

Residência multiprofissional e formação para o Sistema Único de Saúde: promoção e autonomia do sujeito

Multidisciplinary residence program and professional qualification for Brazilian Health Public System: promotion and patient's autonomy

Patricia Mascarenhas Passos ¹

Walter Lisboa Oliveira ²

Rosana dos Santos Silva ³

Resumo

Os Programas de Residência Multiprofissional se constituem como uma modalidade de ensino em serviço, devendo ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Esse trabalho teve como objetivo identificar o que residentes multiprofissionais entendem por autonomia do usuário, o que apontam como expressões desta, analisando os aspectos que viabilizaram ou dificultaram sua ampliação durante o processo formativo da residência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, realizada com quatorze profissionais de saúde do segundo ano de um Programa de Residência Multiprofissional. Os dados foram colhidos através de entrevista semiestruturada e submetidos a análise de conteúdo. Observou-se um conceito de autonomia atrelado ao poder de decisão do usuário, sem considerar a relação profissional e agentes sociais envolvidos. Porém, no tocante às práticas cotidianas, notou-se uma participação ativa dos residentes, bem como implicação para garantir o protagonismo e autonomia dos pacientes. As discussões em equipe favoreceram uma maior compreensão deste processo bem como proporcionaram sua ampliação através da intervenção conjunta. Foi sinalizada a necessidade de mais espaços de discussão teórica sobre o conceito. A Residência apresentou-se enquanto dispositivo de atuação interdisciplinar e potente estratégia para promoção de autonomia dos usuários no hospital.

Palavras-chave: autonomia; formação em saúde; residência multiprofissional.

Abstract

Multiprofessional Residency Programs are used as a form of in-service education and must be guided by Brazilian Health Public System principles and guidelines, based on local and regional needs and realities. This work aimed to identify what multiprofessional residents

¹ Universidade Federal de Sergipe – Aracaju/SE – passos.psi@gmail.com

² Universidade Federal de Sergipe – Aracaju/SE – walterlisboa@rocketmail.com

³ Universidade Federal da Bahia – Salvador/BA – rosanassilva@hotmail.com

apprehend about user's autonomy and which contextual elements they identify as an expression of autonomy, analyzing the aspects that enabled or hindered its enhancement during the residency training process. This is a qualitative, exploratory study conducted with fourteen health professionals in the second year of the Multiprofessional Residency Program. Data were collected through semi-structured interviews and subjected to content analysis. Their concept of autonomy was linked to the user's decision-making power, without considering a professional relationship and social agents involved. However, about daily practices, it was observed an active participation of the residents, as well as efforts to guarantee the protagonism and the capacity of the patients. Team discussions favor greater understanding of this process, as well as providing its expansion through joint intervention. The need for more spaces for theoretical discussion on the concept was signaled. The Residence was highlighted as a device for interdisciplinary action and as a powerful strategy for promoting users' autonomy in the hospital.

Keywords: autonomy; health qualification; multidisciplinary residency.

Introdução

O hospital teve sua história permeada por transformações. Inicialmente, era um local destinado ao recolhimento dos pobres enfermos e dos perigos do contágio de doenças, cujos cuidados até o século XVIII eram prestados por religiosos, em caráter caritativo. A origem do hospital médico acontece a partir do deslocamento da intervenção médica para o espaço hospitalar, visando assegurar a disciplinarização dos corpos e o controle das condições de saúde e produtividade necessárias. O hospital passa então a ser campo de formação médica e o indivíduo seu objeto de estudo e de intervenção (Foucault, 1998).

Nesse contexto, o sujeito é reduzido a um corpo biológico e o modelo de saúde passa a ser o biomédico, o que predominou durante muito tempo. Os espaços de saúde tornaram-se cada vez mais tecnológicos e menos humanizados, com baixo impacto nos padrões sanitários da população. Começam então a eclodir diversos movimentos em defesa de uma saúde integral e humanizada (Camargo-Borges, Mishima e Mcnamee, 2008), que passa a ser compreendida enquanto plurideterminada, condicionada diretamente à participação ativa do sujeito, considerando seus aspectos individuais, coletivos e históricos (Mori & Rey, 2012).

