

MHARIANNI CIARLINI DE SOUSA BEZERRA

**A EXPERIÊNCIA DE PSICÓLOGOS COMO
RESIDENTES EM PROGRAMA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

PUC-CAMPINAS

2016

MHARIANNI CIARLINI DE SOUSA BEZERRA

**A EXPERIÊNCIA DE PSICÓLOGOS COMO
RESIDENTES EM PROGRAMA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Profa Dra. Vera Engler Cury

PUC-CAMPINAS

2016

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t150.23
B574e

Bezerra, Mharianni Ciarlini de Sousa.

A experiência de psicólogos como residentes em programa multiprofissional em saúde / Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra. – Campinas: PUC-Campinas, 2016.
216p.

Orientadora: Vera Engler Cury.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui anexo e bibliografia.

1. Psicólogos - Formação profissional. 2. Psicólogos clínicos. 3. Estudo e ensino (Residência). 4. Fenomenologia. 5. Husserl, Edmund, 1859-1938. 6. Saúde - Estudo e ensino. I. Cury, Vera Engler. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22. ed. CDD – t150.23

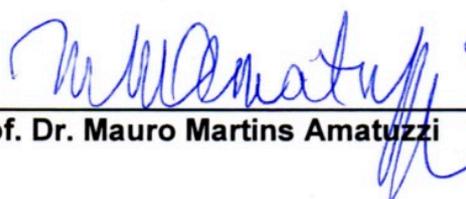
MHARIANNI CIARLINI DE SOUSA BEZERRA

**A EXPERIÊNCIA DE PSICÓLOGOS COMO
RESIDENTES EM PROGRAMA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA



Presidente Profa. Dra. Vera Engler Cury



Prof. Dr. Mauro Martins Amatuzy



Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato

PUC-CAMPINAS

2016

Ao meu avô Cláuder Ciarlini,
que despertou em mim o
interesse genuíno pelas
ciências do espírito

Agradecimentos

Ao misterioso fluxo da vida que me proporcionou encontros e desencontros com os quais pude aprender de modo significativo a encarar os limites e a potencialidade de ser pessoa.

A Deus, por não sair ilesa desse processo... Sinto-me transformada pelas vivências dessa jornada, pela presença de pessoas genuínas que (re)conheci entre idas e vindas, pela oportunidade de compartilhar vidas e valores humanos.

Aos meus pais, Mariano José de Sousa e Adelia Ciarlini de Sousa, pela vida com amor, pelo amor à educação, pelo apoio aos meus sonhos e respeito às minhas escolhas.

Ao meu esposo, Matheus Pinho Bezerra, pela vida a dois – na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, na paz e na guerra, na ausência e na presença, na labuta e na preguiça, no prazer e na dor – que renova, fortalece e frutifica nosso Amor a cada nascer do sol.

Aos meus irmãos, Adriano Ciarlini de Sousa e Luciano Ciarlini de Sousa, pela força e coragem nos momentos de urgência.

Aos sobrinhos e afilhados, Liege, Gustavo, Lara, Valentina, Clarisse, Aurora e Caio, pela pureza da companhia leve, pelos sorrisos e abraços espontâneos que me aquecem o coração e motivam a esperança de um (novo) mundo.

À Maria do Carmo Souza Lira, pelo amor incondicional e companhia cuidadosa.

Às amigas Andréia Elisa Garcia, Elizabeth Brisola e Gisella Fadda, pelas trocas experienciais e interlocuções imprescindíveis, pelo diálogo honesto somado ao acolhimento sensível que fazem eu me sentir em casa.

Aos amigos da “turma do mestrado da PUCCAMP”, especialmente Guilherme Tostes e Thaís Gazotti, pelo companheirismo ao longo de todo esse curso de descobertas.

Aos amigos, Dayanne Sampaio, Pedro Victor Modesto, Fernanda Oliveira e Áurea Aguiar, pelo apoio inestimável e pelas parcerias que enriquecem de bons significados a vida acadêmica em Parnaíba.

