



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Kellyane Pereira Santos

**Residências multiprofissionais em hospitais no município de Recife-PE: o
trabalho no contexto da pandemia de Covid-19**

Recife

2022

Kellyane Pereira Santos

**Residências multiprofissionais em hospitais no município de Recife-PE: o
trabalho no contexto da pandemia de Covid-19**

Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientador: Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto

Recife

2022

Título do trabalho em inglês: **Multiprofessional residences in hospitals in the city of Recife-PE**:: work in the context of the Covid-19 pandemic.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Código de Financiamento 001.

S237r

Santos, Kellyane Pereira.

Residências multiprofissionais em hospitais no município de Recife-PE:: o trabalho no contexto da pandemia de Covid-19 / Kellyane Pereira Santos. -- 2022.

109 f. : il. color.

Orientador: Pedro Miguel dos Santos Neto.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública), Recife, 2022.

Bibliografia: f. 99-108.

1. trabalho. 2. internato não médico. 3. educação interprofissional. 4. COVID-19. I. Título.

CDU 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Kellyane Pereira Santos

**Residências multiprofissionais em hospitais no município de Recife-PE: o
trabalho no contexto da pandemia de Covid-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 30 de novembro de 2022

BANCA EXAMINADORA

Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz
(Orientador)

Dra. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz
(Titular interna)

Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Centro Acadêmico de Vitória/Universidade Federal de Pernambuco
(Titular externa)

*Para Kerolaynh, minha irmã, in memoriam.
Por (re)nascer em nós.*

AGRADECIMENTOS

À minha família por ser a razão e o impulso para eu chegar até aqui e poder seguir.

Às minhas amigas e aos amigos mais próximos, que sempre me acolheram e escutaram mesmo quando eu não coloquei em palavras o nó de sentimentos durante o mestrado.

Jéssica, Karla, Rafael e Edja que estão comigo desde a graduação, compartilhando das dores e amores, em todos os aspectos da vida.

Ariane e Flávia, obrigada por estarem comigo desde a infância, nos melhores e piores momentos. Vocês são a lembrança de onde eu vim e acolhimento na distância.

Stephanie e Camila, minhas eternas R1s, que foram parte de todos os afetos envolvidos na minha aproximação com a residência.

Telma, por ser minha eterna professora na vida. Gratidão ao universo por ter te levado à Ufal. Sou feliz por ter uma referência tão potente e amorosa.

Mayara e Isabella, por serem acolhida, cafezinho e desabafos quando tudo estava tão sensível.

Lucas por ser meu parceiro na residência e no mestrado.

Ana Paula e Joelma, pelas risadas, reflexões e incentivos sempre presentes.

À Luísa que me ajudou a construir o projeto quando estava na seleção do mestrado e por ter me guiado nesse caminho.

A todos, obrigada por serem companhia, parceria e apoio ao longo dos últimos anos.

Aos colegas de turma que, embora remotamente e distantes, foram motivação.

A Pedro Miguel pelas contribuições e somas neste trabalho.

Às meninas do observatório das residências: Paulette, Dara, Ângela, Giovana e Karla, toda minha gratidão por terem sido minhas professoras, amigas e parceiras nessa empreitada.

Às residentes e aos residentes que estiveram na pesquisa, pois sem vocês não seria possível. Obrigada pelas trocas, pelo tempo disponibilizado e pela confiança em partilharem suas experiências.

Ao Cnpq, pelo financiamento da bolsa que foi essencial para minha permanência no programa.

À banca de qualificação por ter sido fundamental na continuidade da pesquisa.
À banca de defesa por somar e aperfeiçoar a finalização desse processo.

No mais, agradeço às políticas sociais, de saúde, educação e assistência social que possibilitaram que eu chegasse até aqui. Sem a garantia dos direitos básicos, uma mulher negra, de família pobre, não sairia do interior de Alagoas para construir caminhos na vida acadêmica.

Sigamos juntas!

RESUMO

SANTOS, Kellyane Pereira. Residências multiprofissionais em hospitais no município de Recife-PE: o trabalho no contexto da pandemia de Covid-19. 2022. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

Essa dissertação discute elementos e dimensões que caracterizaram o trabalho de profissionais residentes diante da Covid-19. Dialoga com os princípios da Educação Interprofissional em Saúde (EIP), assumindo as práticas colaborativas como caminho para o trabalho em equipe, a qualificação do cuidado em saúde e melhoria dos processos de trabalho. Também se articula com as teorias do processo de trabalho e micropolítica do trabalho em saúde. Teve como objetivo analisar o trabalho de residentes das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) hospitalares, no município de Recife-PE, no contexto da pandemia de Covid-19. A pesquisa foi qualitativa, analítica e de caráter exploratório. O percurso metodológico abarcou a realização de grupos focais, de forma remota, com residentes que estavam vinculados/as a programas nos períodos de 2019-2020 e 2020-2022. Participaram 10 residentes de 06 hospitais que tiveram leitos de enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva habilitados para a assistência à Covid-19. A análise foi realizada através da teoria de Bardin. Os resultados reforçam que o trabalho em saúde, na pandemia, tem reflexos da organização desse no capitalismo, de modo que não se dissocia da conjuntura brasileira. Sobre o processo de trabalho, observamos que foi sendo adaptado ao cenário sanitário, todavia com incertezas e inseguranças para os segmentos que compõem os programas. Aliado a condições de trabalho inadequadas em termos de insumos, insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual e relações desiguais de poder, com interdições à autonomia do/a residente. Além disso, o sentido da atuação multiprofissional em equipe foi descaracterizado, e o/as residentes atuaram de forma muito isolada, o que também fala do distanciamento ainda grande da EIP como orientadora das RMS. Por isso, as práticas colaborativas tendem a ser pontuais e dependentes de iniciativas dos/as residentes. O aspecto formativo, por sua vez, apresentou fragilidades que refletem a manutenção de uma lógica dicotômica entre trabalho e formação, que não os integra, apenas os soma de forma descontextualizada e desvinculada dos princípios da Educação Permanente em Saúde. Portanto, observamos que não se soube fazer com que o trabalho fosse a base da formação. Em contrapartida, o trabalho na pandemia promoveu desenvolvimento de novos conhecimentos e a atuação dos/as residentes contribuiu para a sustentabilidade da assistência nos hospitais, devido aos desfalques nas equipes. No mais, a pesquisa possibilitou que os grupos focais resultassem em (re)encontros entre residentes, partilhas e construção de saberes. Diante disso, compreendemos que pandemia desnudou problemas que há muito vêm sendo discutidos, tanto no campo do trabalho como da educação na saúde, ao passo em que fomenta a importância das RMS no enfrentamento à Covid-19. É também um convite às gestões da saúde, profissionais que atuam como preceptores/as, tutores/as, coordenadores/as de programas e residentes a seguir na luta pelo fortalecimento da política de residências em todos os níveis de gestão.

Palavras-chaves: trabalho; internato não médico; educação interprofissional; COVID-19.

ABSTRACT

SANTOS, Kellyane Pereira. Multiprofessional residencies in hospitals in the city of Recife-PE: the work in the context of Covid-19 pandemic. 2022. Dissertation (Academic Master in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

This dissertation presents a discussion about elements and dimensions that characterized the work of resident professionals in the face of Covid-19. It dialogues with the principles of Interprofessional Health Education (IPE), assuming the collaborative practices as a path to teamwork, qualification of health care and improvement of work processes. It also articulates with the theories of the work process and micropolitics of work in health. It aims to analyze the work of residents in Multiprofessional Residencies in Health (MRH) hospitals, in the city of Recife-PE, in the context of the Covid-19 pandemic. The research was qualitative, analytical and exploratory. The methodological path included the realization of focus groups, remotely, with residents who were linked to programs in the periods 2019-2020 and 2020-2022. 10 residents from 06 hospitals that had infirmary beds and Intensive Care Unit qualified for assistance to Covid-19 have participated of this study. The analysis was carried out by Bardin's theory. The results reinforce that health work in the pandemic reflects its organization in capitalism, so that can not be dissociated from the Brazilian conjuncture. Regarding the work process, we observed that it was adapted to the health scenario, however with uncertainties and insecurities for the segments that compose the programs. Allied to inadequate working conditions in terms of supplies, insufficient Personal Protective Equipment and unequal power relations, with interdictions to the resident's autonomy. In addition, the sense of multiprofessional team work was mischaracterized, and the residentes acted in a very isolated way, wich also speaks of the still great distance from IPE as a guide for (MRH). Therefore, collaborative practices tend to be punctual and dependent on residents' initiatives. The formative aspect, in turn, presented weaknesses that reflect the maintenance of a dichotomous logic between work and training, which does not integrate them, only adds them in a decontextualized way and disconnected from the principles of Permanent Education in Health. Therefore, we observed that it wasn't known how to make work the basis of training. On the other hand, the work in the pandemic promoted the development of new knowledge and the actions of residentes contributed to the sustainability of care in hospitals due to staff shortages. Moreover, the research enable the focus groups to result in (re)encounters between residents, sharing and construction of knowledge. In view of this, we understood that the pandemic has exposed problems that have been discussed for a long time, both in the field of work and health education, while promoting the importance of MRH in facing Covid-19. It is also an invitation to the management, professionals who acts as preceptors, tutors, program coordinators and residentes to follow in the fight to strengthen the residency policy at all levels of management.

Keywords: work; non-medical internship; interprofessional education; COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Crescimento das bolsas concedidas pelo MS para programas de residência	26
Figura 2 - Repouso para residentes em unidade hospitalar	39
Quadro 1 - Participantes	52
Quadro 2 - Processo de análise dos dados	55
Figura 3 - Profissionais pedem para as pessoas ficarem em casa fazendo isolamento social para diminuir o número de contaminações	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASC	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CF	Constituição Federal
CNRM	Comissão Nacional de Residências Médicas
CNRMS	Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
EIP	Educação Interprofissional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FNRS	Fórum Nacional de Residentes em Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PP	Projeto Pedagógico
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Residências em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
3 A (RE)ORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO COMO CAMINHO PARA NOVAS PRÁTICAS NA/DE SAÚDE	18
3.1 PENSANDO A FORMAÇÃO NA SAÚDE: O CASO DAS RESIDÊNCIAS	21
3.2 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS	28
3.3 DIÁLOGOS ENTRE RESIDÊNCIAS E PERSPECTIVAS FORMATIVAS	30
4 PROCESSOS E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE: CAMINHOS PARA PENSAR AS RESIDÊNCIAS	33
4.1 QUEM SÃO OS/AS HERÓIS/HEROÍNAS DA SAÚDE? NOTAS SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19.....	36
4.2 O (NÃO) LUGAR DOS/AS RESIDENTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA.....	39
4.3 AS RMS NOS HOSPITAIS E IMPORTÂNCIA DE TENSIONAR ESSES ESPAÇOS	41
5 PERCURSO METODOLÓGICO	46
5.1 DESENHO DO ESTUDO	46
5.2 O CAMPO DE PESQUISA	48
5.3 A CONSTRUÇÃO DOS ENCONTROS	50
5.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS	53
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
6.1 O TRABALHO EM MOVIMENTO - TRANSFORM(AÇÕES) NOS TEMPOS DA PANDEMIA	57
6.2 QUAIS AS CONDIÇÕES PARA O TRABALHO?	68
6.3 (DES)ARRANJOS DO TRABALHO EM EQUIPE	79
6.4 FORMAÇÃO EM QUE? ASPECTOS SOBRE APRENDER EM PANDEMIA.....	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96

REFERÊNCIAS	99
APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	109

1 INTRODUÇÃO

Minha trajetória no campo da saúde é de família, antes de ser acadêmica e profissional. Nasci em Palmeira dos Índios, no interior do estado de Alagoas, e sempre fui usuária integral do Sistema Único de Saúde (SUS). Cresci com minha família sendo assistida pela Estratégia de Saúde da Família e frequentando serviços de saúde. Desde pequena o postinho do bairro e Cícero (que eu identificava como o rapaz que ia lá em casa levar as marcações de consulta) eram minha imagem de serviço de saúde. Essa imagem foi ganhando nomes, sentidos, significados à medida em que fui aprendendo sobre. Hoje, por exemplo, sei que Cícero é nosso agente comunitário de saúde (sim, é ele até hoje! Há mais de 20 anos conhecendo minha família).

Entrei na graduação em psicologia, na Universidade Federal de Alagoas, e logo no primeiro período do curso me inscrevi em um minicurso com o título “Psicologia e SUS”. Desde então, a saúde e as políticas públicas vem sendo meu objeto de interesse, afetos, desejos. Graduei-me psicóloga, mudei de estado e pouco tempo depois era psicóloga residente de um programa multiprofissional desenvolvido em um hospital de grande porte em Recife, vinculado à Universidade de Pernambuco.

Com o tempo fui percebendo que parece existir uma certa esquivia quando falamos na necessidade de problematizar o modelo hospitalar por dentro, nas relações internas, porque aparentemente ainda não deixamos de lado o discurso naturalizado de que hospital é assim mesmo. Inquietava-me também, por fazer parte de movimentos sociais de residentes, as ausências dos/as residentes de hospitais nos espaços políticos, nas Comissões de Residências Multiprofissionais (COREMUS), nos eventos, nos fóruns. Percebia que esses espaços pareciam não comportar a dinâmica de quem vive a realidade de um programa hospitalar, ao mesmo tempo em que os/as residentes dos hospitais não se reconheciam nesses espaços coletivos.

Certa vez ouvi de uma colega residente: “mas o pessoal da saúde da família já tem esse perfil militante e o dos hospitais não”. Com isso me pergunto, é essa definição que queremos para conciliar as diferenças entre residentes de hospitais e da saúde da família, coletiva ou mental? Eu achava/acho que não, por isso cada vez me interessava mais pelas residências em hospitais.

Esses fatores despertaram questões sobre quão distantes ainda parecemos estar da efetivação do princípio da integralidade, do trabalho interprofissional, da produção do cuidado de forma coerente com a necessidade de saúde do/a usuário,

do território e pouco implicados com a desconstrução de um modelo hospitalocêntrico e autocentrado, quase como se ele não tivesse relação com os territórios.

Não obstante, ao analisarmos o contexto socioeconômico e político da gestão da saúde, percebemos que diante da constante ameaça à sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), a assistência hospitalar tenderá a ser cada vez mais demandada quando as necessidades de saúde da população não forem atendidas no nível básico. Isso requer um olhar crítico para os jogos de poder e interesse no pano de fundo.

Não à toa vemos os hospitais públicos e filantrópicos sendo geridos por Organizações Sociais e aumentando as parcerias com empresas privadas de insumos hospitalares e diagnósticos. A construção de mais hospitais frequentemente é objeto de campanhas políticas e a expansão dessa rede tem alto custo financeiro devido a densidade tecnológica necessária para se manter o serviço (VIACAVA *et al.*, 2018).

Por tudo isso (talvez até mais) a escolha pessoal pelo estudo das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) hospitalares é fruto das minhas experiências, inquietações e curiosidades. Atuar em hospitais mobiliza meu interesse pelos desafios e potencialidades do trabalho em equipe como estratégia de transformação das práticas de cuidado nesse cenário. Mas também gera preocupações com as consequências negativas – na saúde e no trabalho - do engessamento do modelo hospitalar para profissionais que investem na mudança da assistência.

No campo acadêmico, por sua vez, acredito na importância de termos mais pesquisas e estudos na área, que façam conexão entre a formação e o trabalho nos hospitais, especialmente no contexto das Residências em Saúde (RS). Em contrapartida, quantitativamente, os hospitais são os serviços que somam maior contingente de residências e residentes em Pernambuco, uni e multiprofissionais. Desse modo, há uma diversidade de pessoas, histórias e de experiências que merecem ser contadas.

Não obstante, a complexidade dessa discussão se intensifica quando consideramos a atual conjuntura em função da pandemia de Covid-19. No que diz respeito à resposta das redes de saúde do SUS, observamos que a atenção hospitalar entrou em foco durante o ano de 2020 e assim seguiu nos anos seguintes. Segundo Campos e Canabrava (2020), embora o número de internações hospitalares tenha diminuído nas diversas especialidades devido a suspensão de tratamentos eletivos, houve um rápido aumento na demanda por leitos em enfermarias e Unidades de

Terapia Intensiva (UTI) direcionadas para a assistência à Covid-19, o que exigiu respostas da rede hospitalar do país, ao passo em que expôs suas fragilidades e insuficiências.

Ademais, os efeitos da pandemia nos processos de trabalho e na saúde dos/as profissionais – incluindo residentes - têm sido intensificados ao longo da evolução da crise sanitária no país. Além disso, a superlotação dos serviços indica que os/as profissionais têm lidado com sobrecarga de trabalho e vivenciado situações extremas (FIOCRUZ, 2021a).

Nesse sentido, discutir as RMS tem potencial para fomentar transformações e fortalecimento da política de Residências em Saúde em Pernambuco. Promover visibilidade ao contexto de trabalho e formação de residentes em meio a uma pandemia poderá estimular reflexões acerca do processo formativo tanto para os sujeitos participantes como para os espaços nos quais estão inseridos. Dessa forma, reiteramos a potencialidade das RMS associada à defesa da integralidade da assistência, considerando que elas propiciam práticas de cuidado que, nesse momento, contribuem para a sustentabilidade do SUS e ao enfrentamento da pandemia de Covid-19.

A complexidade da conjuntura denota a importância de identificar os impactos da pandemia nos processos de trabalho e na organização pedagógica das RMS, especialmente considerando o aumento das demandas nos hospitais e as dificuldades de produzir práticas de cuidado colaborativas nesse espaço. No mais, propusemos esta pesquisa porque a produção de conhecimento na saúde pública e coletiva, em tempos de negacionismo, tem sido fundamental para a preservação da ciência.

Diante disso, tivemos como pergunta de pesquisa: como foi desenvolvido o trabalho dos/as residentes de RMS hospitalares no município de Recife, no contexto da pandemia de Covid-19? Partimos do pressuposto que para os programas e para os/as residentes foi imposta a necessidade de adaptação dos processos de trabalho e formativos em condições inadequadas e com prejuízos para a proposta do trabalho em equipe e para a construção de práticas de cuidado colaborativas.

Nesse sentido, esta dissertação está organizada da seguinte forma: o primeiro capítulo abrange uma narrativa sobre o contexto sociopolítico que fecundou as discussões sobre a formação de recursos humanos para o SUS, de forma a torná-la constitucional. Avança para contemplar os desafios da manutenção e integração de políticas públicas de educação e saúde e insere as residências em saúde como

dispositivo de formação. Exploramos o desenvolvimento das residências no Brasil e as características dos programas para então articulá-los com os princípios da Educação Interprofissional em Saúde e o conceito de práticas colaborativas.

No segundo capítulo, problematizamos o campo do trabalho em saúde e a precarização estrutural que o atravessa. Trazemos a teoria do processo de trabalho em saúde, de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves e conceitos do campo de estudos da micropolítica do trabalho em saúde, com autores que a constroem. Seguimos então para compreender a dicotomia vivenciada pelos/as profissionais de saúde durante a pandemia, chamados/as de “heróis/heroínas da saúde” ao passo em que sofriam em condições inadequadas nos serviços. Nesse sentido, dialogamos com o (não) lugar que os/as residentes ocupam nesses espaços, principalmente no contexto hospitalar.

O capítulo seguinte aborda o percurso metodológico, os caminhos e técnicas traçados e as dificuldades encontradas. Para, em seguida, explorarmos um capítulo que se subdivide nas categorias analíticas do material da pesquisa. Encerramos tecendo algumas considerações finais sobre a experiência de pesquisar em/a pandemia e algumas conclusões sobre o estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o trabalho de residentes de programas de Residência Multiprofissionais em Saúde hospitalares, no município de Recife-PE, no contexto da pandemia de Covid-19.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as adaptações nos processos de trabalho de residentes de programas multiprofissionais hospitalares diante da pandemia de Covid-19;
- b) Entender em quais condições de trabalho atuaram os/as residentes de programas multiprofissionais hospitalares no contexto da pandemia de Covid-19;
- c) Caracterizar os arranjos do trabalho em equipe, em programas de residência multiprofissionais hospitalares, frente a pandemia de Covid-19;
- d) Compreender a percepção de residentes de programas multiprofissionais hospitalares acerca dos desdobramentos da pandemia de Covid-19 no processo formativo.

3 A (RE)ORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO COMO CAMINHO PARA NOVAS PRÁTICAS NA/DE SAÚDE

Partimos do princípio de que a educação é a base para a construção de uma sociedade equânime e aqui entendemos educação de forma ampliada, ou seja, considerando as aprendizagens sociais, relacionais, afetivas, culturais, técnicas e outras. Longe de reduzirmos a processos formativos considerados “formais”, entendemos que o processo de formação de pessoas tem a ver com suas histórias de vida e as histórias de seus povos. Dessa forma, ao pautar uma discussão sobre a relação saúde-educação, vamos considerá-las como campos de saber, de prática e de vida. A formação de recursos humanos na/para a saúde - ou seja, a teia de histórias de sujeitos que têm a saúde como campo de estudo, trabalho e afeto - deverá ser lida desde uma memória, uma história de lutas, conquistas e desafios que se relacionam com a macroestrutura do cenário brasileiro.

A (re)orientação da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), de forma alinhada à diversidade epidemiológica do país e às mudanças na situação sanitária, tem sido cada vez mais necessária. Um país de dimensões continentais, como o Brasil, exige dimensionamento e oferta estratégica de políticas de formação e de trabalho em saúde, de modo a superar as desigualdades geográficas e as iniquidades historicamente produzidas (PADILLA; PINTO; NUNES, 2018).

Para nos situarmos no processo histórico, cabe rememorar que entre as décadas de 1970 e 1990, a luta dos movimentos sociais, profissionais da saúde, pesquisadores/as e da sociedade civil pela garantia de direitos aos/às cidadãos/ãs culminaram na reforma do Estado brasileiro associada à redemocratização do país. Os desdobramentos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e os produtos da VIII Conferência Nacional de Saúde, no campo social e político, forjaram a incorporação da saúde como direito vinculado à cidadania e reconhecido como dever do Estado, regulamentado na Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988).

Os anos seguintes foram de intensas transformações nas políticas social e econômica brasileiras. Houve investimento político e financeiro no fortalecimento da regionalização e descentralização da gestão, bem como na criação de linhas de cuidado para as diferentes necessidades em saúde, com base nos perfis epidemiológicos das regiões do país. Todavia esses empreendimentos não foram

desenvolvidos de forma pacífica e homogênea, como se pode sugerir após a emergência de um Estado de bem-estar social. Cronicamente, a implementação das políticas públicas de saúde enfrenta disputas de interesse, ideologia e poder; além de subfinanciamento estrutural, sucateamento, tentativas de redução da responsabilidade do Estado; bem como a hegemonia da rede hospitalar e do investimento na alta complexidade como símbolo de atenção à saúde (PADILLA; PINTO; NUNES, 2018).

Nesse contexto, as mudanças nas práticas assistenciais não poderiam se efetivar sem incorporar a educação dos/as atores/atrizes que as exercem. Portanto, a ordenação dos recursos humanos em saúde passou a ser constitucional, inserida no artigo 200, inciso III da CF de 1988 (BRASIL, 1988; 2006). Tal compreensão suscitou demandas de reconfiguração dos arranjos de inserção e alocação da força de trabalho em saúde. No entanto, cabe situar que a crítica ao modelo de formação de profissionais da saúde já ganhava espaço nos serviços e nas universidades anos antes da institucionalização do SUS. Com o sistema, passou a se traduzir em programas, iniciativas e debates, que foram produtos ou que fizeram parte do movimento da RSB (PADILLA; PINTO; NUNES, 2018).

A responsabilidade do Estado com o ordenamento da formação demandava (e ainda demanda) a construção de políticas e mecanismos que propiciem a articulação dos sistemas de saúde e educação. Exige colaborações interinstitucionais, dispositivos legais, incentivos ao processo educativo na tríade ensino-pesquisa-extensão, bem como recursos financeiros, humanos, estruturais e tecnológicos; cooperação entre diferentes atores: gestão, corpo assistencial, instituições de ensino; e, sobretudo, articulação desses elementos com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (CECCIM; FERLA, 2018).

A partir de 2003 ocorreram mudanças significativas pela gestão federal, com destaque para a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde (MS), que marcou o fortalecimento da área e o compromisso em implementar instrumentos para orientar, ordenar e instrumentalizar a formação e a regulação profissional (BRASIL, 2006; FELIPE; SANTOS, 2019). Envolveu também a parceria com o Ministério da Educação (MEC), retomando a perspectiva da cooperação técnica entre os ministérios, já prevista na Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990).

Nesse período ocorreu importante expansão na RAS e conseqüentemente na oferta de serviços, relacionados às mudanças epidemiológicas e às demandas de saúde das populações. Isso gerou aumento da necessidade de força de trabalho qualificada para garantir a integralidade da assistência. Houve crescimento na oferta de cursos técnicos, de graduação, pós-graduação e, por conseguinte, uma expansão do número de discentes vinculados/as às instituições de ensino e de profissionais disponíveis no mercado. O aumento da produção científica na área também indica que o tema ganhou relevância e interesse entre pesquisadores/as (PADILLA; PINTO; NUNES, 2018).

Em contrapartida, tal crescimento não tem sido acompanhado pela oferta de vagas de estágio e de trabalho nos serviços do SUS, o que ocasiona defasagens, especialmente se considerarmos relações trabalhistas regulamentadas. Diante disso, o que vemos são vinculações cada vez mais frequentes à iniciativa privada e diversas formas de contratação de profissionais, muitas delas precarizadas. Isso reflete a falta de sistematização de uma política de recursos humanos para absorção e manutenção de profissionais na rede, em condições de trabalho apropriadas (MACEDO *et al.*, 2019; PADILLA; PINTO; NUNES, 2018; VIACAVA, *et al.* 2018).

Contudo, ainda visualizamos distanciamento e incongruência entre as propostas de formação profissional e as demandas de saúde da população, o que tem se apresentado como um dos maiores desafios a serem superados no campo da educação na saúde (PADILLA; PINTO; NUNES, 2018). Isso diz respeito à formação que privilegia a atuação privatista, liberal, especializada e individualista; desenvolvida majoritariamente nos serviços de alta complexidade e em centros urbanos.