No contexto hospitalar, essas mudanças no modelo assistencial têm seu marco legislativo com o surgimento do Programa Nacional de Humanização (PNH), em 2003. Tal política visa promover uma assistência hospitalar mais integral, com a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão de saúde, tendo como uma de suas propostas, a produção de autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados no processo saúde-doença (Brasil, 2010).

Nesse processo de reorganização do cuidado em saúde, o conceito de autonomia se mostra imprescindível na implementação das mudanças nas práticas de assistência. O termo vem do grego autos (próprio) e nomos (norma, regra, lei), que traz o sentido de autogoverno, de livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações (Fleury-Teixeira, Vaz, Campos, Álvares, Aguiar e Oliveira, 2008). Foi introduzido por Emmanuel Kant para caracterizar o indivíduo racional como possuidor de independência para determinar seus desejos e objetos de desejo, com liberdade de vontade. A introdução do conceito na saúde se deu através da ética biomédica, relacionado à capacidade de escolha diante de intervenções em saúde. Foi ampliado e alocado para o campo das políticas públicas, devendo os sistemas de saúde contribuir para a ampliação da autonomia das pessoas, entendida como coconstruída entre os sujeitos da saúde – trabalhadores e usuários (Camargo-Borges et. al, 2008; Campos & Campos, 2006).

A autonomia apresenta-se, então, não como um conceito estático e nem de valor absoluto, mas sim como um conjunto de processos dinâmicos, sempre relacionados a um padrão próprio do sujeito ou a padrões sociais e históricos estabelecidos. É pensada como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências, sendo suas expressões traduzidas em uma maior compreensão e ação sobre si mesmo e sobre o contexto no qual está inserido. Ela seria, então, coconstruída com a participação e responsabilização dos trabalhadores de saúde nos processos de ampliação de reflexão e ação autônoma desses usuários (Campos & Campos, 2006).

Apesar das transformações nas políticas de saúde, na busca pela efetivação da autonomia do sujeito, ainda é difícil a mudança nas práticas concretas. O hospital apresenta-se enquanto contexto permeado por relações de poder historicamente constituídas, em que a equipe de saúde mantém uma postura paternalista. Na literatura sobre autonomia do usuário na atenção terciária, foi constatada uma dificuldade de compreensão ampliada desse conceito por parte dos profissionais (Silva, Sá e Miranda, 2013). Para alcançar tal mudança, mostra-se imprescindível a articulação com os processos formativos em saúde, onde os programas de residência aparecem enquanto um de seus dispositivos.

Os programas de residência multiprofissional constituem-se como uma modalidade de ensino em serviço, devendo ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais (Brasil, 2005). Dessa forma, tendo como pressupostos pedagógicos a compreensão de uma integração entre o ensino, o trabalho e a cidadania, podem se apresentar como mecanismo de mudança na formação e no modelo assistencial proposto pelo SUS, produzindo práticas reflexivas.

Diante da incipiência de estudos que abordem autonomia e formação em saúde no SUS no contexto hospitalar e compreendendo a experiência da Residência Multiprofissional como dispositivo para a formação em saúde, este trabalho tem como objetivo identificar como os residentes multiprofissionais do segundo ano de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde percebem a influência da autonomia do usuário no processo de cuidado. Para tanto, buscou-se identificar a concepção de autonomia dos usuários para os residentes, assim como investigar o que estes referem como suas expressões e destacar aspectos do processo formativo que viabilizaram ou limitaram o grau de autonomia dos usuários no contexto hospitalar.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, visando a compreensão ampla do fenômeno a ser estudado a partir da perspectiva dos participantes. O estudo foi realizado com residentes do segundo ano de um hospital-escola de média e alta complexidade do SUS, frequentado por estudantes de graduação e pós-graduação dos cursos de saúde, funcionando como local de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde.

A escolha por residentes do segundo ano se deu por entender que, após um ano de experiência, os profissionais teriam maior contato com o conceito de autonomia bem como suas expressões em suas práticas de cuidado. Dos 24 residentes do segundo ano, oito foram excluídos do estudo por serem da equipe de uma das autoras e evitar viés nas respostas, um residente estava de férias e outra abandonou a residência. Foram entrevistados, portanto, quatorze residentes em atuação durante o período de 17 de outubro a 30 de novembro de 2018. Participaram da pesquisa dez mulheres e quatro homens, com idade entre 23 e 32 anos, com média de 26,35 anos. O tempo de formação foi entre 20 e 78 meses com média de 30,35 meses. Uma participante era pós-graduada, outra mestre e os demais, 85,71%, apenas com a graduação completa. A formação profissional da amostra abarcou sete cursos: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia e serviço social, sendo dois residentes de cada curso.