Aos aprendentes-ensinantes de Estágio Profissionalizante em Psicologia Clínica Humanista da Universidade Federal do Piauí, pela responsabilidade e confiança compartilhadas de modos tão belos em nossas caminhadas de crescimento.

À Dra. Vera Engler Cury, pela aprendizagem significativa que me proporciona a cada encontro, simplesmente pela qualidade de sua presença e comunicação.

Ao Dr. Mauro Martins Amatzuzi, pelos encontros e reflexões férteis de sentido, pelo Humanismo genuíno que me revelou e pela verdade que ele é.

À Dra. Tatiana Slonczewski, pelos encontros encantadores e pela (sempre) admirável postura ética e gentil.

À Dra. Tânia Mara Marques Granato, pelas interlocuções e contribuições cuidadosas em minha aprendizagem com narrativas.

Aos amigos Larisse Gonçalves Miranda e Vicente Miranda Junior, Ingrid Correia Nogueira, Suzana Cavalcante e Junior Barreira, Claudius Marconi Ciarlini e Maria Ciarlini, que me acolheram tantas vezes em suas casas, proporcionando-me verdadeiros oásis no percurso entre Campinas-SP e Parnaíba-PI.

Aos amigos Aurineide Souza Aguiar Rodrigues, Daniel Castello Branco Ciarlini e Rossana Silva e Carvalho Aguiar, pelas contribuições com a revisão textual, testemunhando meu projeto de vida de maneira sensível e afetuosa.

Aos mestres que conheci e pude aprender ensinamentos preciosos durante essa caminhada: Dra. Angela Ales Bello, Dr. Miguel Mahfoud, Dr. Larry Davidson, Dra. Vera Lucia Trevisan de Souza, Dra. Raquel Souza Lobo Guzzo, Dra. Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, Dr. Wagner de Lara Machado, Dra. Letícia Lovato Dellazzana Zanon.

À CAPES pelo apoio financeiro à pesquisa.

*Amor, paz e gratidão em mim
pela trajetória marcada pela presença de todos vocês!*

Resumo

Bezerra, Mharianni Ciarlini de Sousa. *A experiência de psicólogos como residentes em programa multiprofissional em saúde*. 2016. 216f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2016.

Esta pesquisa objetivou compreender fenomenologicamente a experiência de psicólogos que vivenciaram, recentemente, a formação profissional num curso de especialização em caráter de residência multiprofissional em redes de atenção à saúde. Consistiu em pesquisa qualitativa de caráter exploratório com inspiração na fenomenologia proposta pelo filósofo Edmund Husserl e fundamentada na perspectiva psicológica da Abordagem Centrada na Pessoa. Foram realizados encontros dialógicos entre a pesquisadora e seis participantes de três programas de residência multiprofissional de um município do interior do estado de São Paulo. Por meio da atitude empática da pesquisadora, cada encontro consistiu em campo fenomenológico experiencial que contribuiu para o desvelamento dos elementos subjetivos da experiência das participantes. A análise dos encontros foi realizada a partir da construção de narrativas compreensivas e de uma narrativa síntese que reuniu os elementos que compõem a estrutura essencial do fenômeno em estudo. Revelou-se que a dinâmica de dedicação total do profissional à residência leva-o a uma imersão nos contextos de atuação que desafia seus limites, gerando sofrimento e cansaço, mas também satisfação quando consegue superar os desafios e reconhecer suas capacidades. Essa realidade torna-se propiciadora de transformação pessoal e profissional a partir de aprendizagem significativa que promove crescimento. A experiência das participantes revelou um processo de apropriação singular da profissão pela via da participação em equipe multiprofissional da saúde. A prática da atenção psicológica desenvolve-se vinculada ao compromisso com a integralidade no cuidado disponibilizado em contextos diversos. Na tentativa de atender às demandas complexas que surgem cotidianamente, são desenvolvidas distintas modalidades de atenção psicológica. As participantes identificam o hospital como lugar de excelência para o exercício do trabalho do psicólogo na área da saúde, demonstrando afinidade com o modelo médico que privilegia ações de cuidado pautadas em subespecialidades. A tensão entre as estratégias de ensino e de serviço atravessaram a experiência das participantes de modo significativo, interferindo na possibilidade de uma visão integradora sobre a relação entre a universidade e o sistema de saúde no atendimento à população vulnerável. Conclui-se que o caráter compreensivo desse estudo possibilitou desvelar elementos significativos do processo de formação em serviço que estimulam reflexões sobre suas potencialidades e limitações.