As transformações nos processos formativos devem passar não somente pela estrutura, pelos marcos legais, financiamentos, mas também pelos sentidos e significados produzidos no campo da educação na saúde. É preciso revisitar as relações estabelecidas nos cenários de prática e fomentar diálogos entre áreas. Se assumimos o pressuposto de que as necessidades de saúde são dinâmicas, variáveis, social e historicamente contextualizadas, os dispositivos pelos quais as atendemos também devem ser.

Diante disso, a regulamentação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2004, (BRASIL, 2004) e seu desenvolvimento nos últimos anos falam de uma compreensão ontológica de formação e do investimento de forma longitudinal. A Educação Permanente em Saúde (EPS) preconiza que a

aprendizagem significativa se dá pelo trabalho, visto que na medida em que o sujeito exerce sua prática, absorve, ele/a interage e modifica o cenário, podendo aprender o tempo todo com ele/nele. A problematização contínua do trabalho, individual e coletivamente, é um dos caminhos na EPS.

Para isso, ela dispõe de dispositivos, diretrizes e regulamentações que orientam a existência de espaços de decisão sobre a política, estratégias de incorporação dos campos práticos aos processos formativos desde a graduação, atravessando as pós-graduações e sendo sistemática nos espaços de trabalho dos/as trabalhadores/as da saúde. O que possibilita transformações institucionais e práticas coletivas, com base nas demandas de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2006).

3.1 PENSANDO A FORMAÇÃO NA SAÚDE: O CASO DAS RESIDÊNCIAS

Nas três décadas de SUS, o campo da educação na saúde incorporou diversas políticas e estratégias de interesse para o setor, uma delas foi a criação das Residências em Área Profissional da saúde. Essas foram regulamentadas na Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005), que as instituiu como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, abrangendo as profissões que integram a área da saúde, com exceção da médica.

As residências são programas com 2 anos de duração, carga horária total de 5.760 horas e se estruturam através do ensino em serviço, pela articulação entre atividades práticas, teórico-práticas e teóricas. Elas pressupõem a integração entre uma Instituição de Ensino Superior (IES) e serviços de saúde das RAS, a fim de que os/as profissionais residentes desenvolvam atividades de educação e exercício profissional mediante orientação de docentes, tutores/as e preceptores/as (BRASIL, 2006).

A criação se deu mediante articulação entre o MS e o MEC e surgiram como estratégia para a consolidação das políticas de formação de recursos humanos para/ no SUS, pensando na absorção de jovens profissionais (já graduados/as) e, conseqüentemente, na qualificação da assistência à saúde. Além de suprir carências de profissionais nas áreas e regiões prioritárias do SUS. Elas têm como base a regionalização e a interiorização, com vistas a contribuir com a superação das iniquidades em saúde nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2005; 2006).

As profissões contempladas eram, inicialmente, as que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) definiu como integrantes da área da saúde na Resolução nº 287 de 1998: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Terapia ocupacional (BRASIL, 1998). Mas em 2014, a Portaria Interministerial nº 16 de 22 de dezembro (BRASIL, 2014), cita também a física médica como área profissional, o que significa uma ampliação do leque e da compreensão acerca das profissões que se relacionam com a saúde.

A Lei¹ nº 11.129 também criou a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), vinculada ao MEC, que foi instituída posteriormente pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 45 de 12 de janeiro de 2007 e revogada pela de nº 1.077 de 12 de novembro de 2009. A comissão é responsável por credenciar, avaliar, supervisionar e regular os programas. Ela atende por todos os programas incluídos na denominação “Residência em Área Profissional”, que abrange as modalidades uniprofissionais (programa voltado a uma profissão) e multiprofissionais (programas compostos por profissões diferentes).

Todavia, a história das residências tem marcos importantes antes da regulamentação legal; há um contexto social pré constituinte no qual já existiam iniciativas de programas. As primeiras experiências brasileiras ocorreram na década de 1940, no âmbito da medicina. Mas apenas em 1976 foi criado o primeiro programa de Medicina Comunitária na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde e desenvolvido no Centro de Saúde Escola Murialdo. Um ano depois, se deu a regulamentação das residências médicas como pós-graduação, caracterizada pela formação em serviço, através do Decreto nº 80.281 (BRASIL, 1977). Ele também instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao MEC.

Já as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) tiveram como primeira experiência a integração de outras profissões - enfermagem, serviço social, medicina veterinária - em 1978, ao referido programa de Medicina Comunitária. Assim foi

¹ A legislação das residências em saúde passou por uma série de alterações, revogações e atualizações ao longo dos anos. Não tencionamos dar conta desse percurso, porém é importante ter em mente que diz respeito à evolução das discussões, mas em muitos momentos também a modificações questionáveis e tensionadas na proposta dos programas e nas composições de espaços deliberativos, como a CNRMS.

inaugurada essa modalidade de especialização, sustentada na transformação das práticas em saúde por meio da formação e atuação interdisciplinar e multiprofissional (SILVA, 2018). Vale notar que essa década corresponde ao período em que o movimento da RSB estava se fortalecendo no país. Na época havia forte discussão sobre a complexidade das necessidades de saúde da população e a urgência de pautar o cuidado desde uma perspectiva multidisciplinar (BRASIL, 2006).

O debate sobre as RMS volta a ser intensificado, por exemplo, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), vinculado à necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde e à visibilidade que a lacuna entre a formação profissional e as necessidades sociais de saúde tinha ganhado. Nesse ponto, as RMS seriam estratégicas e em 2002 foram criados 19 programas em Saúde da Família. Já se discutia a preservação das especificidades das profissões, mas que atuassem de forma integrada, desde uma base comum (BRASIL, 2006). Dallegrave (2008) chama a atenção para a relação que o surgimento e a instauração de discursos sobre a aprendizagem no trabalho, o trabalho em equipe, a integralidade da assistência foram fundamentais na emergência de concepções sobre as residências como dispositivo para efetivação desses conceitos.

Em 2006 houve a criação do Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) como espaço de organização e articulação política dos/as residentes no país, fortalecendo o caráter político dos programas. Também foram instituídos fóruns dos segmentos de tutores/as e coordenadores/as (SILVA, 2018). As Comissões de Residência Multiprofissional (COREMU) foram instituídas em 2010 e são órgãos colegiados de caráter deliberativo, que desenvolvem supervisão, avaliação e acompanhamento dos programas que a elas se vinculam. É composta por coordenadores/as e residentes, preceptores/as e tutores/as de todos os programas e representante da gestão local da saúde (CECCIM *et al.*, 2018).

A ampliação da sensibilização e da discussão sobre as RMS estimulou o surgimento de diversos projetos para implementação de programas espalhados pelo país, mas havia uma heterogeneidade nas propostas que demandou do MS a criação de critérios analíticos para aprovação. Foi priorizada a estratégia pedagógica com ênfase no processo de aprendizagem em serviço e com centralidade da interdisciplinaridade (conceito base naquele momento) para a formação. Não obstante, também foi evidenciada a necessidade de alinhar as funções dos segmentos envolvidos tanto no desenvolvimento como no financiamento dos programas. Esse

último, parte de diversas fontes, como o MS, o MEC e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) (BRASIL, 2006).

O funcionamento dos programas se dá via dedicação exclusiva, com carga horária total de 5.760 horas, sendo 60 horas semanais definidas na Portaria Interministerial MEC/MS nº 506 de 2008 com justificativa de manter isonomia com as residências médicas, pois antes a carga horária era prevista entre 40 e 60 horas (BRASIL, 2008). Dessas, 80% da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas. Tendo em vista a proposição da aprendizagem pelo trabalho, via integração ensino-serviço, os/as residentes devem desenvolver as atividades práticas sob supervisão e orientação de corpo docente assistencial - tutores/as e preceptores/as.

Todavia, como provoca Silva (2018), para as RMS ficou instituída a distribuição das horas em 6 dias da semana, enquanto os/as médicos/as têm maior flexibilidade, podendo realizar, por exemplo, plantões de 24 horas. As desigualdades entre residências médicas e em área profissional tem também outros fatores envolvidos, como a não obrigatoriedade de dedicação exclusiva para os/as primeiros/as. Vale destacar que a criação das RMS não viveu um processo pacífico e harmonioso com a categoria médica, pois essa travou disputas a fim de manter sua hegemonia.

A partir de 2010 ocorreu uma grande expansão dos programas de residência no Brasil. Até então a predominância de iniciativas era no contexto da Atenção Básica, Saúde Mental e Coletiva. Isso começa a mudar quando, um ano antes, o MEC cria o projeto “Implantação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da rede de Hospitais Universitários Federais”. Diante disso, demonstrava interesse em incentivar a formação no contexto hospitalar, em parceria com as universidades. O ministério lançou as orientações gerais e os editais para os projetos em 2009, alguns dos critérios foram: o programa deveria ter interação entre a IES e o serviço; docentes e preceptores/as articulados/as; deveria abarcar no mínimo 3 profissões; o desenho do programa deveria contemplar rodízios em diferentes setores do hospital para ampliar as experiências, bem como rodízio obrigatório na Atenção Básica com preferência para unidades que tivessem RMS em Saúde da Família, com objetivo de promover integração. À época houve discussão no III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais acerca dos projetos para a criação de RMS

hospitalares, que seriam iniciadas em fevereiro de 2010, com disponibilidade de 800 bolsas financiadas pelo MEC para residentes do primeiro ano (R1) (FÓRUM DE DIRIGENTES DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS, 2009).

A expansão das residências foi possibilitada pelo aumento do financiamento de bolsas, que em 4 anos 2010-2014 cresceu de 414 para 3322, ou seja 700%, pagas pelo MEC (BRASIL, 2014). A significativa expansão das residências em saúde no país e a mudança no perfil de cobertura com a inserção dos programas hospitalares marcou um novo momento para a política de educação (SILVA, 2018). Atualmente há grande diversidade de desenhos nos programas, todavia é esperado que haja homogeneidade na compreensão do ensino em serviço, com defesa das metodologias ativas e da interprofissionalidade como método de formação, em consonância com os princípios da EPS (DALLEGRAVE, 2008).

Sarmiento *et al.* (2017) realizaram análise da distribuição da oferta dos programas de RMS induzidos pelos editais do MS no país, no período de 2009 a 2015, e identificaram a aprovação de 320 novos programas, com predominância na região sudeste (46,3% do total de homologações), seguida do Nordeste até 2014 (20,6%), após isso o Sul do país teve maior expansão (25,5%). Tal panorama converge com a desigualdade na distribuição geográfica das redes de saúde, na fixação de profissionais, assim como na concentração na oferta de educação e de trabalho no eixo Sul-Sudeste e carência no Norte e Centro-Oeste.

Ao longo das décadas, o aumento da oferta de programas acompanhou o ritmo das políticas no Brasil: altos e baixos. Em 2021, o ministério lançou um Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (BRASIL, 2021), no qual informa o crescimento da concessão de bolsas na última década, considerando programas de residência médica e em área profissional.

Figura 1 - Crescimento das bolsas concedidas pelo MS para programas de residência



Fonte: Portarias do Pró-Residências, 2010-2020.

Fonte: BRASIL, 2021

Outros dados registram que em 2020 o MS financiava 8.176 residentes em Área profissional, sendo os menores números na região Norte e os maiores no Sudeste. Comparativamente, o financiamento de residentes médicos/as era de 12.996, com maiores números no Sudeste e menores no Norte (BRASIL, 2021). Sem a intenção de aprofundar, no momento, uma discussão sobre residências médicas x não médicas, vale ler os números considerando que o crescimento das residências fala tanto do investimento na política de formação, quanto das discrepâncias regionais.

Não obstante, esses são dados sobre bolsas do MS, mas as residências também têm financiamentos por instituições privadas, filantrópicas e pelas Secretarias estaduais e municipais. O panorama nacional fica inviabilizado pela inexistência de um sistema que compila todos os dados e a fragilidade no monitoramento pela CNRMS, MEC e MS. Em 2020 o MS começou a modernizar o Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residências (SIGRESIDÊNCIAS), mas ainda não contempla informações nacionais (BRASIL, 2021).

A dificuldade de compreender o panorama nacional das residências no país também limita a capacidade de analisar quem são os/as residentes que compõem essa força de trabalho. Concordamos com Ceccim e Ferla (2018) ao refletirem que os/as residentes, assim como todos/as os/as trabalhadores/as da saúde não podem ser resumidos a um conjunto homogêneo evocado como “recursos humanos”. Cabe provocarmos os usos que fazemos dos termos e quais sentidos eles produzem. A

categoria “residente” abrange uma heterogeneidade, portanto ao problematizarmos os desafios e as potencialidades das RMS, precisamos contextualizar também sobre quem estamos nos debruçando.

O aumento na oferta e na visibilidade de programas reforça a necessidade de analisar o rumo que eles têm tomado e quais funções têm assumido (SILVA, 2018). A escolha de muitos/as profissionais pela residência tem sido identificada como resultado da necessidade de especialização exigida pelo mercado de trabalho, entretanto é necessário atentar para que as RMS não ocupem um lugar meramente assistencial nos serviços e não sejam meios de preencher lacunas no quadro de profissionais. Ademais, não se tornem mera compensação da fragilidade da formação no nível da graduação (ARAÚJO *et al.*, 2017; TORRES *et al.*, 2019).

As residências ainda carecem de fortalecimento dos dispositivos normativos e das instâncias deliberativas, bem como da construção de uma política nacional que oriente e monitore a formação. As movimentações mais recentes no campo dos marcos regulatórios e políticas públicas que tocam residências incluem a ação estratégica “Brasil conta comigo – Residentes na área de saúde” (BRASIL, 2020a), o programa “ReFORÇA Brasil – Projeto de reestruturação das residências em saúde” (BRASIL, 2020b) e o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (BRASIL, 2021).

Na primeira, lançada em março de 2020, o governo diz que conta com os/as residentes no enfrentamento da pandemia e instituiu uma bonificação de R\$667,00 a ser paga durante seis meses. Essa foi posteriormente prorrogada até dezembro de 2021 após mobilizações e pressão do Fórum Nacional de Residentes e de greves realizadas pelo país. Já o programa ReFORÇA Brasil tem como objetivo criar um novo marco regulatório para as residências, porém não foi construído coletivamente com as categorias que compõem as residências tampouco com os coletivos de residentes. Ademais, o programa é tendenciosamente centralizado nas residências médicas.

Já o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde se apresenta como conjunto de estratégias e ações para valorização e qualificação dos/as residentes, do corpo docente-assistencial, da gestão, dos programas e instituições envolvidas. Dividido nos eixos: ofertas educacionais, valorização ensino-assistencial e apoio institucional; determina os respectivos públicos-alvo, atividades e como participar (BRASIL, 2021).

3.2 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS

A ampliação do debate teórico sobre a formação na saúde passa pela compreensão da necessidade de mudanças das práticas em saúde e das relações entre os profissionais e deles com os/as usuários/as dos serviços. A conformação das profissões de saúde, no modelo uniprofissional não dá subsídios para que o/a futuro/a profissional reconheça e apreenda que o cuidado demanda articulações interprofissionais (PEDUZZI *et al.*, 2016; SANTOS, 2022). Isso vai além, inclusive, da noção de complementariedade de saberes, bem como limita a possibilidade de uma aprendizagem comum.

Nesse sentido, a fragmentação das práticas e as resistências às mudanças também tem a ver com diversos atravessamentos, como os estereótipos sobre as profissões, as disputas de poder, as fantasias sobre perda da identidade profissional e o puro desconhecimento sobre o/a outro/a e seu campo de atuação (SANTOS, 2022). De modo que a reorganização das práticas e dos processos de trabalho depende de uma articulação coesa e coerente entre saúde e educação.

A educação Interprofissional (EIP) se coloca como estratégia inovadora de ensino - em oposição à educação uniprofissional - e de orientação para práticas colaborativas que fomentem a melhoria da assistência à saúde. Historicamente, a EIP começou a surgir de forma isolada e com aspecto individual, voltada à segurança do paciente, mas foi sendo desenvolvida e ampliada. Dialoga, por exemplo, com as mudanças no cenário demográfico e epidemiológico mundiais, novas/complexas demandas de saúde e cuidado e com a incorporação das tecnologias na saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também assumiu compromisso com a EIP para o desenvolvimento de habilidades na força de trabalho em saúde (PEDUZZI, *et al.*, 2016; REEVES, 2016).

A compreensão de Reeves (2016, p. 185) aponta a EIP como: “uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde”. Em convergência com a definição do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) lançada em 1997 e revisada em 2002: “ocasiões em que dois ou mais profissionais aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços” (BARR; LOW, 2013, p. 3 apud BARR, 2002).

Assim, a EIP prevê o desenvolvimento de competências profissionais, subdivididas em: específicas, comuns e colaborativas. As específicas estão vinculadas a cada profissão; as comuns refletem as aproximações entre profissões, a dimensão coletiva do trabalho, aquilo que é comum de todos. Já as competências colaborativas apontam para a qualificação do trabalho em equipe e são inovadoras, construídas justamente nesse encontro de profissionais e deles com os usuários/as, pacientes, famílias, comunidades e serviços (PEDUZZI *et al.*, 2020; SANTOS, 2022).

Conforme resume Santos (2022, p. 35): “as competências específicas, comuns e colaborativas relacionam-se, respectivamente, a identidade ou núcleo profissional, a identidade enquanto profissional de saúde e a identidade enquanto equipe”. Barr e Low (2013), pesquisadores/as do CAIPE definem que “Prática colaborativa é trabalhar em parcerias entre profissionais e/ou entre organizações, pessoas, famílias, grupos e comunidades” (p. 6). Neste estudo, damos ênfase à identidade de equipe, às competências e práticas colaborativas como método tanto para a qualificação das residências multiprofissionais, quanto para a melhoria das condições de trabalho de residentes, visando a construção do cuidado. Nosso intuito é utilizar os princípios da EIP para pensar o trabalho em equipe nas residências multiprofissionais.

Essas, justamente por incorporarem turmas formadas por diferentes sujeitos e categorias profissionais, são estratégicas na promoção de práticas colaborativas interprofissionais. Haja vista que elas têm poder de conformar um determinado perfil profissional e são desenvolvidas em territórios e serviços ricos em diversidade e complexidade.

Nesse sentido, o CAIPE (2013) define que “Trabalho em equipe interprofissional - envolve membros de duas ou mais profissões com competências complementares em práticas colaborativas visando objetivos comuns” (p. 7). Peduzzi *et al.* (2016) apontam que esse trabalho tem como características a comunicação, colaboração entre pessoas, elaboração de objetivos e projetos assistenciais comuns, gestão e responsabilidade compartilhadas, valorização e conhecimento sobre o outro, interdependência com preservação da autonomia individual, relações horizontalizadas, centralidade do/a paciente no cuidado, entre outros aspectos. Em contrapartida, os desafios também são diversos: comunicação falha, falta de alinhamento e planejamento, desigualdades de poder, desconhecimento sobre o outro, descentralização do/a paciente no cuidado e outros.

Em aproximação com nosso estudo, Araújo *et al.* (2017) e Oliveira, Passos e Silva (2020) discutem as potencialidades da EIP no contexto de RMS hospitalares. Fazem discussão sobre autonomia e formação em saúde em relação aos impasses de promover mudanças nos hospitais devido às relações de poder engessadas e posturas paternalistas sustentadas nesse ambiente. Porém, reconhecem a necessidade de integração com dispositivos de formação para fomentar mudanças e discutem as RMS como mecanismo possível.

Articulando essa discussão com as residências, SANTOS (2022), em sua tese de doutorado, analisou a incorporação dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP² no cenário das residências multiprofissionais, pensando o fortalecimento das práticas colaborativas em saúde. O autor destaca a potência da EIP e da construção de práticas colaborativas para a dinâmica de trabalho, para a aprendizagem e para a assistência. Todavia, no Brasil, as experiências no contexto da saúde ainda são dispersas e incipientes. As IES têm sido estimuladas a requalificar os processos formativos, mas a incorporação da EIP como metodologia permanente de ensino e trabalho ainda é distante.

No que diz respeito às residências, percebe-se um distanciamento entre os currículos formais e os currículos que estão em ação nos programas. A articulação entre ensino, aprendizagem e trabalho ainda se dá de forma fragmentada e pouco alinhada aos princípios do SUS e da EIP, o que reflete os modelos educacionais ainda vigentes no país: uniprofissional, conteudista, pautado na racionalidade biomédica e centrado na especialidade (PEDUZZI, *et al.*, 2016; SANTOS, 2022).

3.3 DIÁLOGOS ENTRE RESIDÊNCIAS E PERSPECTIVAS FORMATIVAS

No que diz respeito à estrutura pedagógica, como dispositivos da PNEPS, as RMS estão situadas no espaço intercessor da relação educação-trabalho. Por isso é necessário que os princípios da EPS estejam incorporados na proposta político-pedagógica dos programas e associados também aos conceitos de clínica ampliada e as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) (SANCHES *et al.*, 2016;

² Existem diretrizes publicadas pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional - *Center for Advancement in Interprofessional Education* - CAIPE (2013) que orientam a avaliação da EIP em uma atividade, programa ou curso. São utilizados roteiros de perguntas que geram uma análise específica. Esse é um instrumento que tem incorporado diversas metodologias; não se aplica ao nosso estudo, mas é importante registrar sua existência. Ademais, alguns princípios dessas diretrizes podem, indiretamente, ampliar nosso olhar.

SILVA *et al.*, 2016; TORRES *et al.*, 2019). Nessa dinâmica, as RMS têm lugar estratégico para enunciar novos saberes e fazeres, visto que se dedicam aos processos existentes entre ações e profissões, bem como os produtos desse encontro.

Por isso, a concepção de integralidade é fundamental na discussão sobre RMS. O conceito é polissêmico, mas nesse contexto assume algumas dimensões: a compreensão da saúde numa ótica multifatorial, a inovação das práticas através do trabalho interprofissional, articulação intersetorial das redes e políticas de saúde (SILVA, 2018). Em paralelo, a EIP é outro ponto central na proposta das RMS e que assume lugar metodológico. A literatura levantada a discute como um caminho que integra a aprendizagem e o trabalho com objetivo de melhorar a assistência em saúde. Incorpora a noção de trabalho colaborativo a fim de superar a fragmentação da assistência à saúde em especialidades desarticuladas (ARAÚJO *et al.*, 2017; BAQUIÃO *et al.*, 2019; SANCHES *et al.*, 2016; SILVA, 2018).

Essa discussão é fundamental porque o uso do termo multiprofissional no nome dos programas não implica na atuação em equipe de forma integrada, visto que não têm se refletido na prática. Incorporar a EIP nas RMS não se resume a falar sobre trabalho em equipe e desejar ter práticas colaborativas, mas sim criar mecanismos que as efetivem. Além disso, a EIP no processo de formação também suscita nova compreensão e postura dos/as profissionais diante dos/as usuários/as dos serviços, provoca reflexões a fim de formar sujeitos críticos, sensíveis ao contexto social em que atuam. Os resultados serão percebidos pelas pessoas assistidas nos serviços, com melhoria do cuidado e maior protagonismo da comunidade (CASANOVA; MORENO, 2018).

Nessa complexidade, muitos elementos ora se aproximam ora se distanciam e as RMS também são atravessadas por contradições, especialmente considerando que elas têm formatos, campos de atuação e propostas diversas a depender das especificidades locorregionais. Partimos do pressuposto que essas estratégias são resultado do reconhecimento de uma necessidade: transformar a educação na saúde, visto que ela tem lugar fundamental na qualificação da assistência. Tendo em vista que o saber-fazer dos/as profissionais de saúde exerce poder sobre as vidas dos/as usuários/as dos serviços, podem ser dispositivos de controle ou de promoção de autonomia e cooperação (FRANCO; MERHY, 2013).

Consideramos as RMS como dispositivos potentes para a sustentabilidade e o fortalecimento do SUS, quando estruturadas a partir da indissociabilidade entre gestão-ensino-serviço-comunidade, atrelado ao que Ceccim e Feuerwerker (2004) compreendem como “quadrilátero da formação”. Portanto, pautamos a necessidade de compreendê-las em articulação com o conceito pedagógico da EPS, uma proposta ancorada no princípio da integralidade, através da EIP, tendo como metodologia educacional a formação pelo trabalho.

4 PROCESSOS E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM SAÚDE: CAMINHOS PARA PENSAR AS RESIDÊNCIAS

As discussões e reformulações no campo do trabalho em saúde fazem parte da história de desenvolvimento do SUS e o/a trabalhador/a vem sendo pautado como instrumento essencial para a consolidação da assistência e resolutividade dos serviços (RAMOS *et al.*, 2022). Assim, tendo em vista que trabalhar em saúde é produzir cuidado, ele se desenvolve na integração entre práticas, encontros intersubjetivos e processos de trabalho e cuidado (FRANCO; MERHY, 2013).

Cabe primeiramente olhar para os fenômenos envolvidos no uso do termo trabalho, conforme provoca Mendes-Gonçalves (1992/2017). O autor parte da compreensão de que o trabalho humano é um processo, não natural ou casual, no qual há um empenho de energia que gera transformações intencionais, ou seja, tem caráter teleológico. Há, então, uma demanda, que o autor chama de carecimento, que pode ser suprida pelo produto do trabalho.

Ao abordarmos condições de trabalho em saúde consideramos que essas estão ligadas às condições de vida, conforme a teoria Marxista aponta. Modos de vida precários, adoecidos, regidos por um sistema de opressões e desigualdades sociais produzem cenários de trabalho insalubres e exploradores. O processo de produção e de exploração da força de trabalho, no capitalismo, ganha contornos complexos e multifacetados, dos quais não daremos conta neste estudo, portanto nos deteremos a alguns aspectos basilares, transformações e dinâmicas contemporâneas para construir conexões com o trabalho em saúde.

Segundo Assunção (2011), o conceito de condições de trabalho incorpora os aspectos materiais (insumos, instrumentos), estruturais (o ambiente físico, a estrutura organizacional), relacionais (pessoais que compõem o espaço, equipes, tipos de relações, poderes, hierarquias), trabalhistas (tipos de vínculos, salários) e o processo de trabalho.

É importante situar que as condições de trabalho não estão dadas *a priori*, pelo contrário, são construídas e negociadas de acordo com os jogos de poder, regimes sociais, políticos e econômicos do contexto (ASSUNÇÃO, 2011). Por isso, a análise de determinadas condições deve ser de forma situada no tempo e no espaço. A teia formada pelos aspectos: Brasil x governo Bolsonaro x Pandemia de Covid-19, inscritos no regime de produção capitalista, é o campo fértil em que este estudo se

desenha. Afinal, os processos de trabalho na pandemia são reflexos da organização do trabalho no capitalismo.