Após apresentação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, composta por dados de identificação sociodemográfica do participante e cinco perguntas norteadoras relativas aos objetivos da pesquisa. Todo o estudo foi conduzido, após autorização institucional e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (protocolo 97503618.0.0000.5546), seguindo os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012). Os dados foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 1979), na modalidade de Análise temática, sendo categorizados a partir das principais ideias identificadas e seus significados gerais.

Resultados e discussão

Autonomia: Tecendo o Conceito

O conceito de autonomia foi introduzido na saúde através da ética biomédica, relacionado à capacidade de escolha diante de intervenções em saúde. Foi sendo ampliado e alocado para o campo das políticas públicas, entendido como coconstruída entre os sujeitos da saúde – trabalhadores e usuários (Camargo-Borges et. al, 2008; Campos & Campos, 2006).

A análise dos resultados partiu da busca pela compreensão das concepções de autonomia por parte dos residentes. O conceito foi relacionado por 11 entrevistados ao processo de decisão quanto ao tratamento e abordagens ofertadas. Essa escolha apareceu frequentemente atrelada, nas falas dos profissionais, às informações recebidas quanto ao diagnóstico, tratamento e assistência realizada, bem como ao empoderamento dessas informações para posterior tomada de decisão:

É ele ter a possibilidade de escolher o tratamento, de opinar sobre aquele tratamento feito com ele, de discutir as condutas, se negar ou se opor a elas (E2).

[...] é empoderar de informação mesmo, de deixar ele munido de informação de que ele não está submisso a ninguém. O corpo é dele, e sem o corpo dele não há estudo, não há procedimentos, não há conhecimento dos próprios estudantes já que a gente está em um hospital universitário (E9).

A capacidade de compreensão das informações sobre o tratamento é imprescindível para o exercício da autonomia (Beauchamp & Childress, 2002), entretanto concebê-la exclusivamente desse modo desconsidera o saber que o usuário traz consigo sobre seu corpo e funcionamento, a relação existente entre ele e o trabalhador da saúde e os fatores socioculturais que atravessam esse encontro. Ainda no tocante a essa dimensão da autonomia, ocorreram relatos referindo-se ao empoderamento, relacionando-o apenas ao ato de transmissão de informações e práticas educativas unilaterais, dissociadas das questões subjetivas e do contexto social ao qual o indivíduo está inserido. Essa compreensão além de inadequada, ofusca o caráter relacional intrínseco à promoção de autonomia.

Observou-se também a consideração do usuário enquanto protagonista do seu processo de cuidado, salientando a relevância de sua participação no tratamento, como foi evidenciado nas falas:

Entendo por autonomia do usuário a questão do usuário ser participativo nas decisões, (...) ter acesso ao prontuário dele, ele escolher se ele quer seguir com o tratamento ou não, né? (E8).

Ele ser o protagonista do seu tratamento, da sua vivência em saúde, das suas experiências, ele tomar uma posição mais de protagonista mesmo, sendo mais ativo (E14).

Alguns profissionais também fizeram uma aproximação ao conceito de autocuidado (E1; E5) e à compreensão dos direitos e deveres dentro do contexto hospitalar (E6; E9), bem como seu entendimento sobre a rede de saúde e modos de acessá-la após a alta hospitalar (E1).

Foi possível observar um caráter individual dado ao conceito de autonomia, atribuindo-o à postura de cada usuário em seu processo de cuidado, desconsiderando as relações vinculares e de dependência nas quais os mesmos estão envolvidos, bem como a dinâmica de poder presente na instituição hospitalar que repercute no processo de produção de saúde. Esse entendimento da autonomia em uma perspectiva individualista gera uma responsabilização unilateral dos processos de saúde, podendo estigmatizar a pessoa, principalmente nos casos de não-adesão ou fracasso do tratamento (Camargo-Borges et. al, 2008).