Palavras-chave: vivências de psicólogos; formação de psicólogo; atenção à saúde; residência multiprofissional em saúde; fenomenologia.

Abstract

Bezerra, Mharianni Ciarlini de Sousa. *The experience of psychologists in health multiprofessional residency*. 2016. 216p. Dissertation (Master' Degree) – Pontifical Catholic University of Campinas, Center for Life Sciences, Psychology Graduation Program, Campinas, 2016.

This research aimed to understand from a phenomenological stand point the experience of psychologists who recently went through a multiprofessional residency course in the healthcare system. It is a qualitative and exploratory investigation inspired in Edmund Husserl's phenomenology and based on the Person Centered Approach's psychological perspective. The researcher held dialogical encounters with six participants who attended three different Multiprofessional Residency Programs in the interior of São Paulo state. Through the researcher's empathic attitude, each encounter became a phenomenological experiential field that contributed to the development of the subjective elements of the participant's experience. The encounters were analyzed through the construction of comprehensive narratives as well as a synthesis narrative that brought together the essential structural elements of the phenomenon. These revealed that the professionals' scheme of total dedication to the residency in their field of action challenges their limits, generating suffering and exhaustion, as well as satisfaction when they are able to overcome the challenges and recognize their capacities. This reality enables personal and professional growth stemming from meaningful learning, promoting human growth. The participant's experience portrays a reassessment of psychologist's particular way of integrating a multiprofessional health team. The practice of psychological attention is developed in relationship with a sense of responsibility toward an integrated care promoted in several contexts. As the participants attempt to handle all the complex demands which arise daily, several distinct kinds of psychological attention have been developed. The participants identified the hospital as the place of excellence for the health psychologist to work, manifesting certain affinities with the medical model that privileges care based on sub-specialties. The tension between teaching strategies and health service passes through their experience, in a significant way, interfering in the possibility of an integrated vision about the relationship between university and health system to serve the vulnerable population. It is concluded that the comprehensive nature of this research study made it possible to reveal significant elements of the in-service training process that stimulate reflections about its potentialities and limitations.

Keywords: psychologist's lived experience; psychologist's in-service training; healthcare; health multiprofessional residency; phenomenology.

Lista de Siglas e Abreviações

CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
NDAE	Núcleo Docente-Assistencial Estruturante
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PP	Projeto Pedagógico
RAS	Redes Assistenciais em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

Introdução.....	14
Capítulo 1: A Formação Multiprofissional em Saúde no Brasil: Princípios Norteadores e a Inserção do Psicólogo.....	19
1.1. A Residência Multiprofissional em Saúde como Proposta de Educação Interprofissional no Brasil.....	23
1.2. O Psicólogo em Educação Interprofissional no Brasil.....	32
Capítulo 2: Fundamentos Filosóficos e Psicológicos para uma Compreensão sobre o Conceito de Experiência Viva.....	41
2.1. A Relação entre Psicologia e Fenomenologia.....	42
2.2. Uma Compreensão sobre Experiência e Vivência.....	56
Capítulo 3: Delineamento da Pesquisa.....	67
3.1. Pesquisa Qualitativa de Inspiração Fenomenológica.....	67
3.2. Encontro Dialógico e Narrativas Compreensivas.....	72
3.3. O Contexto da Pesquisa.....	81
3.4. Participantes da Pesquisa.....	90
3.5. O Desenvolvimento da Pesquisa.....	92
Capítulo 4: Narrativas Compreensivas e Elementos Significativos da Experiência.....	97
4.1. Narrativas Compreensivas.....	97
Narrativa compreensiva I – Encontro com Flora.....	97
Narrativa compreensiva II – Encontro com Rosa.....	104
Narrativa compreensiva III – Encontro com Margarida.....	113
Narrativa compreensiva IV – Encontro com Dália.....	120