No contexto da saúde, o mundo do trabalho assume expressões próprias, diante dos objetos e relações desse cenário, ao passo que também expõe as dinâmicas e contornos macroestruturais. A teoria de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, do processo de trabalho em saúde, nos auxiliará a construir reflexões nesta pesquisa. O autor tomou o processo de trabalho como objeto humanizado, não natural, mas construído historicamente através das normatividades sociais e científicas (MENDES-GONÇALVES, 1979/2017).

O trabalho incorpora a escolha de instrumentos adequados, sujeitos qualificados, técnicas apropriadas e parâmetros de referência. De modo que compreendemos que o processo de trabalho engloba recursos materiais, humanos e tecnológicos. Diz também da conexão entre os meios disponíveis e as condições de trabalho - estrutura, ferramentas, habilidades, conhecimento (RAMOS *et al.*, 2022).

A título de contextualização, os estudos sobre o trabalho em saúde têm como marco histórico as teorizações de Maria Cecília Ferro Donnangelo no final dos anos 1960, quando passou a investigar o mercado de trabalho nesse campo, a profissão e a atuação médicas como práticas de caráter técnico e social. A autora teve como embasamento estudos sociológicos, de cunho teórico e avançou no sentido de problematizar a noção de que as práticas em saúde não se relacionavam com a vida social. Seu trabalho gerou repercussões tanto para a medicina quanto para as demais profissões da saúde. Além de desdobramentos nos estudos sobre o sistema de saúde brasileiro, políticas de assistência, mercado de trabalho e práticas de saúde (AYRES, 2015; DONNANGELO, 1975/2011).

Esse campo de estudos passou a ser desenvolvido com a contribuição de outros/as autores/as e a inauguração de teorias como a do processo de trabalho em saúde, cunhada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves - pesquisador que teve Donnangelo como principal interlocutora. Tal estudo foi formulado, inicialmente, a partir da análise do trabalho médico (1979/2017) e foi aprimorado ao longo da construção teórica e novos trabalhos do autor. Mendes-Gonçalves trouxe contribuições fundamentais, para o campo da saúde coletiva e como destaca Ayres (2015), deixou um patrimônio marcado pelas ideias de materialismo, historicidade, de atribuição de um valor humano à saúde. De modo a somar com um horizonte

reconstrutivo para as práticas de saúde, considerando a função que os sujeitos exercem nelas.

Mendes-Gonçalves (1979; 2017; 1992/2017) faz uma costura entre a teoria marxista do trabalho e o contexto da saúde. Partindo do entendimento de que uma prática de saúde é, necessariamente, uma prática social, ela terá desdobramentos no plano micro e macroestrutural da sociedade, mesmo que de formas, tempos e intensidades diferentes (AYRES, 2015).

Nessa costura, cabem algumas perguntas, para as quais não temos pretensão de formular respostas definitivas, mas que nos convidam à reflexão: qual o objeto do trabalho em saúde, o corpo, as doenças, a própria saúde? A serviço de que/quem o fazemos?

Um pressuposto importante, que orienta nossa escrita, é o de que o trabalho em saúde pressupõe, antes de tudo, uma relação entre sujeitos. De modo que o é produzido nas relações sociais, portanto é vivo. Foi criado e é desenvolvido passando por nós mesmos, nos atravessando enquanto sujeitos. Mendes-Gonçalves não chegou a incorporar a dimensão das relações no processo de trabalho, mas essa conexão vem sendo feita por outros/as autores/as como Merhy (2002; 2019) e demais que citamos neste estudo e que bebem da teoria do processo de trabalho.

Mendes-Gonçalves (1992/2017) entendia que o trabalho em saúde é triplamente diferenciado dos demais, nos seguintes aspectos: devido à especificidade técnica; por aparentar ser “algo mais” do cuidado, no sentido de que tem valor social e exerce poder; e por reproduzir sua individualidade e conservar a alienação dos sujeitos, ou seja, tem o caráter de ser permanente no objeto e no método. Assim, o processo de trabalho tem como características: finalidade, necessidade e socialidade. E envolve elementos como o objeto de trabalho, a atividade (trabalho em si) e os instrumentos (recursos).

Vale problematizar que na medida em que entendemos que o cuidado deve ser feito desde as necessidades de saúde dos sujeitos, precisamos atentar que elas são diversas. Vão desde as necessidades básicas de sustentação da vida, àquelas que são socialmente construídas (aqui com destaque para a produção de mercadorias e construção de desejos que o capitalismo engendra) e as demandas de cuidado (MENDES-GONÇALVES, 1992/2017).

A partir de uma análise da posição de médicos³ no sistema capitalista, Mendes-Gonçalves (1979/2017) aponta para um lugar duplo e contraditório: por um lado, o/a profissional ocupa um lugar de saber/poder com os quais se constroem ideologias e projetos sociais, por outro lado é um/a trabalhador/a produzindo serviços, ou seja, estão sujeitos/as às relações de produção. Relações essas que ditam modos de ser/viver/estar no mundo, bem como modelos de formação, trabalho e remuneração.

Há uma romantização socialmente difundida do trabalho na saúde, que o associa a sentidos e discursos de atividade criativa, artística, amorosa, vocacional. Como já destacava Mendes-Gonçalves (1979/2017), historicamente a medicina foi mais associada a um exercício divino do que ao trabalho. O risco e a consequência disso é que descaracteriza a dimensão técnico-científica do trabalho, bem como deixa de lado que é um instrumento de manutenção da ordem capitalista. Era necessário, portanto, deslocar o lugar de divindade e neutralidade da medicina e entendê-la como prática social, politicamente posicionada.

Além disso, nos serviços de saúde, corre-se o risco de que as circunstâncias nas quais o trabalho ocorre sejam invisibilizadas e não cheguem aos espaços de gestão e controle social. A precarização no setor público passa a ser naturalizada e as más condições de trabalho consideradas quase que inerentes ao setor saúde (ASSUNÇÃO, 2011).

4.1 QUEM SÃO OS/AS HERÓIS/HEROÍNAS DA SAÚDE? NOTAS SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Os efeitos da pandemia nos processos de trabalho e na saúde dos/as profissionais têm sido intensificados ao longo da evolução da crise sanitária no país. As equipes de saúde têm de lidar com uma série de fatores associados: o distanciamento social, a necessidade, imposta para muitos/as, de se afastarem de seus/suas familiares e lares para evitar contaminação; o estigma de contaminação que lhes foi associado por estarem na linha de frente da assistência e a preocupação pela insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Além disso, a

³ Propomos pensar a mesma lógica para as demais profissões da saúde, resguardando as devidas desigualdades de poder e reconhecimento entre médicos/as e as demais categorias profissionais.

superlotação dos serviços indica que os/as profissionais têm lidado com sobrecarga de trabalho e vivenciado situações extremas (FIOCRUZ, 2021).

Chama nossa atenção que a despeito dos discursos veiculados na mídia sobre “os heróis/heroínas da saúde” e das homenagens e salvas de palmas feitas para os/as profissionais, especialmente no primeiro ano de pandemia (2020), estudos mostram como as condições de trabalho são desafiadoras, com alto índice de contaminação, óbitos e repercussões na saúde (MUÑOZ *et al.*, 2020).

A compreensão das repercussões da pandemia para as condições de trabalho em saúde não é possível sem a situarmos no contexto socioeconômico e político brasileiro. Lucena e Sena (2020) convocam a discussão sobre as consequências sociais da pandemia de Covid-19 no cerne do projeto ultraliberal conservador empregado pela gestão federal brasileira. A precarização das condições de vida e de trabalho são acentuadas diante de uma política da morte, nomeada de necropolítica por Mbembe (2016). De modo que uma análise crítica exige ter como base a crise política e social que já se configurava antes da emergência da pandemia.

No contexto das políticas de saúde, o enxugamento da máquina pública se traduz nas políticas de austeridade fiscal, restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal e pela Emenda Constitucional nº 95 que congelou o teto de gastos em despesas primárias, incluindo a saúde, por 20 anos. Nessas circunstâncias, a força de trabalho em saúde vivencia a precarização das condições de prática e dos processos formativos, desvalorização profissional com remuneração insuficiente e planos de carreira deficitários, somadas a problemática dos vínculos de trabalho não regulamentados (ANDRADE; BITENCOURT, 2021; SOUZA *et al.*, 2021; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Diante da pandemia de Covid-19, os estados vivenciam a insuficiência de profissionais no SUS para suprir as demandas da sobrecarga do sistema. Fica evidenciada a necessidade de um dimensionamento estratégico no país, visto que muitos cenários precisam de reforço, como: gestão, vigilância epidemiológica, centros de pesquisa, serviços que prestam assistência direta ao/à usuário/a em todos os níveis de atenção, bem como os trabalhos de prevenção nos territórios, educação na saúde, entre outros (DANTAS, 2021; SOUZA *et al.*, 2021). Desse modo, o imperativo de ficar em casa para evitar aumento de contaminação não se aplica aos/às profissionais de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2021; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Utilizaremos o termo “profissionais de saúde” de forma generalizada para falar de diversas categorias, porém entendemos as limitações que o conceito traz, visto que, como chamam a atenção Teixeira *et al.* (2020, p. 3466) “a força de trabalho em saúde não é homogênea”. Há marcadores de gênero, raça, classe, sexualidade, geração, grau de formação, situação socioeconômica, condições de saúde pregressas, estrutura familiar, rede de apoio; que se configuram de forma singular e influenciam no exercício profissional. Há também a diversidade de serviços e vínculos empregatícios, ambientes e condições de trabalho, que determinam maior ou menor riscos e danos aos/as profissionais. Não obstante, as diferentes profissões vivem situações desiguais de poder, reconhecimento e remuneração. Todos esses atravessamentos exigem uma leitura crítica acerca das heterogeneidades no contexto do trabalho em saúde.

A pandemia de Covid-19 gerou uma espécie de novo mercado da saúde, com a abertura de milhares de vagas de trabalho para profissionais das categorias em maior demanda, como medicina, fisioterapia e com destaque para alto quantitativo de demanda em enfermagem. Essa geração emergencial e volumosa de postos de trabalho acentua os já existentes problemas para garantir dimensionamento de pessoal, condições de trabalho adequadas e educação permanente em saúde. Além de que tem sido realizada através de vínculos informais e remunerações incompatíveis com as necessidades sociais (BACKES *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021; SANTANA *et al.*, 2020). Em contrapartida, ter um montante de novos/as profissionais nos serviços não deu conta da demanda ao longo da pandemia, ou seja, mostra não ser a solução mais adequada.

Estudos que se voltaram às condições de trabalho e saúde dos/as profissionais na Covid-19 abordaram, de alguma forma, a precariedade do ambiente de prática, das rotinas e as consequências para a saúde. Fernandes *et al.* (2021), Teixeira *et al.* (2020) e Miranda *et al.* (2021), em suas revisões bibliográficas, apontam que a maioria dos estudos levantados, nacional e internacionalmente, se refere à atuação de profissionais em hospitais.

Contudo vale atentar para a provocação de Teixeira *et al.* (2020) acerca da invisibilidade do conjunto de trabalhadores/as que estão direta e diariamente garantindo a assistência nos serviços, como maqueiros/as; pessoal de: limpeza, manutenção, alimentação, serviço de verificação de óbito, necrotérios, funerárias; motoristas de ambulância. Esses/as não têm sido incluídos/as nos estudos, nas

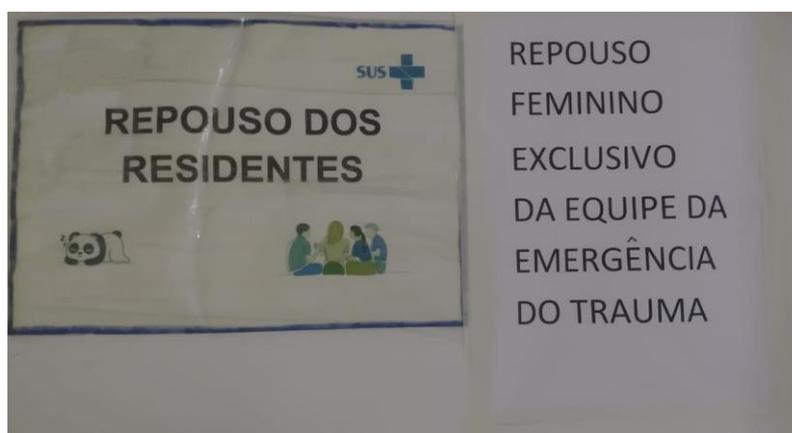
políticas públicas e nas homenagens e reconhecimentos sociais quando se fala em trabalhadores/as de saúde, porém estão diariamente em condições inadequadas de segurança e saúde.

A pandemia deu visibilidade à precariedade das condições de trabalho em saúde ao passo em que evidenciou que o SUS é sustentado pelo conjunto de trabalhadores/as (SANTANA *et al.*, 2020). Vemos a repercussão na mídia com homenagens e aplausos e a categoria recebeu ao redor do mundo o título de “heróis” da saúde, mas isso não tem produzido mudanças concretas no cotidiano (ANDRADE; BITENCOURT, 2021; BACKES *et al.*, 2021; MUÑOZ *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2020). Configura-se, portanto, um antagonismo entre desenvolver atuação com ética e qualidade em situação de excesso de trabalho (MIRANDA *et al.*, 2021).

Vale lembrar que grande parte dos/as profissionais nunca vivenciou a atuação em situações de crise, não estavam qualificados/as para a assistência à Covid-19 e não tinham/tem tempo hábil para acompanhar todas as publicações, informações e orientações científicas lançadas diariamente (SAIDEL *et al.*, 2020). Conforme destacam De Paula *et al.* (2020), diante da complexidade desse cenário, os danos podem ser diversos: na saúde, econômicos, sociais. De modo que atuar em saúde no contexto da pandemia é estar sempre no limite do tempo, dos recursos, do corpo e das emoções.

4.2 O (NÃO) LUGAR DOS/AS RESIDENTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA

Figura 2- Repouso para residentes em unidade hospitalar



Fonte: foto divulgada no grupo de *whatsapp* do Fórum Nacional de Residentes em Saúde no dia 03.05.2022. Nota: residentes de enfermagem de um dos maiores hospitais da rede estadual expuseram as dificuldades de acesso ao mínimo, um espaço de descanso durante os plantões.

Semelhante ao que visualizamos nos estudos sobre profissionais de saúde no contexto da pandemia, residentes, por estarem inseridos/as nas equipes, vivenciam experiências semelhantes, embora dadas as suas especificidades. As RMS se somam às equipes de saúde na linha de frente do enfrentamento da Covid-19, portanto tem vivenciado diretamente as adequações dos serviços, setores e fluxos.

Diante do contexto, os/as residentes atuam tanto na assistência direta ao/a usuário/a hospitalizado/a ou em nível ambulatorial, quanto em atividades desenvolvidas junto às equipes. Cardoso e Costa (2020) abordam a prática de residentes em um hospital oncológico e indicam que houve necessidade de adaptação dos processos de trabalho para atender às demandas. As autoras fazem conexão de como essas demandas novas foram desafiadoras para o processo de formação dos/as residentes, mas também fomentaram aprendizagem sobre a atuação profissional em situações inovadoras e críticas.

Em contexto semelhante, Lucena e Sena (2020) colocam como ponto de debate o conflito existente na relação entre ser trabalhador/a e estudante ao mesmo tempo. Apontam, por exemplo, a não garantia de direitos trabalhistas em relação à atuação em contexto insalubre, somada a extensa carga horária de trabalho semanal divergente das leis trabalhistas. Com isso, fazem uma reflexão crítica sobre como a pandemia evidenciou e intensificou a precariedade das condições de vida e trabalho na conjuntura social brasileira. Por outro lado, apesar dos desafios, identificam que o processo de aprendizagem ocorre em todo esse processo, pois promove a reflexividade do/a residente sobre sua prática e responsabilidade social.

Rebouças *et al.* (2020) pontuam que os/as residentes contribuem com a proposição de melhorias nas práticas em saúde, que podem ser incorporadas pelo serviço após a estabilização da crise pandêmica. Ademais, a pandemia exigiu reinvenções de sua prática e produziu novos aprendizados em relação à compreensão de saúde e a construção do cuidado.

Todavia, no primeiro ano de pandemia, as residências ficaram desamparadas em termos de regulamentação e orientações, que caberiam a CNRMS, que estava suspensa pelo MEC, com conivência do MS, desde 2019. O primeiro movimento nesse sentido foi do CNS ao lançar o parecer técnico nº 106 de 2020 (CNS, 2020), que dispunha sobre as orientações ao trabalho/atuação dos/as residentes em saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus – Covid-19. Ao

mesmo tempo, o parecer faz críticas à suspensão da comissão nacional e alega tentar dar suporte mínimo em termos de segurança aos segmentos das residências: coordenadores/as, tutores/as, preceptores/as e residentes e sociedade em geral.

Essa ausência da CNRMS era muito grave tendo em vista que as residências já estavam há um tempo sem acompanhamento e quando chega a pandemia, num momento em que tudo era novo, fazia-se necessária uma condução dentro de cada esfera da política. Se já era um desafio conduzir os programas de residência sem a CNRMS, isso se agrava muito com a pandemia. E temporalmente haviam residentes já vinculados/as aos programas e as novas turmas adentrando em 2020 nesse novo cenário.

Nesse sentido, vale destacar o papel fundamental dos movimentos sociais: coletivos estaduais, fóruns de coordenadores/as, tutores/as, preceptores/as e residentes nas mobilizações pelo monitoramento, orientação e suporte para os programas. Em 18 de março de 2020, os fóruns nacionais de coordenadores/as e o de tutores/as e preceptores/as lançaram um documento orientador para como conduzir a gestão dos programas e preservar o princípio da formação bem como a segurança dos/as residentes (FÓRUM NACIONAL DE COORDENADORES DE RESIDÊNCIA; FÓRUM NACIONAL DE TUTORES E PRECEPTORES 2020). A CNRMS, por sua vez, só foi reativada em 2021 através da portaria interministerial nº 7, de 16 de setembro (BRASIL, 2021). Contudo, foi reativada de forma não paritária e dos 18 assentos, apenas um não é ocupado por representantes governamentais. Tal mudança reflete o rompimento com a participação social que vem sendo característica marcante do governo atual.

De modo geral, vale problematizar a experiência da RMS na pandemia como dispositivo de melhoria na assistência e na resolutividade dos serviços. Chama a atenção para como as RMS têm sido estratégicas em tempos de alta demanda nos hospitais. O processo de aprendizagem foi vivenciado desde o que é possível diante do contexto e os prováveis prejuízos à formação dos/as residentes foram avaliados como pontos a serem melhor investigados, o que reforça a importância de mais pesquisas na área (BOBATO *et al.*, 2020; THEODOSIO *et al.*, 2021).

4.3 AS RMS NOS HOSPITAIS E IMPORTÂNCIA DE TENSIONAR ESSES ESPAÇOS

Cada serviço de saúde demanda diferentes necessidades de (re)organização dos processos de trabalho, dimensionamento de equipes, construção de protocolos e

fluxos de atendimento, entre outros aspectos, no sentido de garantir a integralidade do cuidado. As instituições hospitalares despertam a atenção dada a complexidade da atuação, a fragmentação das práticas, o tecnicismo e o distanciamento dos demais dispositivos da rede (FRANCO; MERHY, 2012). Embora todo o movimento da RSB e da construção do SUS venha defendendo o cuidado no território, ordenado pela APS, com utilização de baixa densidade tecnológica, a assistência ainda tende a ser hospitalocêntrica.

Por isso, antes de avançarmos para discutir o lugar/papel das RMS nos hospitais, precisamos situar, brevemente, as especificidades desses serviços. Um resgate dos estudos de Foucault (1989) nos mostra que até o século XVIII, os hospitais eram espaços de caridade, gerenciados por igrejas e pessoas voluntárias. Tinham como objetivo o assistencialismo e a higienização social, pois sua criação tem a ver com dispositivos de controle dos corpos e do espaço público. Para isso, mantinham pessoas em situação de adoecimento, marginalidade, prostituição, extrema pobreza, em situação de rua, ou seja, eram depositórios do que a sociedade rejeitava (OLIVEIRA; PASSOS; SILVA, 2020).

Com o nascimento da clínica, a instrumentalização da prática médica e os avanços na compreensão do processo de doença, sobretudo ao longo do século XIX, o aspecto curativo da saúde passou a ser hegemônico. Desenvolveu-se uma lógica de cuidado centrada na figura do médico, da intervenção protocolada sobre o corpo e realizada em hospitais. Assim, eles passaram a ser um símbolo de atenção à saúde (FOUCAULT, 1977; SANTOS, 2017).

Desse modo, na medida em que o discurso médico passa a produzir verdades sobre os corpos, comportamentos e tratamentos, passa também a construir sentidos sobre como e em quais lugares a assistência deve ser feita. Passa a ser exigida alta densidade tecnológica, recursos de diagnóstico e insumos de alto custo. O caráter do hospital como espaço de cura, portanto, foi instituído mediante o deslocamento do poder médico para esse espaço (OLIVEIRA; PASSOS; SILVA, 2020).

Nos anos 1970 há um crescimento dos hospitais públicos e privados no Brasil. O relatório Flexner tem grande influência na construção de uma ideia de que o hospital é o lugar privilegiado para a prática médica, por neles se encontrarem os 'doentes'. Feuerwerker e Cecílio (2007) apontam que o hospital é um equipamento de saúde complexo e que detém importante reconhecimento social, ocupando um lugar crítico na assistência à saúde. Todavia, foi constituído um "marco conceitual hegemônico

que orienta sua concepção (um mundo à parte, autocentrado e auto-suficiente no cuidado à saúde)” (p. 968).

Essa imagem prevalece até os dias atuais e o investimento público nas redes hospitalares segue crescendo no Brasil. Viacava *et al.* (2018) analisam que entre 1995 e 2016 houve importante aumento no número de internações através do SUS e maior participação dos planos de saúde. Todavia, os/as autores/as tecem reflexões sobre mudanças no perfil das demandas hospitalares e a relação com o crescimento da cobertura da APS nas últimas décadas. Demonstram que houve aumento na busca por intervenções preventivas e diminuição das internações que se relacionam com demandas solucionáveis na APS. Em contrapartida, vem tendo aumento nas internações para cirurgias, por exemplo. Além de chamar a atenção o crescimento de clínicas e unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia privadas.

Tal assistência, evidentemente, tem sua importância no cuidado a diversos agravos e melhoria da qualidade de vida de pessoas que convivem com doenças que demandam insumos e intervenções de alta densidade tecnológica. O intuito aqui não é desqualificar o lugar da rede hospitalar no SUS, mas sim entendê-lo criticamente. Especialmente se considerarmos o crescimento da parceria público-privada na gestão e assistência hospitalares (VIACAVA, *et al.* 2018).

O estudo de Viacava *et al.* (2018) aponta que até 2017 a maioria dos hospitais no Brasil eram privados, mas operavam majoritariamente pelo SUS ou por parceria público-privada. A atuação de hospitais 100% SUS diminuiu significativamente entre 2006-2017 e houve aumento dos estabelecimentos mistos, ou seja, que atendem modalidades SUS/particular, SUS/plano, SUS/particular/plano. Trazemos esses pontos para não perdermos de vista que há um compartilhamento crescente dos recursos públicos e privados, que expõe como o modo de produção capitalista se apropria dos recursos estatais para sua sustentação.

Além disso, o hospital tem se sustentado numa lógica na qual o poder está centrado no/a médico/a e as demais profissões são vistas como coadjuvantes no cuidado em saúde. Assim, é organizado na desigualdade de poder e nas disparidades de reconhecimento do trabalho e dos salários. A assistência, por sua vez, é fragmentada, com ênfase nas especialidades e fica à mercê de um somatório de ações, no qual cada profissional atua desde seu aparato técnico, sem que de fato se construam práticas em equipes e interprofissionais (SANTOS, 2017).

Vemos um espaço no qual são desenvolvidas intervenções pontuais, pré-determinadas, e baseadas no que Merhy (2002) conceitua como tecnologias duras, que são centradas nos diagnósticos, terapêuticas, na farmacologia e em equipamentos. Diferente do que seriam práticas com outras propriedades, que o autor compreende como tecnologias leve-duras - aquelas centradas no saber científico do/a profissional - e leves: centradas nos processos de subjetivação presentes no encontro entre profissional-paciente⁴, como vínculo, acolhimento, escuta. Assim, é um espaço no qual o foco está nos procedimentos e não nas necessidades das pessoas.

Inclusive, os hospitais tendem a atuar em si e para si, deslocados das redes de saúde e desconectados dos demais dispositivos de saúde dos territórios, como escrevem Campos e Canabrava (2020, p. 146): “A estrutura assistencial hospitalar brasileira historicamente insuficiente, geograficamente mal distribuída, irregularmente integrada aos sistemas locais e regionais”. De modo que uma transformação epistemológica e cultural dos hospitais exige reconhecer e problematizar os mecanismos adjacentes na assistência à saúde e como interpelam todos os sujeitos envolvidos na trama: desde os aparatos tecnológicos aos processos relacionais (SANTOS, 2017).

Diante disso, refletimos sobre como podem as RMS serem dispositivos de mudanças nas práticas hospitalares. Consideramos que os dispositivos de formação de profissionais têm lugar estratégico para provocar mudanças, desde que estejam alinhados aos princípios do SUS e comprometidos com a criação de novos arranjos de trabalho - com foco para a atuação interprofissional.

Cecílio e Feuerweker (2007) debatem a relação hospital-formação com um olhar crítico para o lugar que esses serviços ocupam no cuidado em saúde; considerando também que os hospitais têm uma função na educação de profissionais de saúde e interfere no perfil de atuação que esses/as constroem no processo formativo. De modo que podem ser lugares de potencialidades e possibilidades, de novas contratualidades.

No caso das residências em saúde, salvaguardando as especificidades dos programas desenvolvidos na APS, na RAPS, na gestão da saúde e em outros cenários

⁴ Compreendemos que todas as pessoas assistidas pelo SUS são usuárias dos serviços e assim temos nos referido a elas no campo da saúde pública. No entanto, neste trabalho utilizaremos o termo paciente visto que ele está no cotidiano dos hospitais. Vale pontuar que os sentidos do termo paciente também falam da posição em que o sujeito é colocado na hospitalização e caberia espaço para discussão, mas não nos aprofundaremos.

e sem a intenção de comparar as dinâmicas, entendemos que nos hospitais os/as residentes vivem a experiência de estarem intensamente no mesmo espaço físico, com pouca circulação pelos territórios e demais serviços da rede.