Além disso, o ser humano precisa ser concebido em sua totalidade, não somente como ser racional, consciente, mas também inconsciente, dotado de emoções e subjetividade (Soares & Camargo-Junior, 2007). O acesso à informação para produzir um maior grau de autonomia tem sua importância, porém é fundamental levar-se em conta como esse sujeito vai se a ver com aquilo que é informado. Não se pode esquecer que no funcionamento psíquico desse usuário vão existir mecanismos de defesa, experiências anteriores atualizadas ou reeditadas no encontro com o profissional de saúde, mecanismos transferenciais com o trabalhador que o assiste e com a instituição que o acolhe. São fatores que irão atravessar a dinâmica das relações, influenciando no acontecimento da autonomia.

Expressões da Autonomia no Cotidiano da Residência Multiprofissional

Quanto à compreensão da perspectiva dos profissionais residentes acerca das vivências relacionadas à prática clínica com a autonomia do usuário, foi possível observar em seis entrevistas características relacionadas à individualidade de cada sujeito e ao modo como ele se posiciona em seu processo de cuidado como fatores determinantes nos relatos de expressão da autonomia:

Olhe, eu acho que principalmente ele procurar saber o que ele tem, né? Procurar estar a par do que ele tem, perguntar aos profissionais e também se interessar pelo autocuidado [...] (E5).

Eu já tive um paciente dele procurar saber mesmo o que que ele tem, né, mais detalhado, porque ele dizia assim que um falava uma coisa e outro falava outra, então ele quis saber com a equipe o que ele realmente tinha e também chegou uma época dele escolher se ele queria prosseguir ou não, até de pedir que liberasse ele, mesmo sabendo que ele tinha um monte de coisas para serem feitas ainda (E8).

As expressões da autonomia apareceram nos discursos de quatro entrevistados condicionadas aos determinantes sociais em saúde (DSS), como grau de instrução, condição socioeconômica e fatores culturais, como evidenciado abaixo:

[...] Então tem aspectos socioeconômicos, tem aspectos culturais e por aí vai. Então, um grande número dos pacientes que fazem parte do hospital, geralmente tem uma baixa renda, a escolaridade não é tão alta, então acaba que essa questão econômica por exemplo, pesa. (E12).

É possível perceber que tais determinantes sociais influenciam diretamente na autonomia do sujeito em seu processo de hospitalização. Para os entrevistados, usuários com maior grau de instrução e posição socioeconômica mais favorável, exerceriam no contexto hospitalar maiores graus de autonomia, sendo mais participativos e questionadores quanto às condutas realizadas e o tratamento ofertado.

Vale fazer a reflexão sobre a percepção do profissional de saúde sobre o usuário assistido. Por se tratar de uma instituição pública e de formação universitária, por vezes, ele pode ser visto como aquele que não tem a capacidade de compreensão do seu problema de saúde e tratamento, tendo a equipe a função de decidir quais as melhores condutas a serem tomadas. Essa perspectiva, por sua vez, pode ofuscar a autonomia do usuário, por colocá-lo em uma posição de passividade, ao mesmo tempo em que atribui à equipe um papel de detentora do conhecimento sobre os corpos assistidos. Quatro residentes fizeram referência a essa dificuldade, destacando as relações de poder presentes no contexto hospitalar, postura paternalista da equipe de saúde e o modelo biomédico e hospitalocêntrico que ainda predominam:

Em relação ao usuário eu não vejo que seja bem clara não, a autonomia. Eu acho que é restrita. [...] Porque a gente ainda vive num sistema que é totalmente hospitalocêntrico, né? A gente vive num sistema que ele meio que acha que o usuário não tem a obrigação de saber, que não é direito dele saber, de conhecer (E7).

(...) A grande maioria dos pacientes se veem numa posição de favorecido, de que está sendo feito um favor a ele, e ele acaba por aceitar todas as condutas que se chegam pra ser feitas, algumas delas, inclusive, sem serem comunicadas e esclarecidas (E11).

