - 322 a.C.)