O regime de plantão, por si só, pressupõe uma alta carga diária de trabalho, afinal são 12 horas do/a profissional inserido/a no serviço, seja de 07h00 às 19h00 ou de 19h00 às 7h00, isto é, 50% de seu dia. No caso das residências, essa carga se repete diariamente, às vezes por 5 ou 6 dias na semana de inserção em um ambiente fisicamente exaustivo, nem sempre acolhedor, sem garantia de tempo de repouso, que exige uso de EPIs geralmente desconfortáveis; além da carga mental de lidar com sofrimentos e adoecimentos diversos, protocolos a serem seguidos, burocracias a cumprir e outros desafios constantes.

Araújo *et al.* (2017) e Oliveira, Passos e Silva (2020) discutem as potencialidades da EIP no contexto de RMS hospitalares. Fazem discussão sobre autonomia e formação em saúde em relação aos impasses de promover mudanças nos hospitais devido às relações de poder engessadas e posturas paternalistas sustentadas nesse ambiente. Porém, reconhecem a necessidade de integração com dispositivos de formação para fomentar mudanças e discutem as RMS como mecanismo possível.

Oliveira, Passos e Silva (2020) realizaram estudo com residentes de um programa hospitalar e destacaram a percepção de melhoria na assistência, na promoção da autonomia dos/as usuários/as e na continuidade do cuidado quando conseguem desenvolver práticas integradas. No estudo de Batista, Casanova e Moreno (2018), residentes também apontaram como o trabalho colaborativo contribui para sua formação e para a assistência, todavia apontaram obstáculos em traduzir os princípios da EIP nos processos de trabalho. Um deles é a resistência de profissionais de diferentes categorias a compartilhar saberes da profissão e se comprometer com o trabalho integrado. O que corrobora com a análise de Baquião *et al.* (2019) ao pontuarem que muitas vezes o único compartilhamento é o do prontuário do/a usuário/a, que contém anotações generalistas de cada profissional.

Dessa forma, assumirmos as residências como dispositivo potentes tanto para a sustentabilidade da assistência quanto para a transformação das práticas, dialoga com a compreensão de que os hospitais devem ser problematizados desde sua origem à manutenção dos regimes enrijecidos de (des)cuidado com usuários/as e trabalhadores/as.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Inicialmente, contextualizamos nossa compreensão acerca da produção do conhecimento científico. Desacreditamos da ideia de uma suposta neutralidade na ciência, pois partimos do pressuposto de que toda escolha, seja ela técnica, teórica ou metodológica, tem intencionalidades e se sustenta na relação que o/a pesquisador constrói com o mundo, com os saberes e com seu objeto de pesquisa. Além disso, seja nas ciências naturais e biológicas ou nas sociais e humanas, as definições do que é importante e de como abordar determinados objetos de estudo tem relação com questões de ordem política, econômica e social (MINAYO, 2020). Assim, consideramos a construção de conhecimento de forma socialmente contextualizada e referenciada. É importante pontuar que o fazer ciência implica em considerar as relações de poder, interesses e a subjetividade que permeiam os cenários e contextos nos quais os sujeitos estão inseridos.

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida em parceria com um projeto desenvolvido pelo Observatório das Residências Multiprofissionais em Saúde de Pernambuco, vinculado ao Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - FIOCRUZ/PE. O grupo vem desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Condições de saúde e práticas de cuidado dos residentes em área profissional da saúde no contexto da pandemia da Covid-19”, que tem como objetivo: analisar as condições de saúde dos/as residentes em área profissional da saúde e as práticas de cuidado à população por eles/as desenvolvidas no contexto da pandemia da Covid-19 e seus desdobramentos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas - IAM/FIOCRUZ. O recorte que dá contorno a essa dissertação utilizou dados obtidos pelo observatório e atividades realizadas em parceria.

Este é um estudo qualitativo, de caráter exploratório, situado no âmbito das pesquisas em ciências sociais, tendo como campo a saúde pública. No que diz respeito à pesquisa qualitativa, como salienta Minayo (2020, p. 16) "nada pode ser intelectualmente um problema se não tivesse sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática". Nesse sentido, a pesquisa qualitativa tem como objetos os fenômenos sociais e seus atravessamentos: sentidos, significados, representações, símbolos.

Em termos epistemológicos, a pesquisa qualitativa não tem a intenção de enumerar, mensurar ou quantificar os objetos de estudo. Não lança mão de análise estatística dos dados como método, todavia pode ser realizada em conjunto com instrumentos e métodos quantitativos. A investigação qualitativa tem como fundamentos epistemológicos a criatividade, o descobrimento, a análise da subjetividade (FRANCO, 2021).

Minayo (2017) também ressalta que na pesquisa qualitativa a atenção se volta para as singularidades e os significados produzidos no espaço e na relação entre pesquisadores/as, campo e participantes, ou seja,

trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (ibid, p. 2).

Todavia, os fenômenos não são quantificáveis ou reproduzidos sistematicamente, dada sua natureza na ação humana, portanto não estão dados a priori ou podem ser simplesmente observados e apreendidos em sua totalidade. Pelo contrário, eles são construídos e estão a todo tempo em transformação. Cada pesquisador/a, no momento em que os estuda, pode produzir novos significados, contextualizados com as nuances do tempo e espaço. Haja vista que o/a pesquisador/a interage, participa ativamente no processo de construção dos dados.

São exemplos de dados qualitativos: textos, documentos, gravações, transcrições, entrevistas, discursos, descrições de fenômenos, comportamentos, entre outros. Quando realizada com seres humanos, entendemos que a pesquisa qualitativa parte de uma interlocução com atores sociais, de modo que os atravessamentos intersubjetivos fazem parte da construção da pesquisa (FRANCO, 2021; MINAYO, 2017).

Além disso, no estudo qualitativo, o processo de formulação de hipóteses e problemas de pesquisa, de alinhamento dos objetivos e do percurso metodológico está em constante transformação (FRANCO, 2021). O que não implica dizer que os métodos qualitativos não apresentam rigores científicos. Frente a isso, Minayo (2017) elabora uma discussão sobre os questionamentos feitos às pesquisas quali e suposições sobre não ser um método científico. Questões que surgem a partir do referencial de uma ciência positivista, ainda hegemônica, embasada em processos de

medida, experimentação, cálculos estatísticos. A autora ressalta que existem normas, instrumentos e parâmetros que conferem cientificidade à pesquisa qualitativa.

Nesse sentido, é importante situar a importância de superar a disputa de validade e credibilidade entre pesquisas quantitativas e qualitativas, entendendo que elas se complementam, mas têm naturezas diferentes. Enquanto a primeira está para a mensuração e homogeneidade, a segunda se volta aos sentidos e significados (MINAYO, 2017).

Diante disso, quando pesquisamos com seres humanos, o que está em questão não é um cálculo estatístico para definir amostra (de participantes) ou saturação (de dados). A decisão dos sujeitos e grupos que compõem o estudo está mais relacionada a uma cobertura dos atores sociais, do contexto no qual estão inseridos/as, do desenho da pesquisa, dos instrumentos a serem utilizados, da complexidade do estudo, recursos disponíveis. De modo que cada campo de estudo trará elementos que darão contorno aos sujeitos e grupos que participam, técnicas e métodos escolhidos, alinhados com os objetivos do/a pesquisador/a (MINAYO, 2017).

Tais aspectos orientaram a construção de nossa pesquisa, no intuito de construir dados e conhecimentos na relação com e na escuta dos/as participantes, considerando que a existência da pesquisadora também provocaria encontros singulares. Ademais, a pesquisa aqui apresentada teve caráter exploratório, tendo em vista que o tema é recente, inserido em um fenômeno ainda em desenvolvimento e para o qual há demanda de produção acadêmica: a pandemia de Covid-19.

5.2 O CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa de campo foi realizada no contexto das RMS desenvolvidas em hospitais públicos e filantrópicos situados em Recife-PE. Segundo levantamento nosso, no ano de 2021 houve oferta de vagas em 11 programas, vinculados a 3 COREMUs e distribuídos em 8 hospitais: 1 hospital estadual de gestão própria da SES-PE, o HU da Universidade Federal de Pernambuco, 3 hospitais do complexo hospitalar da Universidade de Pernambuco, 2 hospitais filantrópicos e 1 hospital privado que faz parte da rede suplementar de saúde.

O quantitativo de vagas ofertadas para programas hospitalares no estado, em 2021, foi de 242 vagas para programas de modalidade uniprofissional e 119 vagas para os programas multiprofissionais. Totalizando 361 vagas no perfil hospitalar, que ocupam mais de 50% das vagas do estado (621). São áreas de concentração: atenção

cardiológica, cuidados paliativos, oncologia, reabilitação física, saúde do idoso, saúde da mulher, nefrologia, neonatologia, terapia intensiva e urgência, emergência e trauma. Cada programa tem uma composição específica de turma, que varia de 4 a 10 profissões. Entre elas encontram-se: enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, odontologia, educação física e serviço social. Apenas enfermagem e fisioterapia estão contempladas em todos os programas.

Em nosso estudo, incluímos os programas desenvolvidos em hospitais que tiveram leitos de enfermagem e UTI habilitados para assistência aos casos suspeitos e confirmados de Covid-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) (BRASIL, 2020c). Tal critério se justifica pelo foco da pesquisa ser o trabalho e a formação no contexto da Covid, de modo que selecionamos esses hospitais como forma de entender se/como a habilitação dos leitos repercutiu na dinâmica dos programas, nos rodízios dos residentes e nos processos de trabalho das equipes. Isso partindo do pressuposto de que a habilitação provoca mudanças nos protocolos hospitalares, no arranjo das equipes, no fluxo de internamento, entre outros aspectos, que tendem a provocar mudanças em todos os setores e equipes de saúde. Dessa forma, contemplamos 6 hospitais e 9 programas de RMS.

Realizamos 03 grupos focais – nos meses de fevereiro e março de 2021 - com residentes que estavam vinculados às RMS hospitalares em Recife e viveram, em diferentes momentos, as repercussões da pandemia nos programas e serviços. Contemplamos residentes das turmas 2019-2021 e 2020-2022, ou seja, que já estavam nos programas quando a pandemia foi declarada - e viveram o processo abrupto de adaptações nos processos de trabalho, em relação ao previsto quando eram R1 - e os que entraram após isso e estavam em processo de conclusão no início de 2022 - e acompanharam o desenvolvimento da pandemia. Tal escolha tinha como objetivo compreender como as práticas foram se transformando, como os/as residentes das diferentes turmas veem o processo de trabalho e de formação diante desses cenários.

A escolha pelos grupos focais, por sua vez, se relacionou com a compreensão de que eles têm sido reconhecidos como técnica potente na pesquisa qualitativa, visto que possibilitam reunir informações detalhadas sobre um tema ao passo em que propiciam interação entre os/as interlocutores/as. Favorecem o entendimento dos aspectos que atravessam os discursos e percepções dos/as envolvidos/as, bem como

aprofundam o processo de reflexão pelo próprio grupo (GOMES; MENDONÇA, 2016; MINAYO, 2009).

Nesse sentido, partimos do pressuposto de que a interação entre diferentes residentes possibilitaria trocas de vivências, afetações e construção coletiva de sentidos para a diversidade de experiências que vivenciaram no contexto da pandemia.

5.3 A CONSTRUÇÃO DOS ENCONTROS

Para realização dos grupos, definimos, inicialmente, a participação de dois/duas residentes por programa (9 ao todo), sendo um/a da turma 2019-2021 e outro/a da turma 2020-2022, o que totalizaria 18 residentes participando da pesquisa. Diante da quantidade de pessoas, optamos por realizar dois grupos focais, divididos por hospitais, assim manteríamos os/as residentes dos mesmos programas juntos/as para poderem trocar experiências.

Diante da necessidade de distanciamento social pelo risco de contaminação pelo coronavírus, optamos pelo formato remoto para os grupos. Utilizamos o software *zoom meetings*⁵, visto que já tínhamos contato com ele, poderia ser facilmente acessado por computador ou celular (para esse último exigia baixar o aplicativo, mas que tinha um tamanho relativamente pequeno a ocupar na memória do aparelho).

Criamos um formulário online para breve caracterização de cada residente, à qual programa estava vinculado/a e anexamos o TCLE. O formulário tinha como itens: nome, idade, raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, categoria profissional, ano de entrada na residência, programa ao qual estava vinculado/a e consentimento para participar da pesquisa. Todas as questões eram obrigatórias. Pedimos que cada um/a respondesse o formulário antes da realização do grupo.

A seleção dos/as participantes foi realizada por conveniência, acionamos redes de parceiros/as e residentes conhecidos/as, que foram indicando colegas. Entramos em contato pelo *whatsapp* com as pessoas indicadas, convidando a participar do grupo em data e horário pré-definidos. Não definimos categorias profissionais, pois queríamos a participação da maior diversidade possível. Porém, já nos primeiros convites começamos a perceber o desafio de reunir diferentes pessoas em uma

⁵ Software de teleconferência que possui acesso gratuito para reuniões com tempo e recursos limitados. Para termos tempo suficiente na atividade e fazer a gravação audiovisual, utilizamos uma assinatura paga com recursos próprios.

atividade voluntária, além de termos tido dificuldades de obter indicações de residentes de todos os programas. Passamos por impasses como choque de agendas, indisponibilidade de horário, ausência de resposta.

Conseguimos realizar um primeiro grupo – fevereiro de 2021 - com 5 residentes, 3 de um mesmo programa e 2 de outro, de 2 hospitais diferentes. Ao final, avaliamos o momento e percebemos que a dinâmica fluiu bem. Começamos a organização para o segundo grupo, que ocorreu semanas depois e com participação de 3 residentes, de programas e hospitais diferentes. Como não conseguimos atingir residentes suficientes, marcamos um terceiro grupo – março de 2021 - e tivemos muita dificuldade de conseguir residentes de todos os programas que faltavam, por isso optamos por ter ao menos um residente de cada hospital. O último grupo – março de 2021 - teve a participação de apenas 2 residentes.

Dessa forma, totalizamos 10 participantes na pesquisa, contemplamos ao menos um/a de cada hospital incluído na pesquisa, conforme quadro abaixo⁶. Os grupos foram facilitados pela pesquisadora principal e por uma doutoranda do IAM, que também faz parte do observatório das residências em saúde. Utilizamos um roteiro previamente construído para guiar a discussão (Apêndice A). Todos os encontros foram gravados, com a permissão dos/as participantes.

⁶ Não incluímos no quadro os respectivos programas e hospitais aos quais os/as residentes estavam vinculados/as devido à garantia do sigilo.

Quadro 1 - Participantes

Grupo 01							
Pseudônimo	Idade	Raça/Cor	Identidade de gênero	Orientação sexual	Categoria profissional	Status	Ano de ingresso
Maria	26	Branca	Mulher cisgênero	Bissexual	Psicologia	R2	2020
Célia	26	Parda	Mulher cisgênero	Heterossexual	Serviço Social	Egressa	2019
Luige	28	Parda	Homem cisgênero	Bissexual	Enfermagem	Egresso	2019
Sara	27	Branca	Mulher cisgênero	Heterossexual	Psicologia	R2	2020
Karla	27	Branca	Mulher cisgênero	Heterossexual	Fisioterapia	R2	2020
Grupo 02							
Armando	33	Branca	Homem cisgênero	Homossexual	Psicologia	Egresso	2019
Camila	27	Branca	Mulher cisgênero	Heterossexual	Psicologia	R2	2019
Danilo	30	Branca	Homem cisgênero	Heterossexual	Enfermagem	R2	2020
Grupo 03							
Lucas	28	Branca	Homem cisgênero	Homossexual	Odontologia	Egresso	2019
Anne	23	Preta	Mulher cisgênero	Heterossexual	Fonoaudiologia	R2	2020

Fonte: A autora.

Inserimos um item de *status* para identificar em qual período de tempo o/a residente viveu a experiência da pandemia, em relação ao ano de entrada. Aqueles/as que já estavam nos programas em 2020, atualmente são egressos/as e os/as que entraram no início da pandemia, no momento da realização dos grupos, estavam finalizando o R2.

Vale salientar que realizar virtualmente uma atividade tradicionalmente feita no modo presencial foi um desafio surpreendente. Embora já estivéssemos há 2 anos de pandemia e com atividades remotas cada vez mais incorporadas às nossas vidas, percebemos as nuances desse formato desde a dificuldade de conciliar agenda entre todas as pessoas envolvidas, o que supostamente parecia mais simples por não exigir deslocamento físico de todas, até a sensação de distanciamento e de perdas por não estarmos vendo os corpos, os movimentos, as comunicações pelo olhar, entre outras experiências sensoriais que o encontro físico permite.

Em contrapartida, aprendemos como é possível ter encontros potentes e ricos por meio do formato remoto. Vale destacar a facilidade de as pessoas se conectarem estando em qualquer lugar e o manuseio fácil da plataforma virtual. O grupo também foi espaço de reencontro, pois residentes egressos/as comentaram que não se viam desde a finalização da residência ou que não viam seus/suas antigos/as R1s. Isso nos mostra que tal metodologia é produtiva e inovadora, especialmente em tempos de crescimento da incorporação da tecnologia e de necessidade de revisitar os modos de fazer pesquisa.

5.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada conforme os princípios éticos estabelecidos na Norma Operacional Nº 001/2013, nas Resoluções: Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 e Nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde; e orientações para pesquisas através de ambiente virtual contidas na Carta Circular nº 1/2021- CONEP/SECNS/MS. No que diz respeito à interlocução com os/as atores/as sociais, estivemos atentos/as ao fomento de uma horizontal, preservação do sigilo e do anonimato, assinatura do TCLE e consentimento para gravação do grupo focal.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os vídeos oriundos dos grupos focais foram transcritos e o material textual compôs o *corpus* da análise. Essa foi realizada a partir do referencial metodológico da análise de conteúdo temática, proposta por Laurence Bardin, da Universidade de Paris V, a autora configurou esse método em 1977 na publicação denominada “Análise de conteúdo” (BARDIN, 1977). Desde então, o referencial vem sendo desenvolvido, aprimorado, adaptado e tem grande aplicabilidade no campo das pesquisas sociais.

A definição de análise de conteúdo surgiu no final da década de 1940-1950 com Berelson e Lazarsfeld, anos após ter sido sistematizada nos anos 20. É importante contextualizar que a análise do conteúdo tem uma raiz de base positivista. À época em que surgiu, as ciências sociais se estabeleciam como campo tomando princípios e métodos das ciências naturais. Essas sustentadas em um rigor científico pautado na medida e na objetividade, instrumentalizado por técnicas e dispositivos voltados à experimentação, replicação e quantificação dos objetos de estudo. Os princípios do positivismo, como corrente de pensamento filosófica, eram o da neutralidade, objetividade em nome de uma concepção de ciência construída ao longo do século XIX (FRANCO, 2021).

Para um reconhecimento da análise de conteúdo como método científico, no século XX, havia uma pressão para a produção de instrumentos de coleta de dados estruturados em questões “fechadas”, escalas, testes, entre outros circunscritos na lógica da mensuração e replicação. Além de uma série de controvérsias e disputas que foram sendo estabelecidas entre áreas de saber (FRANCO, 2021). Não intencionamos dar conta desses desdobramentos, mas contextualizar, brevemente, esse método para avançarmos aos tempos atuais, nos quais a análise de conteúdo

deixou de ser restrita aos estudos quantitativos. Conforme destaca Franco (2021), a ênfase da análise de conteúdo é a mensagem em todas as suas formas de expressão: escrita, verbal, implícita, gestual, documental. E a compreensão dessas será feita em diálogo com um referencial teórico que a sustente. Portanto, os dados não estão soltos, mas interconectados.

Segundo Bardin ela se constitui como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (1977, p. 31). Ela possibilita avançarmos no sentido de compreender o que está latente (no pano de fundo) dos conteúdos manifestos pelos sujeitos e textos. Na pesquisa qualitativa, as técnicas dão subsídio para análise de fenômenos e seus significados. Assim, aproxima-se da semântica abarcando não só o estudo da língua, como também um caminho descritivo, analítico e interpretativo dos sentidos atribuídos às mensagens verbais e simbólicas, conforme aponta Franco (2021). Essa autora também resume a análise como:

[...] o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado, e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo, seja ele explícito e/ou latente. A análise e a interpretação dos conteúdos são passos (ou processos) a serem seguidos (p. 14).

Bardin delinea diferentes técnicas para análises de materiais de pesquisa - análise de avaliação ou representacional, análise de expressão, análise de enunciação e análise temática. Essa última orientou nosso estudo. O elemento central é o tema, ou seja, a unidade de significação e o processo de análise “consiste em descobrir <<os núcleos de sentido>> que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105). Esse processo contribuiu com nossa compreensão sobre o contexto no qual se inserem as informações produzidas pelos/as participantes.

A organização e sistematização dos dados foram desenvolvidas através de procedimentos, sustentados pelos escritos de Bardin e releituras de autores/as mais recentes que estruturam a análise de conteúdo nas pesquisas qualitativas, como Câmara, (2013) e Franco⁷ (2021). Como forma de apresentar didaticamente o processo de análise, as etapas foram organizadas no quadro abaixo:

⁷ A autora tem uma obra intitulada “Análise de conteúdo”, na qual delinea didaticamente o histórico, aplicabilidade e técnicas do método nas pesquisas qualitativas, destrinchando a teoria de Bardin. Foi de grande suporte nesse processo.

Quadro 02 - Processo de análise dos dados

Etapas e técnicas		
Pré-análise	Exploração do material	Categorização e análise
<p>Esta etapa foi de organização e primeiro contato com os textos para conhecer o que havia neles. Foi utilizada leitura flutuante para familiarização com o conteúdo.</p>	<p>Compreendeu a leitura aprofundada do material com intuito de buscar unidades de registro, ou seja, mensagens, que convergiam com os objetivos propostos.</p>	<p>Categorização: agrupamento de elementos que compõem um conjunto. O critério de categorização foi semântico, ou seja, pelo significado do conteúdo.</p> <p>Os trechos de falas foram organizados em quadros que permitiam a melhor visualização.</p>
<p>Seleção dos materiais a serem analisados.</p> <p>Foram identificados os trechos, das transcrições, que atendiam aos objetivos propostos.</p>	<p>Foram selecionadas as unidades de registro (os recortes textuais) através de procedimentos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Codificação: escolha das unidades, agregação de unidades de registros semelhantes; - Classificação: agrupamentos pelos sentidos; -Categorização: esquematização e organização das unidades, em blocos, que correspondem ao mesmo tema e objetivo. Aqui as categorias de análise começaram a ser construídas. 	<p>As categorias não foram definidas <i>a priori</i>, mas emergiram das falas dos/as participantes e seus conteúdos;</p> <p>Critérios utilizados para a criação das categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exclusão mútua: cada categoria conta com uma perspectiva de análise; - Pertinência: adequação ao material de análise e ao quadro teórico; - Objetividade e fidedignidade: codificação homogênea dos conteúdos
<p>A seleção dos materiais atendeu aos critérios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exaustividade: inclusão do conteúdo como um todo; - Representatividade: escolha de conteúdo consistente e que representa bem o assunto; -Homogeneidade: dados relacionados ao mesmo tema, construídos por sujeitos semelhantes e com as mesmas 	<p>Os dados foram sendo organizados em quadros subdivididos em colunas de identificação do/a participante e transcrição da fala.</p>	<p>As categorias foram organizadas em quadros que continham o nome dela, resumo dos conteúdos e os trechos de falas.</p> <p>Os conteúdos foram interpretados à luz do referencial teórico.</p>

técnicas; - Pertinência: dados adaptados ao conteúdo e objetivo da pesquisa; -Exclusividade: não classificação de um elemento em mais de uma categoria.		
---	--	--

Fonte: A autora.

Nesse processo, foram construídas 4 categorias de análise, denominadas: O trabalho em movimento - transformações nos tempos da pandemia; Quais as condições para o trabalho?; (Des)arranjos do trabalho em equipe e Formação em que? Aspectos sobre aprender em pandemia. O capítulo seguinte explora o material analisado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentamos a seguir tópicos referentes às categorias analíticas oriundas do material construído nos grupos focais. Não tencionamos dar conta de esgotar as reflexões, por não ser possível, mas sim apontar e problematizar alguns conteúdos que se sobressaíram e nos convidam a ampliar a discussão sobre a relação das residências com os serviços hospitalares e as atividades prático-pedagógicas.

6.1 O TRABALHO EM MOVIMENTO - TRANSFORM(AÇÕES) NOS TEMPOS DA PANDEMIA

A gente ficou muito sem saber o que fazer. Quando eu falo a gente não só residentes, a coordenação e os profissionais como um todo, assim, que estavam envolvidos na residência ficaram sem saber o que fazer - Maria, psicóloga R2.

Então, no começo, foi assim um choque muito grande da mudança da assistência - Lucas, dentista egresso.

No contexto da pandemia, o trabalho em saúde toma outras e novas roupagens, sentidos e configurações. Algumas delas são esperadas em tempos de crise, outras dizem respeito à estrutura precária, de natureza política, do mundo do trabalho e ao subfinanciamento estrutural do SUS, além dos movimentos nos últimos anos de desacreditar da ciência e da saúde pública. Por isso, entendemos, com base em Mendes-Gonçalves (1992/2017), que o objeto do processo de trabalho em saúde é sempre sócio historicamente determinado.

Feuerwerker (2014) e Merhy *et al.* (2019) nos convidam a olhar para as práticas de saúde como trabalho, já que agem com intuito de modificar um estado de coisas para produzir novos resultados. Assim, partimos do pressuposto que o processo de trabalho em saúde implica movimento, ou seja, não é estático, dado *a priori*, mas vivo, se desdobra em fluxos operativos.

Desse modo, ele fala do cotidiano e das conexões estabelecidas entre sujeitos e desses com o ambiente. Como aponta Franco (2006, p. 6):

O trabalho em saúde assume grande complexidade, porque cruza ao mesmo tempo os saberes-fazer de diversos profissionais, atravessados por singularidades, em permanente processo de subjetivação. Tudo isto impacta as práticas cotidianas e o modo de se produzir saúde.