O modelo de cuidado paternalista coloca o usuário em uma posição de sujeição, em que a equipe de saúde detém o poder e o conhecimento e o ser doente perde a capacidade de tomar decisões durante o seu tratamento (Silva et. al, 2013). Para Soares e Camargo-Junior (2007), é preciso superar o autoritarismo, o paternalismo e relações de dependência absoluta entre profissionais de saúde e o ser fragilizado pela doença. Em vez disso, é necessário estabelecer uma relação dialética em que ambos contribuem na construção do cuidado, respeitando as diferenças de valores, expectativas, demandas e objetivos existentes. Os residentes relacionaram também o processo de promoção de autonomia com a oferta de uma assistência integral para a continuidade desse cuidado após alta hospitalar. Fizeram referência aos encaminhamentos à rede de saúde e aos insumos necessários, como medicamentos e curativos. Destacaram a dificuldade de comunicação interprofissional, principalmente com relação ao planejamento compartilhado da alta, não havendo um diálogo entre as categorias profissionais e nem com o paciente sobre as condições e suporte necessário para os cuidados fora do hospital:

[...] tem uma paciente que está pra ter alta, só que ela tem uma questão muito séria de curativo, que ela entrou aqui justamente pela questão desse curativo [...] querem dar a alta a ela a qualquer custo. Então tem duas semanas que estão tensionando tanto o Serviço Social quanto a Farmácia pra que ela tenha alta de qualquer forma. E aí o que eu tenho conhecimento que não preparam os instrumentos de requisição dos medicamentos, [...] e isso começou a ser passado pra paciente [...]. Então ela começou a questionar. [...] Então eu acho que isso é um exercício de autonomia dela também, ne? Pensar que a saúde é um processo que vai precisar de continuidade e se ela não tiver acesso aquilo, ela vai retornar e vai retornar pior do que ela saiu (E9).

Apesar dos avanços legislativos na institucionalização do SUS, que traz a saúde como um direito e preconiza um sistema de saúde universal, integral e igualitário, na prática cotidiana ainda há a predominância do modelo médico-hegemônico, centrado mais na doença do que no processo saúde-doença-cuidado, dissociado da vida em comunidade e das ações preventivas e de promoção da saúde. Esses aspectos revelam as diferenças do SUS constitucional para aquele que é vivenciado pelo usuário (Paim, 2018)

Em outras intervenções descritas pelos residentes, foram abordadas condutas quanto ao suporte na construção da autonomia para o autocuidado (E5), respeito ao sigilo em um caso de diagnóstico de HIV (E8), adequação da dieta conforme preferências e repertório alimentar do paciente (E10) e interrupção do tratamento através de desejo expresso do paciente com prognóstico reservado (E14). Apesar das dificuldades apresentadas, apenas um entrevistado referiu não conseguir realizar nenhum tipo de intervenção no caso clínico relatado.

Foi possível observar uma postura mais participativa e corresponsável por parte dos residentes, destacando o papel do profissional em promover a reflexão e, junto ao usuário, visualizarem caminhos e condições necessárias para o seu processo de cuidado. São alternativas que promovem a democratização das relações e do conhecimento entre profissionais e pacientes, valorizando a subjetividade e singularidade, pautada numa ética de solidariedade e responsabilidade (Soares & Camargo-Junior, 2007). É perceptível também a tentativa de diálogo e mediação da comunicação entre paciente e equipe médica, que se mostrou de fundamental importância para a preservação da autonomia do paciente nas situações relatadas. É importante destacar que aqui o profissional tem papel ativo na construção da autonomia.

Embora os residentes conceituem autonomia enquanto algo mais individual e não como algo que se constrói na relação, nas intervenções os profissionais apresentaram um papel ativo nesse processo de construção. Isso reforça a presença do trabalho vivo em ato, que vai além das prescrições e é construído a partir das relações entre trabalhador-usuário, buscando produzi-lo de forma integralizada (Merhy & Franco, 2003). No entanto, é um processo que fica subsumido, silenciado e não reconhecido pelos próprios residentes quanto à potência de suas intervenções. Uma hipótese para esse acontecimento, é a valorização no contexto hospitalar do modelo assistencial procedimental, que superestima a produtividade associada a quantidade de procedimentos realizados, e, por vezes, põe em segundo plano os efeitos das tecnologias leves no cuidado em saúde.

Residência Multiprofissional: Conhecendo as Potencialidades e os Limites Para a Promoção da Autonomia do Sujeito no Hospital

As Residências Multiprofissionais em Saúde foram instituídas enquanto modalidade de formação em serviço, sendo orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Apresentam-se como estratégia de fortalecimento e qualificação de um sistema público de saúde integral,

visto que tem como propósito a produção de novas formas de cuidado com a predominância de um conceito ampliado de saúde. Esse modelo de saúde, usuário-centrado, também ressalta o compromisso com a produção de sujeitos autônomos e implicados em seu processo de cuidado.

Neste tópico, são abordadas as percepções dos residentes quanto à experiência da residência, de forma a analisar aspectos do processo formativo que viabilizaram ou limitaram a ampliação da autonomia do usuário nas práticas assistenciais. Nos relatos apresentados, predominou-se a referência às equipes multiprofissionais da residência enquanto produtoras de um cuidado ampliado e centrado no usuário (12 entrevistas). Os participantes salientaram a importância dos espaços de discussão dos casos clínicos, em especial às reuniões multiprofissionais e os horários destinados ao planejamento das ações, como dispositivos propulsores de interdisciplinaridade e autonomia:

A gente por ter uma equipe multi, com vários profissionais unidos, que sentam, que tem reuniões, que fala do paciente, que monta proposta, objetivos de intervenções, então assim, a residência tem contribuído bastante para esse questão de autonomia (E8).

[...] Há uma inserção de residentes, numa perspectiva também de trabalhar de forma interdisciplinar, multiprofissional mas também interprofissional, não é só jogar lá as oito profissões, mas há as discussões entre os profissionais e há uma reflexão sobre o processo de trabalho em si, então a gente consegue, de certa forma, dentro da lógica do trabalho, fazer algumas reflexões, e aí essas reflexões são fundamentais pra gente pensar em alterar alguma coisa (E12).

O trabalho em equipe se apresenta como dispositivo para promoção de uma assistência integral e humanizada diante da complexidade do cuidado em saúde. Uma particularidade do programa de residência em questão, se dá no fato de as equipes serem instituídas ao iniciarem a formação e permanecerem durante os dois anos trabalhando em conjunto, o que favorece a vinculação dos profissionais. Nos relatos fica evidente que para além da justaposição de profissionais distintos, existe um movimento de troca de conhecimentos, reflexão sobre a assistência prestada e sobre os projetos terapêuticos ofertados, assim como uma relação respeitosa e dialética no trabalho em equipe, o que condiz com o conceito de interprofissionalidade (Batista, 2012). Essa maneira de organização de trabalho favorece a construção de relações mais horizontalizadas e uma melhor compreensão quanto aos saberes e papéis dos diferentes sujeitos que compõe a equipe.

É possível perceber a construção em equipe enquanto promotora de múltiplos olhares, favorecendo uma assistência ampliada diante das necessidades particulares de cada sujeito atendido. Nesse movimento, agem contra-hegemonicamente ao modelo biologicista, exercendo papel de referência para os usuários atendidos, acompanhando-os durante a hospitalização e favorecendo o vínculo e a longitudinalidade do cuidado. Nessa perspectiva, a residência apresenta-se enquanto espaço de transformação das práticas, favorecendo um novo modo de se fazer a clínica no hospital: uma clínica do sujeito, ampliada, que tem como ferramenta principal a interdisciplinaridade.

É preciso destacar que foi estabelecido pelo programa que as equipes devem acompanhar em conjunto no mínimo três pacientes. Dessa forma, há a atuação enquanto equipes de referência, promovendo a articulação das práticas e corresponsabilização pelo cuidado. Além disso, por se tratar de um Hospital Universitário, onde é comum a alta rotatividade dos profissionais, tal iniciativa

proporciona uma atenção mais contínua e singular, através dos projetos terapêuticos elaborados durante as reuniões semanais além das intervenções e discussões realizadas diariamente.

Outro ponto relevante na fala dos profissionais foi a distinção entre o processo de formação na graduação e na residência. Para a maioria, na experiência da graduação não foram abordados aspectos da subjetividade do paciente, bem como a escuta, que é indispensável a qualquer profissional de saúde. Nessa questão, seis residentes destacaram a participação de profissionais Psicólogos e Assistentes Sociais, que dentro das equipes do programa de residência, favoreciam a compreensão da influência desses aspectos nos processos de cuidado:

Eu acho que a gente tem uma formação dentro da multiprofissionalidade, a convivência com outros profissionais, porque por exemplo, um profissional assistente social ou psicólogo, que às vezes na formação dele tem mais questões humanas do que talvez outras profissões, e quando a gente convive, se reúne, a gente passa também a ter esse olhar. Eu acho que a residência multiprofissional ela traz muito isso (E10)