A inserção de residentes nos serviços de saúde, em tempos pandêmicos, nos serve uma visão rica - situada no tempo e no espaço em que esse estudo foi desenvolvido - de como se deram as adaptações no processo de trabalho, principais desafios, relações entre os sujeitos e como foram as práticas assistenciais e pedagógicas nos programas de RMS. São esses elementos que apontaremos nesta categoria.

As falas⁸ apresentadas anteriormente sinalizam alguns aspectos importantes: a ruptura brusca nos processos de trabalho da assistência direta ao/à paciente, as incertezas e dúvidas acerca das adaptações diante do contexto e as repercussões emocionais do contexto para todos/as os/as envolvidos/as. Migueis *et al.* (2021) apontam que um dos grandes desafios do trabalho em saúde na pandemia foi o de garantir saúde e segurança em um contexto de incertezas, desconhecimento sobre a doença e o tratamento, além de sua alta transmissibilidade. Diante desses desafios, o processo de trabalho em saúde precisava ser adaptado.

Mendes-Gonçalves (1992/2017) compreende que modificações da realidade exigem uma análise das práticas de saúde desde sua dimensão do trabalho. Portanto, olhar para as transformações e os processos nos permite entender quais lógicas estavam sendo negociadas, com quais objetivos e em quais caminhos.

Os/as participantes dessa pesquisa foram questionados/as sobre as atividades que desenvolveram na residência, como foram feitas as adaptações, se participaram das decisões, entre outros aspectos. Ao passo em que narravam suas experiências, também traziam afetações e críticas ao que vivenciaram.

Visualizamos que as atividades foram sendo adaptadas de acordo com os diferentes momentos da pandemia, mas no primeiro momento houve uma interrupção abrupta da rotina da residência e um tempo de paralisação (inclusive subjetiva) das atividades para elaborar novos caminhos. Além disso, naqueles primeiros meses não houve informações direcionadas às residências, se deveria haver suspensão de atividades, de aulas, de programas e com a CNRMS desativada, os programas e residentes ficaram desamparados em termos de orientações técnicas e acompanhamento.

⁸ Optei por padronizar a apresentação das falas dos/as residentes recuadas da margem esquerda para melhorar a visibilidade e dar destaque à manifestação dos discursos.

O parecer do CNS (2020) trouxe indicações objetivas em relação à suspensão das atividades teóricas, a necessidade de se manter a preceptoria e tutoria nos campos de prática, de seguir os protocolos de biossegurança, a reorganização das atividades práticas e teóricas, os ajustes ou realocação de residentes nos cenários de prática, adequação dos trabalhos de conclusão de residência e o fundamental acompanhamento docente-assistencial, incluindo da COREMU. Veremos que esses aspectos foram se desdobrando nos relatos dos/as residentes deste estudo.

Cardoso e Costa (2020), em estudo sobre residentes de serviço social, em uma RMS hospitalar, apontaram que as coordenações dos programas optaram por, inicialmente, mantê-los/as afastados/as dos setores destinados à assistência à Covid-19. Esse movimento também aconteceu em alguns dos programas de nosso estudo e para algumas categorias profissionais. Isso foi interpretado pelos/as residentes como estratégia de segurança e diminuição do risco de contaminação. Ao mesmo tempo, falava do desconhecimento acerca do que fazer para, por um lado, dar conta dos requisitos de carga horária e aprendizagem na residência, por outro, não desfaltar a assistência aos/às pacientes dos serviços.

A gente teve uma flexibilização de dois a três meses, aí a gente teve uma condensação das atividades teóricas para que a gente não precisasse ir para o hospital todos os dias - Armando, psicólogo egresso.

O primeiro mês no [nome do hospital⁹] são as aulas teóricas, então a gente começou tendo aulas teóricas antes de ir pra prática. Mas aí fechou tudo e a gente voltou para casa, passou acho que uns 15 dias enquanto eles estavam se reorganizando como ia ser nossa prática - Anne, fonoaudióloga R2.

Em alguns programas, os/as residentes passaram a ficar em casa nas primeiras semanas, fazendo atividades em *home office*, como cursos e teleatendimento. Já outros/as continuavam indo alguns dias por semana para o hospital e alguns/mas seguiram a carga horária prática diária presencialmente. Essas diferenças estavam relacionadas tanto aos programas e à autonomia para se adaptarem de acordo com seu contexto, quanto às categorias profissionais dos/as residentes.

Observamos que residentes de enfermagem e fisioterapia foram os/as que menos sofreram flexibilizações na assistência direta ao/à paciente. Pelo contrário,

⁹ Por questões éticas, os nomes dos serviços não foram divulgados, mas sinalizamos quando eles aparecem para preservar a fala.

foram bastante demandados/as e em determinados espaços, substituíram profissionais do serviço devido às lacunas de afastamentos por contaminação pelo coronavírus. Percebemos isso quando eles/as falavam tanto de si quanto de seus/suas colegas de turma:

Mas essa foi a realidade da psicologia, outras categorias que rodavam comigo na multi, fisioterapia, de enfermagem, acho que foi outra realidade porque elas ficaram dentro de setores mesmo, não saíram - Armando, psicólogo egresso.

Os fisioterapeutas e os enfermeiros estavam muito presente, quando chegou no segundo semestre os R1 estavam sempre na Covid e da Psicologia também, mas principalmente os enfermeiros e os fisioterapeutas que não deixaram de estar lá, as assistentes sociais também ficaram mais ausentes - Camila, psicóloga R2.

Vale situar que a enfermagem compõe a maior parte da força de trabalho em saúde. Assim, são protagonistas na assistência, tanto por serem o maior número quanto por estarem 24 horas inseridos/as nos cuidados aos/às pacientes, considerando o contexto hospitalar. Por conseguinte, também são os/as que tendem a sofrer mais as consequências de rotinas de trabalho exaustivas, mal remuneradas e alto risco de exposição a contaminações (MIGUEIS *et al.*, 2021). Em relação à fisioterapia, a demanda de profissionais se relacionava com a sintomatologia da Covid-19 e as sequelas respiratórias.

Em alguns cenários parece que uma das adaptações no processo de trabalho foi destituir o/a residente do lugar de aprendizagem em serviço para apenas o exercício da assistência. Isso porque foram relatadas situações nas quais residentes assumiram os setores diante do desfalque nas equipes ou pelas negociações internas entre os/as profissionais dos hospitais:

Fui chamado pela coordenação de enfermagem para assumir a enfermaria já que não tinha outros enfermeiros, faltou enfermeiro. Aí os residentes tiveram que assumir alguns setores dos hospitais de fato, o plantão mesmo - Danilo, enfermeiro R2.

Por muito tempo eu fiquei mais restrita ao serviço de Psicologia e muitas vezes também tendo que trabalhar enquanto alguns dos servidores não estavam indo para enfermaria por questões, enfim, por ter medo, por ser grupo de risco, então a residência do [nome do hospital] levou o serviço de Psicologia nas costas praticamente - Maria, psicóloga R2.

As categorias de psicologia e serviço social foram as que mais apresentaram dificuldade de alinhamento das atividades e inserção nos setores dos hospitais. Foi trazido que essas duas profissões e seus campos de atuação ainda não são

considerados essenciais na assistência, ficando em segundo plano quando se pensa a quem deve ser destinado o espaço - físico e simbólico - nos setores hospitalares.

Além disso, a fala de Maria aponta como a categoria profissional tende a ficar isolada das demais e a residente acaba por fazer uma atuação uniprofissional, especializada e pontual, que se distancia da proposta de uma RMS. Não obstante, há o agravante de que a residente substitui o/a profissional do serviço que deveria atuar como seu/sua preceptor/a, assim como aconteceu com a enfermagem, no caso de Danilo, R2.

Outro exemplo da frágil inserção dessas profissões vem na fala de uma assistente social sobre o que ouvia de profissionais de outras categorias:

A assistente social e a psicóloga é só para gastar EPI, não tem essa necessidade de tá vindo agora nesse momento. “Ah se vocês quiserem, vocês vêm, mas tem que trazer o EPI de vocês, porque aqui no setor só tem para os residentes de enfermagem”. A gente ouviu muito isso. - Célia, assistente social egressa.

A interseção das duas profissões entre as ciências da saúde e humanas provoca desafios com elementos diversos: por um lado, reitera que a integralidade do cuidado só é possível na integração de diferentes saberes; de outro assume que a saúde humana incorpora os aspectos psicossociais e exige reposicionamento e qualificação da assistência, o que se desdobra nas mudanças das práticas e processos de trabalho.

Não obstante, a fala de Célia diz também de como o serviço compreende a segurança do profissional e se responsabiliza por ela. A negação de um item de proteção é resultado também de relações de poder, de reconhecimento e reflete negociações no processo de trabalho e de gestão das equipes. Além de que a fala direcionada às residentes traz o não reconhecimento dessas profissionais como partes daquelas equipes e “essenciais” tal qual a enfermagem.

6.1.1 Mudando de lugares e práticas: as adaptações

Em paralelo a essas dificuldades, os/as residentes relataram que suas atividades passaram a ser adaptadas de acordo com o funcionamento tanto de seu núcleo profissional quanto do setor hospitalar no qual desenvolveriam rodízios. Aqui é importante explicar que existem diferentes nichos em que os/as residentes se inserem, pois além das definições do programa de residência, que atravessam a turma

toda (composta por diferentes profissões), há o núcleo profissional daquele serviço hospitalar, por exemplo: setor de psicologia, setor de nutrição, setor de fisioterapia, dos quais os/as residentes passam a fazer parte. Terceiro, há o setor do hospital, como: UTI, enfermaria, ambulatório, para onde residentes são direcionados nos respectivos rodízios previstos nos Projetos Pedagógicos (PP) das RMS.

Esse funcionamento é comum aos programas dos/as residentes deste estudo e eles/as nos situaram de como esses nichos podem ora estar sintonizados ora não, e diante da pandemia as desarticulações ficaram mais evidentes. Todos os hospitais e seus setores internos tiveram que se adaptar abruptamente, por isso o movimento dos/as residentes por vezes acompanhou o de seus/suas preceptores/as e dos setores nos quais iriam atuar.

Essa dinâmica de setores dentro de uma unidade hospitalar associamos ao que Franco (2006) chamou de microunidades, quando defende que há redes em todos os serviços de saúde, pois diferente do que estamos acostumados/as a pensar, rede não é só entre diferentes serviços e territórios geográficos, mas também entre diferentes microunidades que compõem um serviço. Então, as microunidades são setores, clínicas e centros existentes dentro de um mesmo hospital. Os/As residentes têm uma circulação por essas microunidades, dependendo do PP do programa, da especialidade e, na pandemia, a depender de se e como estavam funcionando.

Por exemplo, o residente egresso da odontologia situou que antes os/as residentes e o preceptor faziam avaliação odontológica de todos/as os/as pacientes que entravam na UTI, mas passaram a atender somente sob demanda. Portanto, aguardavam que a equipe chamada de “fixa” - enfermagem, medicina e fisioterapia - da UTI solicitasse tal avaliação. Essa mudança no processo de trabalho recaiu tanto sobre a assistência quanto limitou a experiência dos/as residentes. Todavia, o residente a considerou justa e necessária diante da limitação de circulação de pessoas no setor e insuficiência de EPIs. Esse movimento também foi relatado na psicologia e na fonoaudiologia, em diferentes hospitais.

Além disso, alguns processos de trabalho e formação foram reconfigurados visto que muitos serviços nas redes de saúde foram suspensos no primeiro ano de pandemia. Os/As residentes contaram que não passaram por estágios em ambulatórios específicos, não foram para visitas domiciliares (nos serviços especializados que têm essa prática) e não participaram de atividades que antes eram

da rotina do setor. Então não tiveram a experiência de atuar em dinâmica diferente das que ocorrem nas enfermarias e UTIs.

Essas mudanças estão relacionadas à assistência direta ao/à paciente, mas outras ações e atividades foram elencadas, então vale situar o que foi trazido pelos/as participantes. Principalmente nos primeiros meses de pandemia, na maioria dos hospitais deste estudo, residentes tiveram como atividade realizar treinamentos dos/as profissionais do serviço sobre paramentação e desparamentação de EPIs. Tendo em vista que se observava e estudos apontavam que havia grande risco de contaminação pelo coronavírus no momento da retirada incorreta do EPI ou mal uso, os hospitais passaram a demandar capacitação aos/às profissionais. A maioria dos/as residentes relataram que estiveram envolvidos nesse processo, sendo facilitadores/as dos treinamentos. Inicialmente, foram treinados/as e depois fizeram a replicação dessas informações nos setores dos hospitais, cobrindo o máximo de participantes possível.

Estudos indicam que no primeiro momento da pandemia era fundamental treinar os/as profissionais para o uso correto dos EPIs, como forma de garantir a minimização da contaminação e práticas seguras (MIGUEIS *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2021). Além de se investir na sensibilização sobre a importância da proteção individual. Rebouças *et al.* (2020) também identificaram que residentes atuaram em treinamentos para outros/as profissionais em relação ao uso correto dos equipamentos.

Além disso, devido a suspensão dos atendimentos ambulatoriais, nos serviços especializados de alguns hospitais, residentes realizaram tele atendimentos de pacientes que demandavam acompanhamento sistemático. Também foram realizados com familiares de pacientes internados/as pela Covid-19, nas enfermarias e UTIs. Atividades semelhantes às identificadas no estudo de Rebouças *et al.* (2020), nas quais os/as residentes faziam acompanhamento e orientações de famílias de modo virtual.

Ainda nessa incorporação das tecnologias digitais para as práticas em saúde, em decorrência da suspensão de visitas presenciais aos/as pacientes, pelo risco de contaminação, as residentes de psicologia de dois hospitais ficaram responsáveis por realizar visitas virtuais entre pacientes e seus/suas familiares. Já em outro serviço, também as residentes de psicologia atuavam no repasse de informações sobre o

estado de saúde para as famílias dos/as pacientes, junto a profissionais de outras categorias.

Um dos hospitais teve uma experiência isolada. Os/As residentes apontaram que houve a criação de um projeto com objetivo de promover ações voltadas aos/às trabalhadores/as do hospital, que incluíam entrega de EPIs, de lanches àqueles/as que estavam nos setores Covid e não poderiam sair ao longo do dia devido ao uso dos EPIs e restrição de circulação. Nessa ação, apontam que por um lado contribuíram com o cuidado aos/às trabalhadores/as, mas por outro se sentiam desviados/as das funções de sua profissão. Ademais, neste hospital também houve relato de atividades como: levar amostras de Covid para o laboratório, fazer notificação de casos junto à vigilância epidemiológica.

É importante destacar que eles/as fazem uma crítica ao fato de que a maioria das atividades eram definidas sem que participassem das decisões e eram trazidas como estratégia de diminuir a exposição ao coronavírus, em substituição ao trabalho na assistência direta ao/à paciente. Todavia, há falas que tecem uma análise a essas estratégias e expõem fragilidades e intencionalidades:

Mas inicialmente surgiu porque não sabia mesmo onde colocar a gente (...) era algo bem superficial, algo só para colocar a gente atuando em algum lugar, não deixar sem atuação e também não colocar direto também diretamente na linha de frente - Célia, assistente social egressa.

Resumindo a história, a gente tinha que estar dentro do hospital, fazendo alguma coisa, mas não podia era tá em casa. A gente só não podia, só não tinha o direito de ficar em casa, tinha que tá dentro do hospital - Luige, enfermeiro egresso.

Feuerwerker (2014) nos dá subsídios para essa discussão ao colocar que, os processos de trabalho devem ser produzidos desde a realidade local e as singularidades dos sujeitos envolvidos para que sejam incorporados e façam sentido para todos/as. O que é improvável quando há pouco ou nenhum espaço de diálogo e as tomadas de decisões não são coletivas e significativas para todos/as.

Essa relação hierárquica também entra em conflito com o que Franco e Merhy (2012) entendem acerca do exercício do processo de trabalho, no qual há um autogoverno por cada profissional. É no manejo da liberdade e das tecnologias de cuidado que o trabalho se constrói, visto que é relacional. Porém, essa concepção fica distante de cenários nos quais o diálogo ora não existe, ora é fantasiado de

preservação do/a profissional. Não seria um caminho mais potente o de as decisões serem construídas conjuntamente?

Aliás, o discurso de “ter que estar no hospital” parece com os de “o fique em casa prejudica a economia”, “o mercado não pode parar” tão disseminados no primeiro ano de pandemia. Embora sejam em cenários diferentes, insinuam que a despeito da crise sanitária e das centenas de milhares de mortes, o que a estrutura dominante pedia era continuidade do trabalho e da geração de lucro (CAMPOS; CANABRAVA, 2020).

Lucena e Sena (2020) apontam como a experiência de ser residente em meio à pandemia exigiu uma adaptação aos novos fluxos para dar conta das demandas do serviço e dos/as pacientes. Em nosso estudo, notamos que os/as residentes se sentiram muitas vezes desamparados/as e desconsiderados/as nas decisões sobre as mudanças nos processos de trabalho. Ao mesmo tempo em que ponderam como o contexto foi desafiador e caótico para todos os serviços, sujeitos e territórios envolvidos.

6.1.2 Os tempos da pandemia

A minha turma de 2019, assim, minha ideia, né. A gente conseguiu vivenciar 3 momentos, sabe, o tempo da residência. Um primeiro momento que foi de que a gente realmente viveu a residência (...) e do nada chegou a pandemia e aí a gente não podia fazer nada, né? Então a gente teve que repensar, né? A gente tinha que atuar de alguma outra forma para ajudar naquele momento (...). Tá atuando de outras formas e esse foi o momento dois e a gente teve o terceiro momento que foi uma nova forma de retomada. (...) Então a gente já começou essa nova retomada, essa forma de repensar, né - Luige, enfermeiro egresso.

Só que pra nossa turma foi assim: o primeiro ano a gente entrou, ficou algum tempo tentando se organizar, se encontrar dentro do que estava sendo possível na residência. Teve um outro momento em que a gente foi para o serviço de fato, para assistência, começou a atender, atuar nas enfermarias - Maria, psicóloga R2.

Atualmente estamos há 2 anos e meio vivendo os desdobramentos da pandemia de Covid-19 e com o passar desse tempo, ocorreram várias transformações no contexto social. O início da pandemia e da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) foi acompanhado de uma quebra brusca nas rotinas e processos de trabalho em todos os serviços de saúde, públicos e privados, gerando uma necessidade de adaptação urgente e com poucas informações para dar subsídio.

Os programas de residência também vivenciaram adaptações na medida em que novas conformações surgiam em termos de biossegurança, mudanças no cenário epidemiológico e na curva de transmissão do vírus. Por isso, não é possível generalizar o processo de trabalho em saúde, visto que em cada lugar, serviço e em determinado tempo sob dadas condições, serão construídos processos de trabalho singulares (MENDES-GONÇALVES, 1992/2017).

Parte das ações anteriormente citadas, nas quais os/as residentes foram envolvidos/as, estavam situadas nos primeiros meses da pandemia, pois no decorrer do tempo, foram sendo remanejados/as para outros setores, atuaram na assistência direta aos/às pacientes de Covid-19, foram direcionados/as aos rodízios previstos nos programas - quando possível. Tudo isso de forma adaptada, segundo o que trouxeram.

Tal movimento pode ter relação também com o fato de que muitos serviços e procedimentos, como consultas de ambulatório e cirurgias estavam suspensos, o que diminuiu as internações nas clínicas, mas em contrapartida a demanda de assistência aos casos de Covid-19 aumentava (CAMPOS; CANABRAVA, 2020). Ademais, maior segurança quanto aos EPIs e mais informações sobre o comportamento do vírus podem ter influenciado nos programas a direcionarem os/as residentes para esse cuidado dos casos.

Não obstante, é importante considerar que nosso estudo inclui duas experiências diferentes: de residentes que viveram um ano de pandemia e finalizaram o programa e aqueles/as que acompanharam 2 anos de mudanças. A fala de Luige destoa significativamente da de Maria (transcritas na abertura do tópico) e ambos/as eram do mesmo programa, mas tiveram interpretações diferentes, pois enquanto o primeiro consegue fazer um comparativo entre o que seria a residência sem pandemia e com pandemia, pois viveu esses tempos, ela não tem referencial de como as atividades eram anteriormente, além de ter vivido uma paralisação já nos primeiros meses de residência.

Outros relatos nos situam de como o movimento da residência foi acompanhado as fases da pandemia, de estabilização do número de casos, início das flexibilizações em relação ao distanciamento social, até a chegada da vacina e maior conhecimento sobre o comportamento do vírus. Essas circunstâncias interferiram diretamente no processo de trabalho.

Até o final do ano 2020 muitas coisas começaram a se organizar, né, e a gente sabia onde ia atuar, e aí quando foi em 2021 a residência voltou a funcionar mais ou menos como deveria, apesar de ainda algumas coisas tarem ainda fora do contexto - Célia, assistente social egressa.

Depois que foi diminuindo os casos e voltando a demanda dos profissionais, aí voltou as atividades teóricas, seminário e as aulas que ficaram remotas - Danilo, enfermeiro R2.

Em relação a parte assistencial, não tivemos contato direto realmente com o paciente covid, inicialmente. Ai no R2 foi que a questão da prática mesmo começou a se aprofundar um pouco mais. No R2 a gente não tem tanta carga horária teórica, foi muito mais carga horária prática. Então realmente no R2 foi mais difícil eles conseguirem manter essas práticas de proteção - Sara, fonoaudióloga R2.

As práticas de proteção às quais Sara se refere, são as de não colocar residentes nos setores Covid e flexibilizar a carga horária prática, por exemplo. De modo que cada momento da pandemia exigiu novas conformações nas práticas em saúde.

Em cenário semelhante, Lucena e Sena (2020) colocam como ponto de debate o conflito existente na relação entre ser trabalhador/a e estudante ao mesmo tempo. Apontam, por exemplo, a não garantia de direitos trabalhistas em relação à atuação em contexto insalubre, somada a extensa carga horária de trabalho semanal divergente das leis trabalhistas. As autoras também citam os desafios de implementar modificações nos fluxos de trabalho, junto às perceptoras, devido às limitações na estrutura e nos recursos do serviço. Com isso, fazem uma reflexão crítica sobre como a pandemia evidenciou e intensificou a precariedade das condições de vida e trabalho na conjuntura social brasileira.

Por outro lado, apesar dos desafios, identificam que o processo de aprendizagem ocorre em todo esse movimento, pois promove a reflexividade do/a residente sobre sua prática e responsabilidade social. Isso converge com a compreensão de Mendes-Gonçalves (1992/2017) de que o processo de trabalho não é só produtor de resultados, mas também de transformações no/a próprio/a trabalhador/a.

6.2 QUAIS AS CONDIÇÕES PARA O TRABALHO?

A gente viveu esse medo, viveu esse momento de todo, dá assistência em si, como se fosse uma guerra mesmo - Danilo, enfermeiro R2.

Tava um caos o hospital, parece que do nada se soltou uma bomba ali - Célia, assistente social egressa.

As condições de trabalho permitem que os/as profissionais exerçam suas funções de forma saudável e segura ou não. Segundo Migueis *et al.* (2021), estudos da primeira fase da pandemia apontam para mudanças nas condições de trabalho relacionadas ao deslocamento massivo de profissionais para a assistência à Covid-19, porém ainda com insuficiência para dar conta da demanda. Esse movimento fez com que profissionais fossem para setores, espaços físicos e equipes novos, fora de sua rotina e em cenário de desconhecimento, sem preparo prévio. A fragilidade e a pouca experiência no manejo de doenças respiratórias infecciosas também aparecem como desafios.

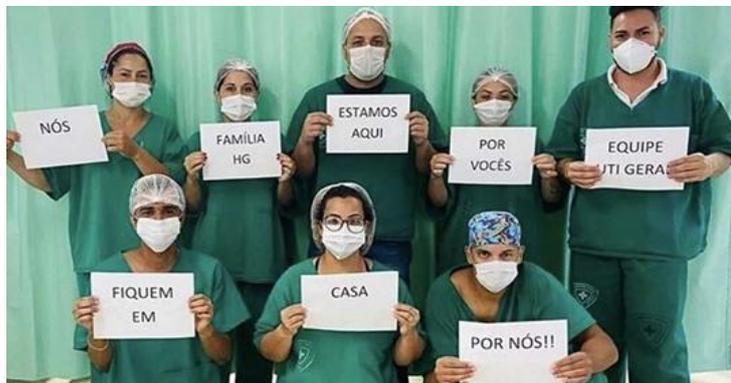
Ademais, “a qualidade do cuidado à saúde depende também da maneira pela qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas” (ASSUNÇÃO, 2011, p. 473). Assim, nessa categoria, elencamos conteúdos que dizem respeito aos elementos que compõem o conjunto de condições de trabalho: fatores materiais, estruturais, relacionais, o processo de trabalho (ASSUNÇÃO, 2011).

As falas de Danilo e de Célia citadas acima e a comparação da experiência a uma guerra ou ataque é bastante significativa. Se pensarmos no grupo de profissionais de saúde que atuam em guerras, pois parece que é nesse eixo que Danilo se situa ao fazer a metáfora, imaginamos uma série de pessoas vestidas de branco, lutando para salvar vidas em espaços improvisados, sem recursos adequados e pouco protegidas. Em um primeiro momento, talvez venham à nossa mente imagens de filmes de guerra e por isso associamos a esses detalhes. Todavia, fiz o teste de digitar no *google* imagens o termo “profissionais de saúde na guerra” e a pesquisa me exibiu fotos de profissionais e matérias sobre a pandemia de Covid-19.

Dentre os títulos das matérias, leio rapidamente: “a guerra tem rosto de mulher”, “profissionais de saúde se desdobram na guerra contra o coronavírus”, “profissionais da saúde são heróis invisíveis na guerra contra o inimigo invisível” e uma das mais

interessantes: “mesmo a guerra tem limites, profissionais e serviços de saúde devem ser protegidos”. As imagens mostram campanhas que circularam nas redes sociais:

Figura 3 - Profissionais pedem para as pessoas ficarem em casa fazendo isolamento social para diminuir o número de contaminações



Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, 2020¹⁰.

É de grande impacto compreender que trabalhar em saúde na pandemia é como trabalhar em uma guerra. Resultados da pesquisa nacional “Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19” desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), apontam dados preocupantes em relação à sobrecarga de trabalho; estrutura inadequada para a atuação e alterações emocionais importantes, que caracterizam consequências graves à saúde mental dos/as profissionais, entre outros aspectos (LEONEL, 2021).

Entre os elementos que compõem o cenário de trabalho, em relação aos fatores materiais e estruturais, em dado momento, os/as residentes trouxeram as dificuldades de exercer suas práticas pela falta de insumos básicos - e aqui ainda não estamos falando de EPIs - para realizar procedimentos com os/as pacientes. Como a pandemia demandou uso de tecnologias, Camila, psicóloga R2, citou, por exemplo, que era difícil fazer videochamadas com pacientes e famílias porque os equipamentos eram escassos. Lucena e Sena (2020) também citam os desafios de implementar fluxos de trabalho, junto às preceptoras, devido às limitações na estrutura e nos recursos do serviço.

¹⁰ Fonte:

http://www.cofen.gov.br/os-profissionais-da-saude-precisam-de-mais-do-que-palmas-nas-janelas_79430.html. Acesso em 14 de set. 2022.

Mendes-Gonçalves (1992/2017) citando Marx (1968) traz discussão sobre os instrumentos de trabalho, com influência da compreensão marxista de que o meio de trabalho diz respeito a elementos ou conjunto de elementos que está entre a relação da pessoa trabalhadora e seu objeto de trabalho, podendo utilizar-se das diversas características e propriedades das quais os elementos dispõem. Todavia, quando os recursos são limitados ou inexistentes a relação pode tornar-se de frustração e precarização do serviço.

Quando Merhy (2002) traz as propriedades das tecnologias em saúde - leves, leves-duras e duras - nessas últimas entram os usos de equipamentos e insumos que são manuseados nas práticas assistenciais. Embora caminhamos no sentido de priorizar a produção do cuidado baseada em tecnologias leves - relacionais - não podemos deixar de lado que insumos e equipamentos materiais são necessários a manutenção e qualificação de práticas. A questão primordial é em qual caminho se direciona a relação entre pessoas e materiais e como produzem novos sentidos.

Vale destacar que nem todas as experiências foram negativas em relação ao suprimento de materiais. Residentes (um enfermeiro e um dentista) de dois hospitais situam que tiveram acesso a todos os materiais que precisavam, aqui os materiais englobam utensílios, insumos, materiais de consumo, máquinas e equipamentos. No contexto da pandemia houve uma necessidade rápida de suprimentos, como ventiladores mecânicos e estrutura para novas instalações (CAMPOS; CANABRAVA, 2020). A título de problematização, esses dois hospitais não são de gestão da secretaria estadual de saúde do estado e um deles é privado, o que contrasta com os discursos dos/as residentes de hospitais de gestão direta do estado.

Em caminho semelhante, os dois residentes também apontaram que houve disponibilização adequada de EPIs, considerando o contexto de insuficiência generalizada no país. E quando havia escassez, adotavam estratégias como diminuição da quantidade de residentes que iam aos setores, para economizar máscaras, por exemplo. Isso converge com os achados de Cardoso e Costa (2020) que citam também adaptações como fixar horários de trabalho e quantidade de profissionais para diminuir o fluxo de pessoas circulando na instituição.

Como ponto positivo, o enfermeiro residente destacou que o serviço fazia cálculo de quantidade de EPI e considerava que, por exemplo, se um profissional do serviço usava uma máscara N95 por semana, o residente usava mais, pois estava no

hospital diariamente, enquanto o primeiro trabalha por escala e podia reutilizar a máscara após tempo de desativação do vírus.

Porém, experiências exitosas não foram a maioria. Nos demais hospitais os relatos foram de dificuldade de acesso ao EPI, resistência das equipes dos hospitais em disponibilizá-los para os/as residentes, utilização de máscaras inadequadas e caseiras e até compra de EPI pelo/a residente, como mostram as falas:

Tinha um tráfico de máscaras lá que a enfermeira pegava, guardava para a equipe dela e você se vira, meu amor, residente se vira - Anne, fonoaudióloga R2.

O que não tinha a gente comprava para o setor, que era mais touca, essas coisas - Camila, psicóloga egressa.

A gente também teve essa dificuldade com a questão dos EPIS. Então era aquela dificuldade mesmo para encontrar nos setores, tinha que fazer kits por residentes, então foi bem difícil - Karla, psicóloga R2.

A questão dos EPIS, a nossa coordenação teve que assumir essa função e não o próprio hospital, então a gente pegava os EPIS em alguns momentos a partir dos despachos da coordenação, porque nos setores a equipe não disponibiliza para residentes, a gente tinha que conseguir no nosso programa de residência - Sara, fisioterapeuta R2.

Migueis *et al.* (2021, p. 9) reforçam que a disponibilização de EPIs “é o ponto inicial, a condição *sine qua non* para a atividade de trabalho. Essa garantia não pode ser flexibilizada ou improvisada em nenhuma circunstância”. Em contrapartida, a alta transmissibilidade do Coronavírus somada à insuficiência de EPIs, alto tempo de exposição, contato direto com os/as usuários/as contaminados/as, em estruturas físicas geralmente inadequadas, fez com a taxa de contaminação de profissionais de saúde aumentasse expressivamente. Como consequência, os afastamentos e óbitos por Covid-19 aumentaram, geraram desfalques nas equipes e uma série de repercussões nos processos de trabalho (SANTANA *et al.*, 2020).

Vale destacar que tanto os fóruns nacionais quanto o CNS (2020) orientaram que a manutenção das atividades práticas estava ligada a garantia de EPIs, visto que os/as residentes não poderiam atuar na assistência direta sem a garantia de EPIs, assim como os/as demais profissionais dos serviços, igualmente.

Outro aspecto das condições de trabalho, abarca as dinâmicas relacionais estabelecidas nos serviços (ASSUNÇÃO, 2011; FRANCO; MERHY, 2013). Nesse sentido, veio nas falas de Sara e Anne, pois apontaram que além da escassez de EPI, o/a residente também sofre o não reconhecimento de seu lugar dentro das equipes

do serviço. O chamado “tráfico de máscaras” diz muita coisa, pois indica as negociações dentro das equipes, as relações de poder e preferência, que denotam que o vínculo afetivo tem influência direta no trabalho. Quando Anne trouxe essa fala, seguiu explicando que sua R2, que já estava no serviço há mais tempo, não tinha problemas para conseguir máscaras.

Sobre isso, lembramos da ideia de microrredes, trazida por Franco (2006), que são formadas tanto entre profissionais e desses/as com os/as usuários/as e pacientes. Para o autor, as relações e pactos nas equipes são inerentes aos serviços e têm influência na produção do cuidado. Em alguns casos, como o que estamos analisando, o pacto acaba sendo excludente. Entra aqui a questão da colaboração, pois se ela não é ensinada e instrumentalizada, as relações nas equipes passam a ser somente pelas vias do afeto, da intimidade e amizade.

Sara, por sua vez, aponta uma lacuna importante, a da contrapartida que os serviços devem dar para a manutenção da residência. Se o serviço não disponibiliza EPIs para residentes, está dizendo que esses/as profissionais não compõem a força de trabalho? Embora utilizem-se de suas práticas para a sustentabilidade da assistência? Outros elementos se somam a essa problematização, pois a despeito desse não reconhecimento, os/as residentes relataram tanto que os serviços “contaram” com eles/as para suprir as lacunas nas equipes, quanto às relações desiguais, hierárquicas e até exploradoras as quais alguns/umas estavam submetidos/as.

Lucas, dentista egresso apontou que uma das coisas que “mexiam” com os/as residentes era o fato de serem obrigados/as a fazerem certas coisas. Embora não tenha exemplificado essas obrigações no momento da fala, entendemos que ele trazia a relação autonomia *versus* subserviência na qual o/a residente se encontra. O programa a que Lucas faz parte é desenvolvido em um hospital privado e ele apontou como as ordens e normas que vinham da direção geral ou da coordenação das residências eram tidas como inquestionáveis.

A pandemia e toda essa questão de você ser um profissional, mas ao mesmo tempo você não ter a autonomia de um profissional lá dentro, eu acho que mexia muito com a cabeça da gente e quando veio a pandemia foi que desgraçou tudo assim, a saúde mental foi lá embaixo - Lucas, dentista egresso.

Assunção (2011) traz que os/as profissionais, são, portanto, sujeitos do processo de trabalho e encontram-se no limiar tensionado de exercer ou não autonomia técnica, a depender de quais e como os jogos de poder são negociados nos espaços.

Em movimento semelhante, Camila - psicóloga egressa fez um panorama geral de sua experiência abordando como as relações eram adoecedoras tanto no âmbito do programa (com a coordenação) quanto com seu núcleo profissional (o setor de psicologia do hospital. Algumas falas trazem o sofrimento e a dificuldade de trabalhar com essas figuras:

Preceptores que eram abusivos, que, enfim, exerciam um assédio moral bem grande. [...] Tinham algumas questões a nível setorial em que não facilitava a saúde mental e física.

Mas ela também avança e traz um panorama dessas relações em outras categorias:

O setor de Psicologia, falando pelo setor em si, adoecia, o setor de serviço social adoecia quem era do serviço social, o setor de biomedicina adoecia quem era da biomedicina, da fisioterapia, da enfermagem eram os que ainda estava mais ok.

Isso mostra como a relação entre profissionais e figuras de poder faz diferença nas condições de trabalho. Inclusive, primeiro ela supõe que residentes de fisioterapia e enfermagem estavam em situação melhor e depois vai esmiuçando como a relação dessas categorias era mais acolhedora, horizontal com seus preceptores/as e tutores/as.

Esse funcionamento rígido e hierárquico também precisa ser visto desde o cenário em que ocorre. Essa estrutura se constrói e se atualiza na medida em que os hospitais se mantêm priorizando as tecnologias duras ao invés das tecnologias leves, da interprofissionalidade, do produto singular e subjetivo da assistência (MERHY, 2002). Aqui também cabe situar que como proposta teórico-técnica, a interprofissionalidade pressupõe a melhoria da relação entre profissionais através da colaboração (PEDUZZI, *et al.*, 2020; SANTOS, 2022). Todavia, muitas interdições à sua realização ainda se impõem, como veremos na categoria acerca do trabalho em equipe.

Diante disso, é possível visualizarmos que as relações estabelecidas e negociadas entre segmentos da residência e desses com os serviços, não têm sido

direcionadas à gestão compartilhada, ao desenvolvimento de competências comunicacionais e fomento da horizontalidade, como prevê, inclusive, a Política Nacional de Humanização, que deve ser transversal a todas as outras políticas públicas. Ela existe no sentido de efetivar os princípios do SUS na assistência à saúde através da interação e corresponsabilização de todos os segmentos envolvidos no cuidado (BRASIL, 2013). Na contramão disso, as relações na residência estão mais direcionadas ao exercício do poder, manutenção de hierarquias. O espaço possível é justamente o da micropolítica, do fazer nos encontros cotidianos (FRANCO; MERHY, 2013).

Ao entendermos que as condições de trabalho têm sido precárias, notamos que tem a ver não só com recursos, mas também com a organização do trabalho (MIGUEIS *et al.*, 2021). Isso tem relação direta com a categoria anterior, quando exploramos as dificuldades de reorganização do processo de trabalho. Ademais, nesta visão dos elementos que caracterizam as condições de trabalho, um dos aspectos muito significativos da pesquisa, foi a dimensão da saúde dos/as residentes na vivência do trabalho. A todo momento estavam trazendo os atravessamentos físicos e subjetivos, por isso acolhemos o conteúdo e consideramos as repercussões na saúde como parte desse cenário.

6.2.1 Quais as condições de saúde para o exercício do trabalho?

[...] então naquele momento a gente queria ser cuidado, né? Como qualquer outra pessoa, como qualquer indivíduo, como qualquer ser humano, né? A gente queria ser cuidado por alguém. [...] Mas a gente não podia, a gente não tinha como ficar em casa, não tinha como a gente, não tinha como outra pessoa proteger a gente. Pelo contrário, a gente tinha que sair das nossas casas para ir cuidar das outras pessoas, né? - Luige, enfermeiro egresso.

Abordaremos algumas questões relacionadas às condições de saúde dos/as residentes durante sua vivência na pandemia, visto que elas foram bastante faladas, direta e indiretamente e por as compreendermos como fator intrínseco às condições de trabalho. As discussões sobre as RMS levantam questões sobre como as condições de trabalho precarizadas repercutem na saúde. Os/As profissionais de saúde tendem a ser a categoria mais afetada emocional e psicologicamente diante da crise causada pela pandemia, tendo em vista que estão sistematicamente expostos a riscos ocupacionais, nas desfavoráveis condições de trabalho (MIGUEIS *et al.*, 2021).

Fernandes *et al.* (2021) chamam a atenção para a piora do cenário do trabalho em saúde diante da reforma trabalhista, das crises econômica e sanitária, que tem favorecido o adoecimento e aumento de acidentes entre trabalhadores/as. Não obstante, tais sujeitos estão expostos a diversos riscos no exercício das práticas, que vão desde a exposição química e biológica aos riscos psicossociais (ASSUNÇÃO, 2011).

Alguns estudos realizaram pesquisas com residentes para avaliar qualidade de vida, relação saúde-trabalho, fatores associados e ocorrência de síndrome de burnout, (in)satisfação com o processo de formação, entre outros aspectos. As questões atravessam diferentes dinâmicas: relações dos/as residentes com as equipes dos serviços; sobrecarga de trabalho; repercussões na saúde física e emocional; limitações impostas pela extensa carga horária e desafios no contexto pedagógico (FERNANDES *et al.*, 2017; OLIVEIRA; WHITAKER; ZANEI, 2019; SANCHES *et al.*, 2016).

Embora esses estudos não tenham sido realizados no recorte da pandemia, os dados apontam para uma estrutura de precarização das condições de saúde de residentes e que pressupomos ter sido agravada diante da pandemia. Por isso, ouvimos os/as residentes:

[...] uma ansiedade muito grande, um desespero muito grande, porque a gente via as pessoas morrendo e a gente tendo que ser obrigado porque a gente tava lá para isso mesmo, a lidar com isso - Lucas, dentista egresso.

Foi bem impactante a questão da saúde mental, tanto o medo, o receio do adoecimento, quanto também o estar no serviço, como lidar com os pacientes, porque a gente não tinha até então experiência pelo perfil epidemiológico - Karla, psicóloga R2.

Em relação à saúde mental, o medo da contaminação – de si e de outros/as - apareceu como influência direta nas condições de trabalho, ao passo em que se desdobra na saúde dos/as profissionais, com impacto direto nos recursos emocionais que terão para lidar com o trabalho (MIGUEIS *et al.*, 2021). Assim, quando os/as residentes trazem os medos e angústias situando-os no campo da saúde mental, estão apontando outros desdobramentos da experiência de trabalhar na pandemia, nessas circunstâncias, que são da ordem emocional, psicológica, cognitiva.

Se assumirmos, conforme Franco e Merhy (2012, p. 152) que “a subjetividade é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde”, quais podem ser os

resultados de subjetividades fragilizadas, adoecidas, conformadas pelo medo e insegurança? Tendo em vista que trabalho ocorre na dinâmica dos encontros intersubjetivos, em contexto pandêmico, sem cuidado à saúde mental, encontravam-se profissionais e pacientes em sofrimento, o que compromete tanto o processo de trabalho, quanto a qualidade da assistência.

Casarotto, Rocha e Schmitt (2018) reconhecem que a qualidade de vida é multifatorial, por isso não depende só da relação do sujeito com o trabalho. Todavia, no contexto das RMS, considerando a carga horária, a pessoa passa grande parte de seu tempo, ao longo dos dois anos, investindo e vivenciando os atravessamentos dessa experiência.

Nesse sentido, é importante olharmos um pouco para essa carga horária e entendê-la como fator para as condições de trabalho. Provavelmente o ponto mais debatido entre estudos e mobilizações de residentes sejam as 60 horas semanais. Ela aparece como fonte de sobrecarga de trabalho, exaustão física e emocional, bem como restringe o tempo para exercer outras atividades que não as assistenciais, como participação em eventos, estudos, pesquisa e demandas pessoais. Por isso tem sido destacada como risco para a saúde ocupacional e mental dos/as residentes (DALBELLO-ARAUJO; SILVA, 2019).

Essas extenuantes 60 horas certamente apareceriam em nossa pesquisa:

No final do R2 já está todo mundo meio perturbado assim, a palavra é essa, você olha um para a cara do outro, assim e tá todo mundo exausto mentalmente e fisicamente, sabe. Mentalmente, assim, principalmente, né. Claro que 60 horas, fisicamente, deixa muito debilitado, mas cansaço mental também é muito intenso no final, sabe - Armando, psicólogo egresso.

Pra ter noção eu adoecia todos os meses, adoecia todo mês, faltava, o que para o residente não pode faltar, né? Porque só se lasca, tem que cobrir aquela carga horária, então acabou que virava uma bola de neve, tinha que tá o tempo todo no serviço que me adoecia e eu adoecia mais – Camila, psicóloga egressa.

Tensões em relação à carga horária também aconteceram devido ao conflito entre precisar se afastar do serviço nos casos de contaminação pelo coronavírus e ter que cumprir essa carga horária de afastamento em momento posterior. Os relatos são diversos e divergentes, pois apenas uma residente relatou que não teve diagnóstico confirmado de Covid, portanto não foi afastada em nenhum momento durante os dois anos. Esse relato causou espanto nos/as residentes que estavam no mesmo grupo. É de fato uma experiência única, pois todos/as os demais participantes alegaram ter

contraído Covid-19, bem como seus colegas de turma. Um dos residentes compartilhou que precisou ficar internado na UTI do hospital onde atuava e contou com apoio das equipes e da coordenação do programa para sua assistência.

O que causa conflito é que não houve uma determinação nacional sobre o abono da carga horária por Covid-19, como aconteceu com os profissionais de saúde que têm direitos trabalhistas. Para esses/as, o atestado médico abonava as faltas nos serviços, mas residentes não estão assim acobertados. Por isso, as negociações sobre carga horária ficaram a cargo de cada COREMU e cada programa. Em 2 dos hospitais representados pelos/as residentes desta pesquisa, não houve necessidade de cumprir a carga horária de afastamento, em 3 deles sim e os/as residentes apontam como isso se tornava um grande problema, pois já tinham as 60 horas semanais para dar conta.

A gente tentou argumentar muito e a gente não foi ouvido. Por exemplo, os funcionários que tiveram covid e faltavam era falta justificada no trabalho, é, foi perdoada, vamos dizer assim, agora os residentes não. [...] Então eu conheço residentes que teve que repor as férias inteira - Anne, fonoaudióloga R2.

Anne nos coloca questões importantes, pois o direito a férias dos/as residentes está garantido pelas normativas. Vale, então, questionar em quais condições de saúde os/as residentes têm cumprimento a carga horária, se ela se torna um elemento de sofrimento e adoecimento? Não obstante, estratégias de acolhimento, proteção à saúde mental, fortalecimento de vínculos e reorganização do trabalho são meios de prover condições laborais saudáveis (FERNANDES *et al.*, 2021; MIGUEIS *et al.*, 2021).

Desse modo, entendemos que o trabalho em saúde está intimamente relacionado a existirem condições estruturais, de saúde, recursos e relações adequadas e favoráveis. No mais, em contrapartida aos desafios explorados, os/as residentes também conseguem pensar resistências e ressignificações.

O bom é que a gente desenvolve a criatividade [risos] às vezes a gente conversa “isso aqui não é o ideal, mas é o que tem e trabalha assim” – Anne, fonoaudióloga R2.

Mas que a gente tem que pensar nas coisas boas que a gente aprendeu nesse momento, nesse momento também de parada não foi só coisa ruim, eu tenho certeza que a gente aprendeu muito – Luige, enfermeiro egresso.

Acho que para mim foi oferecida as condições que precisava, EPI, foi fornecido EPI, foi fornecido assistência no contexto da pandemia, uma assistência de uma disponibilização de condições de trabalho acho que

adequada. Para mim a experiência na pandemia ela não potencializou o cansaço da residência, pra mim não piorou condições - Armando, psicólogo egresso.

Essa forma de vivenciar um outro lado da experiência do trabalho na pandemia, remete a Mendes-Gonçalves (1992/2017) quando coloca que o sujeito transforma a si próprio no processo de trabalho. Não tentamos tratar as dificuldades com eufemismos, mas é importante também citar mecanismos de enfrentamento aos desafios. O que também nos convida a reconhecer que os discursos, significados e experiências dos sujeitos não são homogêneos, pois cada um/a significa a partir dos referenciais que dispõe e que os atravessam subjetivamente.

6.3 (DES)ARRANJOS DO TRABALHO EM EQUIPE

Então, essa equipe multiprofissional é bastante importante nesse contexto de pandemia e se todos tivesse aquela atuação 100% desde o começo, eu via que ia ter um resultado muito melhor a esse paciente, ao profissional também que ficou atendendo lá - Danilo, enfermeiro R2.

Pautamos que um dos meios para a qualificação do cuidado em saúde é a articulação das diversas práticas profissionais. A integralidade, nesse íterim, é um conceito central, visto ser um princípio e uma forma de construir saúde (FEUERWERKER, 2014). Todavia, os/as profissionais não foram formados/as por essa ótica, mas sim nas caixinhas de suas profissões. Cada profissão é historicamente formada cada uma em seus espaços acadêmicos, desde a graduação. Por isso, os/as profissionais se isolam em seus saberes e poderes e ocupam o lugar de prescritores das terapêuticas, dos medicamentos e dos comportamentos (MERHY *et al.*, 2019).

A separação é tanto física (prédios, salas e espaços de estágio diferentes) quanto formativa. Conforme Peduzzi *et al.* (2020), o trabalho em equipe é consenso entre gestores/as e profissionais, mas o conceito ainda é impreciso. Assumimos que só profissão não é suficiente para o cuidado em saúde, mesmo que seja a medicina com seu sintoma de autossuficiência, contudo falta ainda incorporar isso na formação e nas práticas de saúde (CECCIM; FERLA, 2018).

Podemos fazer uma conexão disso com a própria existência e a inserção das RMS nos hospitais, pois é uma forma de provocar essas instituições e as equipes de saúde a olharem para outros modos de entender e fazer o cuidado. Rebouças *et al.* (2020) dissertam sobre a experiência de uma RMS desenvolvida em um hospital e explanam as potencialidades do programa em qualificar a assistência, somar forças às equipes e conformar novos saberes e vínculos.

Diante disso, escutamos e analisamos as experiências dos/as residentes à luz das práticas colaborativas, que pressupõe a melhoria das condições de trabalho, das relações entre profissionais, bem como a qualificação da assistência, retomando o sujeito como centro do cuidado (PEDUZZI, *et al.*, 2020; SANTOS, 2022). Note que na fala transcrita acima, do enfermeiro Danilo, ele traz a atuação como benefício tanto para o/a paciente quanto para o/a profissional do serviço. Isso demonstra que mesmo quando não se está diretamente falando de um conceito teórico - pois nesse momento ele não falava sobre EIP, por exemplo - em sua reflexão ele acessa esse conteúdo.

Esta categoria contempla conexões entre os conceitos da EIP e as vivências dos/as residentes para entender como se deram os arranjos e os possíveis desarranjos do trabalho em equipe, diante das adaptações impostas pelo período pandêmico.

Segundo os relatos, principalmente no início da pandemia, houve perdas na integração entre profissionais devido a necessidade de diminuir a quantidade de pessoas nos setores para não gerar aglomerações e aos diferentes processos de trabalho entre as categorias. Sobre isso, já situamos que muitas vezes os/as residentes acompanham o processo do núcleo profissional ao qual estão vinculados/as, ex: psicologia, nutrição; então quando acontecia de uma categoria diminuir a frequência nos setores, pelo risco de contaminação e mudança no processo de trabalho, o/a residente também não ia e, por conseguinte, não atuava junto com algum/a outro/a que estivesse no setor, se a categoria desses/as permaneceu mais presente (como a enfermagem e a fisioterapia).

Houve também desalinhamento entre os rodízios nos setores, tanto devido às questões supracitadas, quanto pela falta de comunicação entre coordenação-preceptores-tutores/as-residentes a fim de construir estratégias de não descaracterizar o trabalho em equipe. Diante desses desencontros, o que poderia ser apenas um risco de perda do trabalho em equipe tornou-se uma realidade. Isso veio de forma muito significativa nas falas, pois os/as residentes fizeram uma análise de que a vivência que deveria ser multi se tornou uniprofissional.

Apesar de ser multiprofissional acaba sendo uni, porque a gente não tinha tanta interação entre as categorias. Quando tinha interação de fato era nas atividades teóricas e tal, quando a gente por conta própria ia se reunir para bater um papo, discutir algum caso, se a gente por acaso conciliasse os rodízios, porque nem sempre conciliava – Camila, psicóloga egressa.

A gente era equipe multiprofissional e de repente não tinha mais essa equipe, era todo mundo solto. Assim, cada um em uma área, a gente só se reunia muito pouco enquanto equipe [...] cada um ficou fazendo uma coisa e o multiprofissional da residência se perdeu.

A minha residência era multi, mas acabou que ela ficou meio que uni - Armando, psicólogo egresso.

O uso do verbo ser no passado, nas falas de Armando e Célia, é bastante simbólico, pois situa que o caráter multiprofissional deixou de existir. Vale contextualizar que a pandemia foi instaurada quando ele e ela estavam no R2, então tiveram a vivência de um ano de programa antes da pandemia. Parece também que

estão situando as coisas no tempo/espaço: existia um caráter multiprofissional, mas com a pandemia isso se perdeu. É quase como mudar de programa e de perfil de residência.

Aqui o caminho não é de desconsiderar o trabalho individual das profissões, pois em diversas situações é necessária uma intervenção uniprofissional, para manejo de alguma técnica ou procedimento. Por isso a EIP incorpora a preservação das competências específicas de cada profissão (CECCIM, 2018; REEVES, 2016). Nesse sentido, a pandemia não alterou as funções básicas de cada profissional, mas os desafios colocavam a importância de não reforçar o tecnicismo, mas sim prover práticas reflexivas (LUCENA; SENA, 2020).