Como observado, o processo formativo das graduações em saúde ainda apresenta lacunas. No início dos anos 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde foram aprovadas como estratégia para direcionar o ensino superior a contemplar em seus currículos o sistema de saúde vigente (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Apesar de ser uma importante estratégia de estimulação à mudança na formação em saúde, ainda se mostra insuficiente. A Residência Multiprofissional se constituiu como primeira experiência profissional na área de saúde de grande parte dos entrevistados. Mesmo com as limitações presentes na formação prévia ao ingresso no programa, o contato com outros campos de saber possibilitou o despertar para as questões subjetivas envolvidas na assistência ofertada, sendo produzidos novos sentidos para o cuidado a partir da construção em equipe. Visualiza-se, então, a potência dos aspectos formativos em equipe interdisciplinar no contexto da residência, onde os saberes circulam, e a transformação das práticas acontecem através dos encontros entre trabalhadores residentes e entre estes e os usuários.

Quanto aos aspectos pedagógicos e formação teórica proposta pelo programa de residência, os profissionais verbalizaram sobre os limites encontrados nesse processo. Salientaram a escassez de espaços promotores de reflexão sobre o tema da autonomia nos eixos teóricos e nas discussões com preceptores, tutores e coordenação do programa, destacando sua importância para a formação em saúde:

Na parte de teoria não trabalha. Sinceramente, a gente não vê a preceptoria, a tutoria, eixos e tal, muito pouco é se falado em autonomia do paciente [...] (E2).

Assim, eu acho que a gente pega sim algumas matérias, mas eu acho que ainda é muito deficiente a parte teórica, acho que poderia ser temas que deveriam ser mais abordados, assim, na vivência, as questões da bioética ser bem mais abordados... A gente chega a ver rapidamente, mas eu acho que a parte teórica deveria ser mais bem estruturada (E10).

Foi possível perceber uma incipiência na formação curricular teórica quanto ao tema da autonomia. Os residentes sinalizaram também a necessidade de melhor articulação dos

conteúdos abordados com as vivências da assistência. Tais dados sugerem pensar a reformulação curricular, adaptando-o à realidade em que estão inseridos, com exercícios contínuos de reflexão e análise. Uma estratégia possível é a abertura dos espaços de gestão para participação dos residentes, o que já é preconizado pelas diretrizes do SUS, favorecendo mudanças na estrutura do programa mais condizentes e adequadas às suas vivências.

Apesar das dificuldades expressas pelos residentes quanto à implantação de políticas pedagógicas mais efetivas e contextualizadas com a prática, é importante destacar que a construção do conhecimento se dá não só a partir da relação entre preceptores, tutores e discentes, mas na relação entre os próprios residentes e no contato com o usuário no processo de construção do cuidado. Este fato não exclui a necessidade de preparação e participação do quadro docente e de preceptoria, bem como de reformulação do currículo dos eixos teóricos, de forma a promover espaços de aprendizagem e construção conjunta, baseado nas experiências encontradas nos cenários de prática. Vale salientar a importância da relação dialética pautada no respeito e na autonomia entre tutores, preceptores e residentes.

É importante destacar que a autonomia não é algo que se dá a priori, e sim é construída através das relações estabelecidas. Dessa forma, para que o residente exerça práticas promotoras de autonomia, faz-se necessário um processo de construção autônoma próprio, que deve ser incentivado pelo programa. Para isso, é importante a criação de espaços de cogestão e coparticipação, em que o residente possa ser mais ativo nas decisões que dizem respeito a sua formação e atuação, bem como a estimulação de relações democráticas e horizontalizadas entre a coordenação do programa, tutores, preceptores e discentes.

Considerações Finais

Este trabalho objetivou compreender como residentes multiprofissionais percebem a autonomia do usuário no processo de cuidado. Os participantes relacionaram o conceito de autonomia ao processo de decisão e acesso à informação do diagnóstico e tratamento, ao invés de apresentarem uma perspectiva mais centrada na relação dialética entre os atores do processo saúde-doença-cuidado. Essa perspectiva corrobora com os dados encontrados na literatura, em que há uma tendência no hospital de limitar o conceito de autonomia a uma perspectiva mais individual e unilateral.