Outro aspecto crucial e que foi relatado a partir de perdas e dificuldades, era a comunicação. Essa recorrentemente aparece como problema nas equipes, por isso pressupomos que precisa ser treinada, não podemos partir do princípio de que se comunicar é inato, pois o diálogo, a compreensão e interpretação no processo comunicativo tem barreiras que precisam ser trabalhadas. Esse desafio vem na fala:

Eu via meio como é uma consequência da formação de cada um ali, que eles aprenderam a lidar muito com o seu e não acabar se comunicando. Eu acho que existe uma grande falha na formação acadêmica mesmo de cada profissional dali, de não conversar um com o outro, com a profissão do outro
- Lucas, dentista egresso.

Em vista disso, relações e comunicações efetivas, quando ocorrem, tendem a qualificar a construção do cuidado (PEDUZZI *et al*, 2020). Além disso, Lucas traz um aspecto fundamental: o da formação em saúde desde o nível da graduação. Questionamos, portanto, como podemos esperar que residentes e demais profissionais dos serviços trabalhem juntos/as se não aprenderam como fazê-lo? E vamos além: não raro seguem sem aprender, mesmo quando estão inseridos/as em um dispositivo - como a RMS - que deveria ter como intuito fomentar o trabalho interprofissional.

Ademais, a formação é capaz, ou não, de fomentar posicionamento crítico do/a profissional. Franco (2006) destaca que as equipes são compostas por sujeitos singulares, que podem ser/estar mais posicionados para a harmonia e o trabalho coletivo ou mais para o exercício individual de suas técnicas. As equipes, então, têm potencial para produzir novas práticas de cuidado, se desenvolverem a capacidade de se autoanalisar e autogerir.

Assim sendo, estão em jogo as relações entre sujeitos que compõem, gerenciam e desenvolvem esses cenários. Relações que pressupõem objetivos em comum, vínculos, parcerias, mas também contradições, jogos de poder, de interesse e tensões (MELLO *et al.*, 2018).

Nesse contexto das relações, existem duas vertentes quando falamos em equipes, desde o lugar do/a residente, pois ele/a tem uma turma de residência, a qual espera-se que se integre e atue em equipe. E ele/a também passa a fazer parte de outras equipes, as que já são do hospital. Ou seja, quando o/a residente vai para o rodízio, por exemplo, numa UTI, existe uma equipe no setor; se no próximo mês for para uma enfermaria, haverá outra equipe. Para tornar ainda mais complexo, o regime de plantão no hospital faz com que várias equipes circulem no mesmo setor, com trocas diárias. Às vezes o/a único/a que está presente diariamente é o/a residente.

Existe, portanto, um desafio duplo: atuar em equipe com os/as residentes da turma, com os/as profissionais do serviço e todos/as juntos/as. Sobre isso, os relatos são diversos, pois enquanto uns/umas conseguiram se aproximar das equipes do hospital, outros/as enfrentaram tensões:

Então, eu falei que existia um trabalho transdisciplinar, interdisciplinar entre os residentes, entre a equipe do setor eu não sentia tanta essa junção. [...] Entre os residentes e a equipe, aí eles eram bem receptivos, mas não necessariamente sabiam trabalhar interdisciplinar com a gente - Anne, fonoaudióloga R2.

Eles não sabiam lidar com a gente, não sabia quem era a gente, obviamente não precisava conhecer, mas quem era o residente, que é que poderia fazer - Lucas, dentista egresso.

Teve um lado bom de que a gente pode também se aproximar dos funcionários. Que a gente tinha momentos em que a gente não poderia contar com o residente, residente não tava rodando lá, então a gente tinha que ter uma interação com a equipe daquele setor - Camila, psicóloga egressa.

Esses movimentos falam também do não lugar do/a residente nas equipes dos setores, visto que sua passagem transitória pelo setor pode gerar dificuldade de se vincular e serem integrados/as nas relações já existentes.

Ainda em termos relacionais, os/as residentes apontaram o distanciamento entre diferentes programas e turmas no mesmo hospital, considerando isso como prejudicial ao trabalho e à formação. Em todos os hospitais da pesquisa existe mais de um programa de residência, seja multi ou uniprofissional, além das residências médicas. Mas os/as residentes não estão integrados/as, sistematicamente, às outras

turmas, apenas se encontram pontualmente nos setores. Todavia, reconhecem que nesses encontros conseguem atuar minimamente juntos/as, o que facilita o trabalho. A grande exceção é a residência médica, pois com os residentes médicos/as o contato é ainda mais distante. Baquião *et al.* (2019) também trazem a pouca interação com médicos/as e o distanciamento entre as residências médicas e multiprofissionais nos serviços.

6.3.1 Compreensões sobre a interprofissionalidade na RMS

Em dado momento, perguntamos aos/as residentes o que compreendiam por interprofissionalidade, se achavam que a praticaram no serviço e como foi. Alguns/mas trouxeram exemplos de atividades feitas juntos/as, fizeram críticas às dificuldades enfrentadas e deram alguns contornos para o que compreendem sobre o tema, mas na maioria das vezes o fizeram indiretamente.

Nesse momento da discussão, a confusão conceitual entre os termos multi/inter/transdisciplinar chamava nossa atenção. Baquião *et al.* (2019) discutem que frequentemente os termos multi e interprofissionalidade são tidos como sinônimos, sem as devidas considerações sobre suas especificidades. O termo multi, por si só, já pressupõe a presença de diferentes profissões e tal reunião não dá garantia de respostas mais eficazes para as necessidades assistenciais (CECCIM, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2020). Diante disso, Araújo *et al.* (2017) e Torres *et al.* (2019) discutem o potencial das RMS justamente para efetivar as concepções da EIP. Vejamos como isso vem nas falas:

Eu tive essa oportunidade de trabalhar interdisciplinar, transdisciplinar [...] Eu avaliava a deglutição, enquanto a Fisio tava posicionando, ajustando a postura, a TO ajudando a pegar melhor o copo, o garfo. Então lá eu tive essa oportunidade muito rica de trabalhar em equipe - Anne, fonoaudióloga R2.

A minha turma, assim, especificamente, a gente conseguiu trabalhar muito bem em conjunto, a gente tinha, a própria residência tinha encontros de reuniões multidisciplinares para discussão de casos, essas coisas assim. Então essa questão de trabalhar em conjunto e dessa troca, né, foi como Anne falou, ultrapassava da multi profissão, era inter, trans, era basicamente assim - Lucas, dentista egresso.

Sobre os termos multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar; multiprofissional e interprofissional, Peduzzi *et al.* (2020) explicam que ainda não há consenso entre os usos. Segundo as autoras e Ceccim (2018), é possível inferir que

os conceitos multi/inter/transdisciplinar abordam o campo das diferentes disciplinas, ou seja, o âmbito do conhecimento técnico ou científico e os prefixos parecem ser utilizados para indicar o grau de interação entre elas, evoluindo do multi ao transdisciplinar. E multi/interprofissional tem relação com as diferentes práticas no domínio/recorte das profissões, diz respeito a uma habilitação; os prefixos geralmente implicam na presença de diferentes profissões (multi) ou na atividade integrada (inter).

O equívoco conceitual é desfavorável porque esvazia o sentido dos termos e pode provocar uma simplificação da atuação interprofissional ou da construção interdisciplinar à uma mera superposição de profissões ou disciplinas no mesmo contexto. O prefixo “inter”, todavia, evoca o sentido de um ponto comum “no interior de dois” (CECCIM, 2018, p. 1740).

Não obstante, além da questão conceitual, é importante atentarmos para não seguir reproduzindo a ideia de que as profissões se completam, uma “ajudando” a outra. É o que algumas falas dos/as residentes sugerem: que ao se ajudarem e estarem no mesmo espaço, atendendo o/a mesmo/a paciente e trocando ideias estão exercendo trabalho interprofissional. Mas não é necessariamente assim. Essa noção de se completar tende a dar sentido de que há limites bem definidos entre profissões e uma preencherá a lacuna deixada por outra. A troca pode ser meramente o compartilhamento de informações ou pontos de vista (CECCIM, 2018; PEDUZZI *et al*, 2020).

Nesse sentido, Peduzzi *et al.* (2020) indicam que a prática interprofissional anuncia a demanda de existir comunicação efetiva, ações articuladas e colaboração entre profissionais. É por isso que tem sido enunciada a perspectiva das práticas colaborativas, que “pressupõe que os profissionais busquem trabalhar juntos em prol da qualidade da atenção às necessidades dos usuários” (p. 4). Além disso, a prática interprofissional diz sobre dois elementos: o campo dos saberes e práticas compartilhados pelos/as profissionais e as competências específicas do núcleo profissional.

Quando Anne, na fala acima, diz que cada residente exercia sua especificidade e associa isso a uma “oportunidade muito rica de trabalhar em equipe”, sugere que a soma das ações é suficiente, a diferencia é apenas o tempo cronológico, pois estavam sendo feitas simultaneamente. Todavia não traz práticas colaborativas, não avança para novas ações ou compartilhamentos que não o/a do paciente.

A fala de uma das residentes aponta a compreensão de que ainda é preciso avançar para a interprofissionalidade:

Eu acho que quando a gente conseguiu voltar a se reunir, a discutir os casos, enfim, a rodar enquanto equipe, o trabalho ainda era muito multi, né. A partir daquela perspectiva de que cada uma, na sua especialidade, vai atender o mesmo paciente e a gente vai discutir, acho que a gente ainda tá, eu saí com a impressão que a gente ainda não conseguiu chegar na interprofissionalidade, principalmente porque no ambiente hospitalar essa especialidade é muito dada, né? - Maria, psicóloga R2.

Como contraproposta, a EIP traz a possibilidade de ampliar essa compreensão, de forma que Barr e Low (2013) apontam que a maior parte da aprendizagem interprofissional se baseia no trabalho e se desenvolve sem precisar de formalidades, ou seja, ocorre no encontro entre profissionais que trabalham juntos/as. Assim:

A EIP baseada em trabalho é mais constante e mais sistemática quando é construída em desenvolvimento profissional interprofissional contínuo, durante o qual os profissionais aplicam, reforçam, atualizam e aumentam seu conhecimento e habilidades em resposta às demandas de prática, organização, prestação de serviços e progressão de carreira (BARR; LOW, 2013, p. 18).

Diante desses encontros, o conceito de colaboração entra em cena, como produto da EIP, bem como a perspectiva do desenvolvimento de competências colaborativas. Que diz respeito a construir novas práticas, conjunta e integradamente, que sejam desenvolvidas por todos/as que compõem uma equipe de saúde e assistem determinados/as pacientes (REEVES, 2016). A colaboração, portanto, é educativa porque produz aprendizado sobre as profissões envolvidas, fortalece a problematização do cotidiano, coloca em questão os desafios a serem enfrentados (CECCIM, 2018).

Dentre as atividades conjuntas, que foram possíveis, os/as residentes citaram estudo de artigo, seminários, discussões de casos, atendimento ao/à paciente em conjunto, como exemplifica a fala de Anne supracitada. Mas além disso trouxeram momentos não formais e que são potentes para a prática interprofissional, como: encontros para refeições, para bater papo e até viagens juntos/as.

Daí a relevância de não ter como objetivo encontrar um modelo que, se implementado, efetivará o trabalho em equipe de forma colaborativa. Pois nesse caminho correríamos o risco de reduzir as equipes a uma abordagem normativa, com

prescrições generalistas que muito se distanciam da proposta da interprofissionalidade. Assim, cada equipe, de cada serviço, com cada usuário/a terá um funcionamento particular (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Isso nos traz de novo a concepção de Franco (2006) sobre as microrredes, visto que os/as residentes as constroem quando se unem e se integram para construir práticas de saúde, o que muitas vezes é mais eficaz do que aguardar a estrutura e a dinâmica fixas da instituição¹¹. Nesse sentido, uma das formas de abordar o trabalho em equipe, como indicam Peduzzi *et al.* (2020, p. 2) é entendendo-o como uma “rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais”.

Merhy (2002; 2019) potencializa essa discussão ao trazer o trabalho enquanto campo relacional, sendo ele mesmo um espaço de acontecimentos e atos que se desenvolvem simultaneamente. É um espaço de relações entre diferentes sujeitos: os/as profissionais, o/a usuário/a, os/as trabalhadores/as dos serviços, as pessoas na comunidade, gestores/as, entre outros/as. Esse encontro tem também função pedagógica e se traduz no contato intersubjetivo profissional-profissional, profissional-usuário/a, profissional-preceptor/a, entre outros.

São trocas que configuram um espaço “inter” no qual as práticas e os saberes podem ser (re)construídos (CECCIM, 2018). Nesse campo, a colaboração tem papel fundamental, visto que as RMS são baseadas na integração ensino-serviço. Mello *et al.* (2018) explicam que o conceito diz respeito ao trabalho em colaboração, de forma pactuada e integrada, envolvendo as instituições de ensino e os serviços de saúde. A colaboração estimula um ambiente de trabalho mais acolhedor, com comunicação efetiva, no qual os/as profissionais podem se sentir mais seguros/as, ouvidos/as, estimulados e tudo isso contribui para reduzir o sofrimento no trabalho (CECCIM, 2018).

Em contrapartida, a colaboração precisa ser treinada e ensinada, pois esperar que aconteça espontaneamente faz com que se permaneça nesse engessamento hegemônico. Por isso, o uso do termo multiprofissional não garante que os programas tenham apropriação dos sentidos e possibilidades desse arranjo. O “multi” e o “inter”

¹¹ Aqui o termo instituição pode nos servir a dois elementos: os serviços hospitalares, com suas excessivas regras, normas e pactuações; e proponho também pensarmos o programa de residência como uma instituição, pois é composto também de regras, normas, objetivos, metas, negociações e que por vezes são tão enrijecidas quanto às unidades hospitalares.

são frequentes nos PPs das residências, mas nem sempre há embasamento de qual o entendimento dos termos na proposta pedagógica e como eles serão traduzidos nas atividades previstas (DALLEGRAVE, 2008).

Pensamos, portanto, numa cultura de colaboração, na qual as ferramentas são a comunicação efetiva, a horizontalidade das relações. A fala de um residente traz bem a compreensão da necessidade de saber sobre e com o outro:

No contexto geral, tirando o recorte da pandemia à parte, assim trazendo também um pouco para minha realidade de hoje é impensável você trabalhar no hospital sozinho, impossível. Mesmo que sua formação seja uniprofissional você vai ter que dialogar com as outras categorias profissionais, eu acho que é importante a gente se esforçar para entender o que o outro faz, né? O que é delimitado, que é de competência da outra pessoa - Armando, psicólogo egresso

A EIP faz o movimento de chamar para “aprender sobre os outros, com os outros e entre si” (OMS, 2010, p. 13, grifo nosso). Esse conceito traz importantes desdobramentos, pois as preposições que grifamos trazem significados potentes: aprender **com** sugere estar juntos/as, **sobre** supõe escutar e compreender o/a outro/a; **entre si** implica que irá haver troca de experiências. Mas esse processo não encerra em si mesmo, tem como resultado a colaboração. Por isso a importância de a EIP tomar as práticas colaborativas como ponto de partida (OMS, 2010).

Entretanto, temos um grande desafio pela frente, pois este estudo nos mostra que a EIP ainda não está capilarizada pelos serviços e dispositivos de formação. Na realidade dos serviços, especialmente no contexto hospitalar aqui estudado, a perspectiva das práticas colaborativas ainda parece distante, visto que o discurso da importância do trabalho em equipe, muitas vezes representa a soma de intervenções e discussões de casos pontuais. Aliás, até mesmo a discussão do caso ainda parece centrada no que os/as profissionais entendem que é necessário para o/a paciente e na definição do que cada um irá fazer dentro de seu campo de atuação - “O que é delimitado”, como disse Armando, acima.

Portanto, entendemos que os programas podem fomentar o trabalho coletivo ou simplesmente reproduzir a tradicional estrutura fragmentada enquanto se identifica com multiprofissional. Assim, é importante registrar que percebemos expressões faciais e pausas nas falas, que indicavam pouca compreensão em relação ao termo “interprofissionalidade”. Por isso, as confusões entre os termos e o fato de ao responderem usarem as expressões “interdisciplinar”, “transdisciplinar” como

sinônimos de interprofissional, pode indicar que são apenas esses repertórios que eles/as possuem. Inclusive, porque são os que têm circulado nos campos de formação e trabalho em saúde, embora muitas vezes esvaziados de sentido, apenas como reprodução mecânica ou sinônimo de trabalho em equipe.

É necessário incorporar métodos e instrumentos que possibilitem o desenvolvimento de competências, como comunicação, manejo das relações de poder, para que seja possível atuar em colaboração. Isso passa tanto pelos projetos pedagógicos dos programas quanto pelos processos de trabalho e formação nos serviços. Afinal há neles uma diversidade de profissionais que já estão inseridos/as em uma lógica engessada que precisa de rupturas. As RMS, portanto, vivem uma relação dialética com a estrutura do serviço, na qual uma mobiliza e afeta a outra e o resultado disso pode ser contra ou hegemônico.

6.4 FORMAÇÃO EM QUE? ASPECTOS SOBRE APRENDER EM PANDEMIA

Nesse contexto de Covid se perdeu muito da residência, mas a gente entendia que estavam precisando da gente e a gente foi lá e fez o trabalho - Célia, assistente social egressa.

No que diz respeito à formação, Ceccim e Ferla (2008) utilizam a imagem de uma pirâmide de hierarquia dos serviços de saúde para identificar o lugar em que os hospitais são postos na rede assistencial: o topo da pirâmide. Além disso, indicam como a pirâmide é transposta para os modelos de formação de profissionais: o início do curso conta com experiências no território, nos domicílios dos/as usuários/as; avançando com o tempo para o acompanhamento em serviços hospitalares, mas apenas o final do curso permite a experiência nas unidades de alta complexidade. Em contrapartida, os autores propõem a ideia de substituir a pirâmide por uma configuração baseada nas complexidades locais.

Isso se reflete tanto na busca pelo espaço hospitalar como meio de formação e emprego, como nas dificuldades que os/as profissionais encontram ao chegarem a esses serviços. Algumas profissões terão ainda mais desafios a enfrentar, como vimos no caso da psicologia e do serviço social nesta pesquisa. Em paralelo, os arranjos e acordos que organizam as redes de saúde e seus serviços, de algum modo são educativos para os/as profissionais, afinal é nesse contexto que aprendem as pactuações, intencionalidades e os desafios a serem superados (FEUERWERKER, 2014; MERHY *et al.*, 2019)

Nesta categoria, exploramos conteúdos trazidos pelos residentes acerca das atividades pedagógicas desenvolvidas e o processo de aprendizagem. Para isso, assumimos a EIP como importante orientadora da formação, por partimos do pressuposto de que ela junto às práticas colaborativas e construção de competências, pode melhorar muito a assistência e os processos de trabalho em saúde (OMS, 2010). Isso alinhado ao que a EPS pressupõe como aprendizagem pelo trabalho, através da problematização do cotidiano (BRASIL, 2004).

A começar pela carga horária teórica, percebemos que cada programa, em cada hospital, teve sua dinâmica de adaptação, embora existam similitudes. Em alguns programas a adaptação das aulas para o formato remoto foi também estratégia de diminuir a presença no hospital. Então intercalava-se as horas de atividade prática

(presenciais) com as aulas, nas quais os/as residentes participavam de fora do hospital, no intuito de amenizar a exposição ao coronavírus.

As aulas online foram regra geral em todos os programas e hospitais representados nesta pesquisa, o que converge com as orientações dos fóruns e do CNS (2020), que alicerçaram o ensino remoto emergencial. Todavia, a mudança brusca para esse formato trouxe desafios e limitações para o processo de aprendizagem.

Lucena e Sena (2020) destacam os prejuízos para a formação diante da suspensão de atividades teóricas e remanejamento para o formato remoto. Esse aspecto também foi identificado no estudo de Bobato *et al.* (2020) feito com residentes de várias profissões, em diversos programas de um mesmo hospital. Os relatos apontaram perdas em relação às atividades teóricas, visto que a aprendizagem no formato remoto ainda não era considerada totalmente eficaz, inclusive por insuficiência de recursos tecnológicos para que todos/as tivessem bom aproveitamento.

Na fala supracitada, Célia, assistente social egressa, faz uma crítica de que tudo na residência foi modificado, mas depois destacou as perdas no quesito teórico. Pois houve substituição de disciplinas por cursos online, que os/as residentes buscavam por conta própria. Essa modalidade de cursos também foi citada por Maria, psicóloga R2 e vista como forma de “dar conta da carga horária teórica”, o que as residentes avaliaram como prejudicial para a formação.

Em contexto semelhante, Camila, psicóloga egressa, também pontuou que boa parte da carga horária foi transformada em cursos e destacou que era “qualquer um, mesmo que não seja da sua residência, um curso de marketing conta, então era qualquer curso”. E após esses cursos, aquela carga horária prevista (esses relatos são sobre o primeiro ano de pandemia) não foi requalificada ou repostada, mas considerada cumprida.

Os tempos da pandemia também influenciaram o desenvolvimento das atividades pedagógicas, como aponta Maria:

Já no segundo ano a gente tinha muita coisa atrasada em termos de carga horária teórica e é como se tudo isso que não conseguiu ter no R1 a gente teve que ter no R2 por conta da lacuna do início do primeiro ano. Então a minha turma como um todo ficou muito assoberbada - Maria, psicóloga R2.

Assim como nos processos de trabalho, notamos que as maiores paralisações e mudanças nas atividades pedagógicas, foram nos primeiros meses de pandemia - por volta de 3 a 4 meses - e após isso os programas começaram a se reorganizar. Os/As residentes começaram a atuar nos setores Covid e as aulas foram sendo retomadas, seminários, estudos de caso, tudo adaptado ao formato remoto ou com restrição do número de pessoas nos espaços e distanciamento social. Todavia, como aponta Maria, houve sobrecarga com a tentativa de dar conta de tudo. Essa percepção apareceu em outra fala e associada ao cansaço:

Tem uma hora que você não tá construindo mais aprendizagem, você tá só se cansando, você está sendo vencido pelo cansaço, você não vai conseguindo absorver nada mais. Não conseguia me dedicar tão bem, porque eu sentia que não era uma questão de aprender mais, era uma questão de cansaço – Armando, psicólogo egresso.

Nesse sentido, vale resgatarmos que a EPS tem como diretriz a aprendizagem significativa, produção de significados que façam sentido para os sujeitos envolvidos. Ademais, a EPS leva em consideração os saberes que cada sujeito possui e que podem ser fortalecidos e aprimorados mediante o processo de trabalho (BRASIL, 2006). Assim, não é sobre somar conteúdos, manter técnicas pedagógicas engessadas e currículos que determinam um número x de aulas, x trabalhos, x seminários, mas sim sobre agregar conhecimentos ao longo do processo. O caráter da fala de Armando sugere que muitas atividades eram cumpridas por protocolo, não por fazerem sentido.

Um outro aspecto importante citado por Bobato *et al.* (2020) diz respeito ao fato de os/as residentes não terem vivenciado rodízios em setores que estavam previstos no programa devido a suspensão das atividades. Há, por conseguinte, questões relacionadas às frustrações, mudança de planos, de objetivos, de adequação das atividades.

Vale a pena ressaltar que foram privações de vivência de alguns aspectos da residência, a nossa turma de 2020 sofreu alguns impactos importantes, então, por exemplo, nossa turma tem um rodízio de unidade básica de saúde só que nós não rodamos - Sara, fisioterapeuta R2.

Frente a isso, Bobato *et al.* (2020) destacam a necessidade de se investigar e pensar estratégias para minimizar possíveis prejuízos à formação do residente durante o período da pandemia, tanto para aqueles/as que já estavam inseridos/as e os/as que ingressam a partir de março de 2020.

6.4.1 Trabalho e formação, um diálogo possível?

Em termos de atividade essencial, a gente continuou neste início. Em termos de atividades teóricas, algumas atividades foram para o modelo remoto e algumas atividades foram até adiadas - Karla, psicóloga R2.

A carga horária de 60 horas semanais da residência mais uma vez apareceu nas falas e dessa vez parecia se somar a todos os desafios já enfrentados e ser um fator limitante do bom aproveitamento da residência.

Acredito que a carga horária da residência ela não favorece muito o caráter formativo da residência, porque ela, essa carga horária, praticamente eles resumem mais para a prática, né? [...] Inclusive, a gente teve época de pagar as 60 horas semanais e por fora dessas 60 horas ainda fazer aula teórica – Célia, assistente social egressa.

A fala de Célia marca uma problemática importante: a residência tem como intuito a educação pelo trabalho e não a soma trabalho + educação, em parcelas separadas. Essa é uma lacuna ainda a ser superada na educação na saúde, uma recorrente fragmentação dos processos de trabalho e pedagógicos. Quando Célia diz que fizeram 60 horas de atividade prática, entendemos por um lado que há escanteamento das atividades pedagógicas, por outro lado que ainda é frágil pensar a educação através do trabalho. Isso porque compreendemos, pelo contexto, que ela estava nos dizendo que passaram todas essas horas na assistência direta ao/a paciente e suas famílias.

Essa demarcação é bem evidente nos discursos dos/as residentes, carga horária prática quer dizer estar nas atividades do plantão: atendimentos, evoluções, visitas e outros. Carga horária teórica é aula, seminário, discussão de caso e outros. Esses fracionamentos vieram ora de modo sutil, ora explicitamente. Sobre a segunda, sempre que se falava em aula vinha quase como sinônimo de carga horária teórica, não à toa as disciplinas em algumas situações foram substituídas por cursos autoinstrucionais. Porém as diretrizes pedagógicas da RMS pressupõem diversos meios que ultrapassam essa metodologia de ensino/aprendizagem (SILVA *et al.*, 2016).

No contexto das RMS, esses fatores são decisivos para construção de estratégias didático-pedagógicas visando a formação integral. Especialmente considerando a potencialidade de ser um/a profissional em formação, visto que desse lugar é possível mobilizar as práticas já instituídas e reproduzidas nos cenários.

Todavia, resgatando o fato de que alguns/mas residentes substituíram seus/uas preceptores/as nos setores de prática, notamos um esvaziamento do lugar da preceptoria, que é fundamental nas RMS (SILVA *et al.*, 2016). Se o pressuposto é da aprendizagem no trabalho, sob orientação pedagógica, como fazê-lo se nos cenários o/a residente encontra-se sozinho/a? Entendemos que o processo de aprendizagem se dá no encontro entre sujeitos (profissionais, pacientes), mas depende de estarem compondo as mesmas cenas de trabalho. O que na pandemia foi uma lacuna importante diante da carência de profissionais nas escalas de serviço devido aos afastamentos por Covid-19. Cabe, portanto, o fomento a outros arranjos de trabalho, dispositivos remotos de acompanhamento ao/à residente ou o que for possível naquele contexto.