Por outro lado, é positivo observar que o aspecto multiprofissional e interdisciplinar das residências favorece o surgimento de discussões a respeito da autonomia e do olhar integral do indivíduo. Os aspectos relacionais que envolvem a coconstrução da autonomia foram evidenciados durante a discussão sobre intervenções da equipe, nas quais os residentes demonstraram uma postura mais ativa e corresponsável. Ficou evidenciado uma atenção à integralidade da assistência e à continuidade do cuidado, que foram atravessadas pelas relações afetivas que fizeram parte do encontro dos residentes com os usuários assistidos.

Quanto aos aspectos formativos da Residência Multiprofissional que favoreceram a ampliação da autonomia dos usuários, os participantes enfatizaram a construção coletiva através das reuniões multiprofissionais e de planejamento em equipe. Salientaram as lacunas vivenciadas durante a formação acadêmica prévia ao ingresso no programa, que não contemplava os aspectos subjetivos e nem os dispositivos necessários para uma atuação mais consoante com os princípios da clínica ampliada. A circulação de saberes e o trabalho interdisciplinar, proporcionaram a esses residentes uma transformação na assistência ofertada, favorecendo uma maior reflexão quanto às condutas adotadas. Foi constante a referência à incipiência de discussões teóricas sobre a autonomia.

Apesquisa sinalizou, portanto, que a experiência da residência multiprofissional em questão, através do trabalho em equipe e dos espaços de discussão, se apresenta enquanto dispositivo

que colabora para a promoção da autonomia do usuário no hospital. É importante destacar que devido ao seu surgimento recente, necessita de constantes reflexões e aprimoramento, pois os programas de residência profissional, uma vez que acontecem no contexto do Sistema Único de Saúde, apresentam-se como dispositivo para consolidação dos seus princípios e estratégias. Além disso, por ser um espaço também de formação, faz-se necessário que gestores, preceptores, tutores e todos os envolvidos no processo formativo comprometam-se com o ensino e a atuação que valorizem a autonomia e uma ética que reconheça cada indivíduo como sujeito de si e de sua própria história.

Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Batista, A. B. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2(1), p. 25-28. Recuperado em 03 de fevereiro, 2019, de: http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (2002). *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Recuperado em 26 de junho, 2018 de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4. ed. Brasília, DF. Recuperado em 25 de junho, 2018 de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf
- Brasil. (2005). *Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado em 27 de junho, 2018, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
- Camargo-Borges, C., Mishima, S., Mcnamee, S. (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, 1(1), 08-19. Recuperado em 10 de janeiro, 2019, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202008000100003.
- Campos, R. T. O.; Campos, G. W. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. de S., Akerman, M., Júnior, M. D., de Carvalho, Y. M. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 669-688.
- Ceccim, R. B.; Feuerwerker, L. C. M. (2004) Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de saúde pública*, 20(5), 1400-1410. Recuperado em 30 de janeiro, 2019, de: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2004.v20n5/1400-1410>
- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. C., Campos, F. C. C. de., Álvares, J., Aguiar, R. A. T., Oliveira, V. de A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2115-2122. Recuperado em 06 de janeiro, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a16.pdf>
- Foucault, M. (1998). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Merhy, E. E.; Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em debate*, 27(65), 316-323. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf

- Mori, V. D.; Rey, F. G. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3),140-152. Recuperado em 12 de janeiro, 2019, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012.
- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Coletiva*; 23(3), 1723-1728. Recuperado em 08 de fevereiro, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>
- Silva, A. M. da., Sá, M. de C., Miranda, L. (2013). Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Rev. Saúde Soc.*, 22(3), 840-852. Recuperado em 22 de junho, 2018, de: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/17.pdf>
- Soares, J. C. R. S., Camargo-Junior, K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78. Recuperado em 27 de janeiro, 2019, de: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832007000100007&script=sci_abstract&lng=pt

Patricia Mascarenhas Passos – Psicóloga graduada pela Faculdade Ruy Barbosa. Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso pela Universidade Federal de Sergipe. Psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Sergipe.

Walter Lisboa Oliveira – Psicólogo, Professor da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Tutor de Psicologia da Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da UFS, Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo, Especialista em Psicologia Hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Rosana dos Santos Silva – Psicóloga, com graduação pela Universidade Federal da Bahia; Doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia com área de concentração em saúde; mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia; e preceptora de Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. Possui Residência em Saúde da Família pela SESAB/EBMSP/SH. É bacharel em Comunicação Social pela Universidade do Estado da Bahia.