Não obstante, investir na educação de profissionais de saúde não significa que cursos, currículos e títulos, isoladamente, garantirão as mudanças no cuidado em saúde, mas que eles/as serão agentes de transformação através de seu trabalho (FRANCO, 2013). Por isso, o trabalho não está separado da aprendizagem e da formação. A divisão de carga horária por si só já é problemática ao propor que sejam 'n' horas para prática e 'n' horas para teoria. É seguir ao pé da letra o modelo tradicional, conteudista e defasado da educação.

Por isso, também nos chamou a atenção a seguinte fala:

Então a gente já que estava meio que, “sem muito o que fazer” [faz sinal de aspas com as mãos], porque às vezes no começo a gente não era permitido tanto contato com os pacientes, a gente sentou e começou a escrever, a gente fez artigos, a gente fez trabalho, houve muito congresso online que a gente participou - Lucas, dentista egresso.

Esse relato e tudo que ele tem capacidade de representar foi muito significativo. Afinal, os processos de formação só têm espaço no tempo do ócio? Quando a atividade assistencial sai de cena, entra a educação para tapar essa lacuna? Entendemos que Lucas talvez não se deu conta dessa reflexão e seguiu narrando como esse movimento de escrita e publicações foi importante para os/as residentes, até mesmo para o próprio hospital, que ganhou visibilidade. Todavia, vemos uma reprodução da concepção de educação como lazer, privilégio, ócio, não como direito, muito menos atrelada ao processo de trabalho. Percebemos, no diálogo, que não havia fomento à produção científica antes da pandemia, não só no hospital em que

Lucas atuou, outra residente aproveitou a cena para falar de sua insatisfação com a falta de “tempo” e incentivo para produção.

No mais, parece-nos que aprender em pandemia foi muito além do que um PP de programa daria conta, principalmente considerando que novos saberes foram demandados na medida em que se desenvolviam mudanças no contexto sanitário. O que se refletiu na relação dos/as residentes com a especialidade escolhida quando se candidataram ao programa:

Eu acho assim que todos os residentes que vivenciaram esse período de pandemia ele vai sair com duas residências, ele vai sair com a especialidade que ele escolheu, mas com um bônus de infectologia. Acho que todos tiveram essa vivência de infecto e para mim também foi benéfico, uma vivência que só vai trazer benefício, vai ser uma vivência que ficou marcado na nossa vida acadêmica de residência - Danilo, enfermeiro R2.

Sobre isso, Bobato *et al.* (2020) relataram que muitos/as residentes foram realocados para a assistência nos setores Covid e sentiram-se distantes em relação à formação na área de concentração que escolheram como especialidade. Em nossa pesquisa, uma residente chegou a comentar que avalia não ter sido formada na especialidade que propõe o programa, mas isso dizia respeito a problemas no projeto pedagógico, que ficou mais frágil com a pandemia.

Em compensação, quando Danilo coloca o benefício da experiência, parece entender que um novo cenário implica em diferentes conhecimentos, que não são necessariamente ruins. Nesse mesmo caminho, um residente apontou que sua escolha pela residência multi e hospitalar teve relação com não ter tido contato com essa área na graduação, de psicologia, e avalia que concluiu o programa com grande bagagem de aprendizagem, apesar dos desafios. Apontou que, inclusive, logo após concluir a residência, em 2021, passou a trabalhar em um hospital de campanha para Covid-19 e sentiu-se preparado para aquela atuação.

Sem o intuito de tomar experiências particulares como generalistas e vice-versa, em muitos momentos os/as residentes trouxeram seus processos de resignificação da experiência na residência. Todos fazem críticas ao fato de que houve desafios, lacunas, prejuízos tanto ao processo de aprendizagem como às atividades práticas, em comparação com o que era previsto no PP do programa. No entanto, também conseguem avaliar o que houve de potente, de inovador diante do contexto e sugeriram sair da residência, por um lado frustrados pelo que faltou, mas

por outro lado com conhecimentos inesperados e até mais atentos/as a si mesmos nesse processo.

À guisa de concluir, a residente Maria, psicóloga, R2 fez uma colocação muito assertiva e implicada, então não poderíamos deixar de registrá-la:

Acho que o falta ao programa de residência talvez, não especificamente ao que eu participei, mas de uma forma mais geral é trazer o caráter formativo da residência. E aí quando eu falo formativo, não é no sentido de colocar mais disciplina, mas assim, de que maneira a gente pode fomentar mais discussões e trazer essa questão da interprofissionalidade partindo da realidade que a gente tá vivenciando. Que a gente sabe que a residência, ela pressupõe essa aprendizagem no trabalho, a gente parte do cotidiano do serviço para trazer pro aspecto formativo, mas na prática a gente, não é trabalhado esse aspecto formativo, na prática é literalmente só a prática, é só atendimento, é só a assistência.

Essa reflexão representa bem o panorama que abordamos nesta dissertação. Aponta desafios da base formativa dos programas de residência, o que coaduna com a percepção de que as atividades dos/as residentes tendem a ser centradas nas práticas assistenciais. Essas, por sua vez, muito mais voltadas ao tecnicismo e reprodução de métodos antigos de gestão do cuidado (FRANCO, 2006), mesmo em um cenário totalmente novo como o da pandemia. Especialmente nos hospitais, que são excessivamente normalizados.

A formação e o trabalho em saúde, em contrapartida, têm potencial para estimular agentes sociais que modifiquem a realidade, produzindo linhas de fuga e atos de saúde produtivos. Por isso, quando Maria e outros/as residentes trazem a importância de resgatar a formação, trazer a interprofissionalidade para o processo de trabalho e aprendizagem, já estão construindo criticidade ao cenário no qual se inseriram. Isso nos convida a seguir fomentando melhorias nas residências em saúde, produzindo conhecimento e caminhos para mudanças.

Os/As residentes são instrumentos transformadores da realidade. Quando tecem críticas ao que viveram na pandemia, estão praticando a problematização prevista na EPS, o problema é que esse movimento precisa ser ampliado e gerar desdobramentos nos PPs dos programas e nos espaços deliberativos das residências. Senão, corremos o risco de que as aflições e também as proposições que residentes têm fiquem isoladas em seus grupos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação foi escrita em momentos, espaços e condições diferentes. Pelos cômodos dos apartamentos em que morei ao longo desses dois anos, nas bibliotecas da UFPE, na casa dos meus pais, no hospital onde trabalho. Em momentos de angústia, de pressão pelos prazos, de ansiedade, de êxtase por ter tido uma ideia nova, de calma, de confiança no processo. Foi feita a muitas mãos e mentes e pelas vozes dos/as residentes que participaram. Não foi fácil, mas éramos muitos/as.

Escrever em tempos de pandemia, de desfinanciamento das políticas sociais, descrédito da ciência, aumento do custo de vida foi, no mínimo, um desafio emocional. E aqui estou, a muitos cafés, chás, atividade física, militância, psicoterapia e cervejas, sobrevivendo. Essas oscilações também compõem o percurso desse estudo, pois houve reajustes, mudanças no método, adaptação do trabalho de campo ao momento da pandemia e ao uso de tecnologias. Tudo se reflete no texto, nas contradições, no que falta aprofundar, no que já avançou e deixa marcas.

A pandemia desnudou problemas que há muito vêm sendo discutidos, tanto no campo do trabalho como da educação na saúde. Problemas que não foram/são pensados como urgentes e prioritários pelos governos que assumem o país nas últimas décadas e especialmente, nos últimos anos. O que diz também de um sistema socioeconômico que precisa da precarização do trabalho, da saúde e da educação para se sustentar, o neoliberalismo.

Vale destacar algo sobre o campo desse estudo, pois pesquisar em/com hospitais levanta uma série de contradições sobre desenvolver uma residência - com objetivo de transformar práticas e formar profissionais comprometidos/as com a integralidade - em espaços tão resistente às inovações. Essa vivência eu também tive quando fui residente de uma RMS hospitalar e sigo tendo agora que sou profissional de um hospital e recentemente passei a ser preceptora de residentes. Por isso, levantamos a pauta da necessidade de refletir acerca dos processos de trabalho e construção de práticas de cuidado nos hospitais, junto a necessidade de reorganização e reorientação da formação.

Sobre o método utilizado, os grupos focais, foi interessante notar como as expressões faciais, gestos de cabeça, risos e lamentações compuseram os conteúdos trazidos, tanto de quem fala, como de quem escuta. Pois ali as pessoas estavam se relacionando, comparando o que viveram, falando de si e dos/as outros/as

espontaneamente. Muitas vezes a fala de um/a gerava uma série de movimentações corporais nos/as outros/as, gestos, sorrisos e até desejo de falar sobre aquilo, comentar a vivência de outra pessoa. Houve momentos em que fizeram perguntas uns/umas para os/as outros/as sobre como foi a experiência em determinado aspecto. Lembraram de atividades feitas juntos/as, se conheceram, nos conhecemos.

Há alguns anos seria pouco provável fazer grupo focal online, mas agora podemos ver o quanto essa metodologia pode ser potente e servir para avançarmos na incorporação das tecnologias nas pesquisas. Embora tenhamos enfrentado desafios, como o das conexões caindo, das perdas em relação à linguagem comportamental, do contato pessoal e tudo que a experiência presencial permite. Fica-nos a boa experiência e espero que possa ser exemplo para outros/as pesquisadores/as que estão na dúvida sobre se e como realizar grupos online.

Os resultados apontam uma rica diversidade de questões e permitem tomar algumas conclusões diante das análises. No processo de trabalho, os/as residentes foram, por vezes, destituídos/as do lugar de aprendizagem em serviço para assumirem a assistência aos/às pacientes. A pandemia deu visibilidade à fragilidade do monitoramento e acompanhamento das residências a nível nacional, bem como à necessidade de construção de uma política de residências que alinhe os processos prático-pedagógicos desde uma base comum, garantindo adequação aos princípios do SUS e às necessidades locais, bem como segurança para as flexibilizações nas intempéries. Ademais, exacerbou as dificuldades de os programas e serviços assumirem o processo de trabalho como vivo, em movimento e sobretudo, relacional, o que demanda relações horizontais e inovações criativas.

Em relação às condições de trabalho, o contexto da pandemia foi associado a trabalhar em um cenário de guerra. A metáfora se desdobra expondo a vulnerabilidade dos/as residentes à riscos biológicos e emocionais, em função da insuficiência de Equipamentos de Proteção Individual, escassez de insumos e relações intersubjetivas adoecedoras. Isso nos mostra como a precarização dos serviços de saúde é um projeto político e econômico de desumanização dos/as profissionais e manutenção de condições de trabalho precárias.

Quando exploramos o trabalho em equipe, a pandemia exacerbou a lacuna histórica da fragmentação da atuação profissional pela hiperespecialização. Observamos que os/as residentes conseguem desenvolver práticas colaborativas em determinados espaços e de acordo com suas negociações, mas a incorporação da

interprofissionalidade como método para o trabalho ainda é distante, especialmente dos hospitais, que parecem reforçar e cobrar a lógica da atuação individual.

Na dimensão da formação, por sua vez, observamos que o princípio da formação pelo trabalho ainda não se materializa nas residências, pois a fragmentação entre formação e trabalho, entendida como soma e não como interseção, é reatualizada. O aspecto formativo fica escanteado enquanto as práticas assistenciais são priorizadas, com frágil suporte pedagógico. Portanto, não se soube fazer com que o trabalho fosse a base da formação.

Diante disso, acredito que essa pesquisa poderá fomentar diálogos e reconhecimento de estratégias a serem implementadas nos cenários de prática, considerando que os/as residentes foram tocados de alguma forma e que os/as leitores/as também o serão. Muitas das lacunas e dificuldades aqui expostas já são visualizadas nos programas de residência e vem sendo pauta de discussão nos espaços políticos e deliberativos. Todavia, tomaram outra proporção diante da pandemia, quando os problemas se intensificam e novos surgem.

É importante também reconhecer os limites dessa pesquisa, pois evidentemente não daríamos conta de esgotar o tema, tampouco era nossa intenção. Mas esperamos ter levantado achados de interesse, elementos que rascunham a realidade vivida pelos/as residentes em hospitais. Além de que ela foi desenvolvida simultaneamente aos acontecimentos da pandemia, ou seja, com ainda pouco tempo para olhar o cenário de forma ampla e elaborar os fenômenos, inclusive subjetivamente. Isso suscita a necessidade de realizar novas pesquisas na área para suprir lacunas, questões em aberto, aprofundar alguns pontos e entender como os processos vão se conformando ao longo dos anos.

Tudo isso dá visibilidade à necessidade de fortalecer as políticas de educação permanente. É também um convite às gestões da saúde, profissionais que atuam como preceptores/as, tutores/as, coordenadores/as de programas e residentes a seguir na luta pelo fortalecimento da política de residências em todos os níveis de gestão. Sem perder de vista o caráter formativo através do trabalho.

Não obstante, as residências se colocam como movimento em defesa do SUS e da vida. E a pandemia escancarou o quanto o SUS é relevante e necessário à sustentabilidade do cuidado. Por isso, a reorientação do modelo tecnoassistencial precisa sair do campo do discurso e ser transformada em inovações e práticas adequadas e emancipadoras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. R. S. *et al.* Impacto psicossocial causado pela pandemia da COVID-19 nos profissionais de saúde. *Rev baiana enferm.* v. 35, s/n., p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/37900>. Acesso em: 02 abr. 2021.

ANDRADE, C. B.; BITENCOURT, S. M. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1013-1022, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cmKVBgHrZpRCgVFjwgtmqJG/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

ARAUJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVPk3kLy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde. In: MINAYO, C. G.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, p. 453-478.

AYRES, J. R. C. M. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 905-912, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QdkYfCJyLsG89mtH7j6qwjc/?lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2022.

BACKES M. T. S. *et al.* Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. *Rev Gaúcha Enferm*, v. 42, n. esp., p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/rgenf/article/view/112472>. Acesso em: 02 abr. 2021.

BAQUIÃO, A. P. S. S. *et al.* Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. *Saúde e pesquisa*, v. 12, n. 1, p. 187-196, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6919>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARR, H.; LOW, H. *Introdução à Educação Interprofissional*. Brasília-DF: CAIPE, 2013. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf. Acesso em: 02 nov. 2022.

BATISTA, N. A.; CASANOVA, I. A.; MORENO, L. R. A. Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde.

Interface - comunicação, saúde e educação, v. 22, supl. 1, p. 1325-1337, 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/cPBjVyTv9xfrP7NndsRG8pB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BOBATO, G. R. *et al.* Impacto da pandemia da covid-19 na formação de residentes em saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 11, p. 90068-90083, 2020.

Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/20158>. Acesso em: 08 mai. 2021.

BRASIL. *Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977*. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília-DF, 1977.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*. Brasília-DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 287 de 1998*. Brasília-DF, 1998.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 2004.

_____. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial MEC/MS nº 506 de 2008*. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília-DF, 2008.

_____. *A democratização e expansão da educação superior no país 2003 – 2014*. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 580, de 27 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde", para o

enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Projeto de Reestruturação das Residências em Saúde - ReForça Brasil*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2020b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 568, de 26 de março de 2020. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto para atendimento exclusivo dos pacientes COVID-19. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 2020c.

_____. Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 7 de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 2021.

_____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://registra-rh.saude.gov.br/images/arquivos/Cartilha_PNFRS.pdf. Acesso em 16 de jul. 2022.

CAMPOS, F. C. C.; CANABRAVA, C. M. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. *Saúde em debate*, v. 44, n. esp. 4, p. 146-160, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bxcgdZJbz3D4tKDztZdXF7b/?lang=pt>. Acesso em: 22 mar. 2021.

CAMPONOGARA, S. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 1, p. 3-9, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/SR4N3H7CqdTmtk9tRcshdxh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2021.

CARDOSO, G. L.; COSTA, L. V. S. Residência Multiprofissional em Oncologia e Serviço Social: Tendências e Desafios em Tempos de Pandemia da Covid-19. *Revista brasileira de cancerologia*, v. 66, n. (Tema Atual), p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1131>. Acesso em: 08 mai. 2021.

CASAROTTO, R. A.; ROCHA, J. S.; SCHMITT, A. C. B. Saúde e trabalho de residentes multiprofissionais. *Rev. Cienc. Salud*, v. 16, n. 3, p. 447-462, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732018000300447. Acesso em: 18 abr. 2021.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, educação e saúde*, v. 6, n. 3, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VdPNdYy66RSD7QwqWVHYsxj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2021.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde. *In: CECCIM, R. B. et*

al. (Orgs). *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 227-236.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2021.

CECÍLIO, L. C. O.; FEUERWERKER, L. C. M. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GTVTDR4xB4nMJsmYJYRfYR/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Parecer técnico nº 106 de março de 2020*. Dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos Residentes em Saúde, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Doença por Coronavírus – COVID19. Brasília-DF, 2020.

DALBELLO-ARAUJO, M.; SILVA, C. A. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde debate*, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/?lang=pt>. Acesso em: 18 abr. 2021.

DALLEGRAVE, D. *No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface (Botucatu)*, v. 25, supl. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2022.

DE PAULA, A. C. R. *et al.* Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita de Covid-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, n. esp., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/8q8W4TsXcxWFrZnGkY65hnlj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975/2011.

FELIPE, D. A.; SANTOS, J. S. Tecendo os caminhos da implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco. *In: PERNAMBUCO. Experiências em Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede*. Recife: Secretaria de Saúde, 2019, p. 16-33.

FERNANDES, M. N. S. *et al.* Satisfação e insatisfação de residentes

multiprofissionais em saúde na perspectiva da formação. *Rev. baiana de Enfermagem*, v. 31, n. 3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/18344>. Acesso em: 18 abr. 2021.

FERNANDES, R. C. P. *et al.* Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cadernos de saúde pública*, v. 36, n. 12, p.1-14, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/W7bdfWDGNnt6jHCcCChF6Tg/>. Acesso em: 17 out. 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FIOCRUZ. *Boletim Observatório Covid-19: boletim extraordinário 16 de março de 2021*. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46405>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FÓRUM DE DIRIGENTES DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Informações sobre a implementação dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. *In: Fórum de dirigentes dos hospitais universitários federais*, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1051-faq-residencia-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 02 nov. 2022.

FÓRUM NACIONAL DE COORDENADORES DE RESIDÊNCIAS. FÓRUM NACIONAL DE TUTORES E PRECEPTORES. Documento orientador Pandemia do Covid-19. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/saude/covid-19/forum-nacional-de-coordenadores-de-residencias-em-saude.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2022.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. *O Nascimento da Clínica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANCO, T. B. As redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. "Gestão em Redes"*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 1-10.

FRANCO, T. B.; MERHY E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>. Acesso em: 18 mai. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

GOMES, M. F.; MENDONÇA, I. Grupo Focal como Técnica de Investigação Qualitativa na Pesquisa em Educação. *Investigação qualitativa em educação*, v. 1, s/n., p. 429-438, 2016. Disponível em:

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/628>. Acesso em: 20 fev. 2022.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. *FIOCRUZ*, Rio de Janeiro, 23 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 18 mai. 2021.

LUCENA, J. F.; SENA, J. G. B. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e a pandemia COVID-19: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 9, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4964>. Acesso em: 02 abr. 2021.

MACEDO, L. *et al.* Formação de profissionais para o SUS: contexto em Pernambuco. In: PERNAMBUCO. *Experiências em Educação Permanente em Saúde no Estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede*. Recife: Secretaria de Saúde, 2019. p. 35-54.

MBEMBE, A. Necropolítica. *Revista Artes e Ensaios*, s/v., n. 32, p. 123-151, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 20 out. 2022.

MELLO, A. L. *et al.* Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 8, s/n., s/p., 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2567>. Acesso em: 02 abr. 2021.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. In: AYRES, J.R.; SANTOS, L. *Saúde Sociedade & História* – Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. Porto Alegre: Hucitec, 1979/ 2017.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, J.R.; SANTOS, L. *Saúde Sociedade & História* – Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. Porto Alegre: Hucitec, 1992/ 2017.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em debate*, v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

MIGUEIS, G. S. *et al.* Condições de trabalho autorreferida por profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 6, p., 2021. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo3286032-condi%C3%A7%C3%B5es-de-trabalho-autorreferida-por-profissionais-de-sa%C3%BAde-durante-a-pandemia-da-covid-19-revis%C3%A3o-integrativa. Acesso em: 10 ago. 2022.

MINAYO, M. C. S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n.1, supl. 1, p. 83-91, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/36mvLQPqTjRTp8kLXbs3b5Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2022.

_____. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Estudo*, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 20 fev. 2022.

_____. (Org.). *Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade*. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2020.

MIRANDA, F. B. G. *et al.* Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. esp., p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zDJ3GbRydMdVkhCR7P4xpxL/>. Acesso em: 18 mai 2021.

MUÑOZ, N. M. *et al.* Escrita, memória e cuidado – testemunhos de trabalhadores de saúde na pandemia. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, v. 23, n. 3, p. 620-645, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/s7mWtPxQJzY6q7K66jWZDpt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2021.

OLIVEIRA, R. A.; WHITAKER, I. Y.; ZANEI, S. S. V. Qualidade de vida dos profissionais de saúde dos programas de residências multidisciplinares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 9, e. 35, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30013>. Acesso em: 02 abr. 2021.

OLIVEIRA, W. L; PASSOS, P. M; SILVA, R. S. Residência multiprofissional e formação para o Sistema Único de Saúde: promoção e autonomia do sujeito. *Rev. SBPH*, v. 23, n. 2, p. 3-14, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200002. Acesso em: 02 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Gabinete da Rede de Profissões de Saúde - Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: [file:///C:/Users/kelly/Downloads/Marco%20para%20A%C3%A7%C3%A3o%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Interprofissional%20e%20Pr%C3%A1tica%20Colab%20rativa%20-%20OMS%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/kelly/Downloads/Marco%20para%20A%C3%A7%C3%A3o%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Interprofissional%20e%20Pr%C3%A1tica%20Colab%20rativa%20-%20OMS%20(2).pdf). Acesso em 10 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. OMS, 11 de mar. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em 18 mai 2021.

PADILLA, M.; PINTO, I. C. M.; NUNES, T. C. M. Trabalho e educação em saúde: desafios para a garantia do direito à saúde e acesso universal às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília-DF: OPAS, 2018. p. 138-158.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*, v. 1, p. 1-9, 2016. Acesso em: 04 abr. 2021.

_____. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, educação e saúde*, v. 18, supl. 1, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2021.

RAMOS, C. I. *et al.* *Gestão do trabalho em saúde*. 1ª ed. Santa Maria: UFSM, CTE, UAB, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/25542>. Acesso em: 10 out. 2022.

REBOUÇAS, E. R. N. *et al.* Residência multiprofissional: contribuições durante a pandemia. *Cadernos ESP Ceará*, v. 14, n. 1, p. 118-123, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/365>. Acesso em: 04 abr. 2021.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface - comunicação, saúde, educação*, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

SANCHES, V. S. *et al.* Burnout e qualidade de vida em uma residência multiprofissional: um estudo longitudinal de dois anos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 3, p. 430-436, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/TqSVtVgPhhh8vsNpYMYCf4J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SAIDEL, M. G. B. *et al.* Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente à pandemia de Coronavírus. *Rev enferm UERJ*, v. 28, s/n., p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/49923>. Acesso em: 02 abr. 2021.

SANTANA, N. *et al.* Segurança dos profissionais de saúde no enfrentamento do novo coronavírus no Brasil. *Escola Anna Nery*, v. 24, n. esp., p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qzdy4jvzyRck6FfxMBGL4mh/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

SANTOS, L. R. M. S. *Sentidos subjetivos sobre a humanização por profissionais de*

saúde em um hospital público. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

SANTOS, L. C. *As aproximações da educação e prática interprofissional colaborativa em Residências Multiprofissionais em Saúde*. 2022. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2022.

SARMENTO, L. F. *et al.* A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde debate*, v. 41, n. 113, p. 415-424, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Dmb4cQyDZRFtNYwQLW4BRMs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2021.

SILVA, C. T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Contexto Enfermagem*, v. 25, n. 1, p. 3-9, 2016. Acesso em: 04 abr. 2021.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Katál*, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8tww34qhg9LSW6n84d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Trabalho de enfermagem na pandemia da covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 42, n. esp., p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/MHPHGNFPtgYJgQzwyFQnZZr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 mai. 2021.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 04 abr. 2021.

THEODOSIO, B.A.L. Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na Pandemia da COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 33998-34016, 2021. Disponível em: View of Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na Pandemia da COVID-19/ Barriers and facilitating factors of multiprofessional health work in the COVID-19 Pandemic (brazilianjournals.com.br). Acesso em: 14 nov. 2022.

TORRES, R.B.S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)*, s/v., n. 23, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jF6rRNzt57ZtmNy5G3TtdNg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2021.

VIACAVA, *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n.6, p.1751-1762, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/abstract/?lang=pt>.
Acesso em: 18 mai. 2021.

APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Início: rodada de apresentação de todos/as, com informações sobre nome, profissão, programa de residência e hospital de atuação, ano de ingresso.

Questões disparadoras:

1. Quais atividades (pedagógicas, assistenciais) vocês desenvolveram/tem desenvolvido durante a pandemia?
2. Vocês perceberam adaptações nos processos de trabalho durante a pandemia? Houve participação dos/as residentes nas mudanças propostas?
3. Com os diferentes momentos da pandemia, ao longo dos dois últimos anos, como as atividades de vocês foram sendo adaptadas?
4. O que vocês entendem sobre trabalho em equipe e como o percebem no seu programa de residência? Comente sobre os desafios e as possibilidades que têm visualizado e vivido nas turmas e nas equipes de saúde dos hospitais.
5. O que vocês compreendem por interprofissionalidade? Vocês acham que a praticaram no serviço? Se sim, como foi? Se não, como acham que poderia ter sido? (Prática colaborativa)
6. Como vocês avaliam as condições (estruturais, de saúde, relações) de trabalho dos residentes no contexto da pandemia?
7. Como vocês percebem os desdobramentos da pandemia de Covid-19 no processo de formação? Quais foram os principais desafios e as potencialidades identificadas?
8. Como vocês entendem o papel/lugar das residências multiprofissionais no enfrentamento da pandemia de Covid-19?