Narrativa compreensiva V – Encontro com Violeta.....	126
Narrativa compreensiva VI – Encontro com Verbena.....	132
4.2. Narrativa Síntese.....	140
Capítulo 5: Interpretando a Experiência Vivida pelos Psicólogos Residentes e Estabelecendo Interlocução com Outros Pesquisadores.....	150
5.1. Transformação Pessoal e Profissional.....	151
5.2. Apropriação de Um Modo de Ser Psicólogo que Privilegia a Atenção Integral ao Paciente por Parte da Equipe Multiprofissional.....	158
5.3. A Atenção Psicológica Compreendida a Partir do Desenvolvimento de Estratégias Voltadas às Necessidades da Rede Assistencial à Saúde	167
5.4. Tensão Entre as Estratégias de Ensino e de Serviço.....	174
Considerações finais.....	180
Referências.....	186
Anexos.....	210
Anexo 1 – Carta de Autorização da Instituição.....	211
Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	212
Anexo 3 – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	213

Lista de Tabelas

Tabela 1 Caracterização das Participantes	92
-------------------------------------------------	----

Introdução

Esta pesquisa trata da temática da inserção de psicólogos no contexto da formação multiprofissional em saúde como se constitui nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Seu objetivo consistiu em compreender a experiência subjetiva de psicólogos que estão em fase de conclusão – ou que concluíram recentemente – a especialização em regime de residência multiprofissional em saúde.

A qualificação de profissionais para atuarem na saúde pública configura uma iniciativa que visa o aperfeiçoamento técnico e assistencial, levado a efeito pelos responsáveis pela Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2003; 2005d). A formação em serviço prioriza a integração entre as dimensões do ensino e a dinâmica do trabalho nos dispositivos de saúde, pautada no conceito de Educação Permanente em Saúde. Nessa perspectiva, a pós-graduação em regime de residência pretende atender ao modelo de redes assistenciais que visam a integralidade do cuidado, por meio da atenção continuada e hierarquizada em níveis de complexidade (Domingos, Nunes & Carvalho, 2015; Ellery, Bosi & Loiola, 2013; Ferreira, Varga & Silva, 2009; Shikasho, 2013).

A formação multiprofissional na saúde, proposta pelos programas de residência no Brasil, visa a implementação de práticas colaborativas entre profissionais de diversas especialidades. Configura-se como uma modalidade de educação interprofissional, caracterizada pela interação contínua de profissionais de diversas áreas para potencializar a aprendizagem mútua e otimizar estratégias de cuidado ao paciente (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011; World Health Organization, 2010).

No âmbito da Psicologia, essa proposta contempla aspectos que são pouco vivenciados pelos estudantes durante os cursos de graduação. Esse problema, associado a uma falta de clareza sobre a atuação do psicólogo na rede de atenção à saúde, compromete a possibilidade desse profissional exercer protagonismo no campo da saúde pública brasileira. Apesar da crescente participação desse profissional nesse contexto, as contribuições da atenção psicológica ainda são consideradas incipientes (Böing & Crepaldi, 2010; Dimenstein & Macedo, 2012; Pires & Braga, 2009).

Pesquisas recentes que contemplam o contexto da educação interprofissional observaram a necessidade de resignificação da prática e da postura profissional do psicólogo (Lima & Santos, 2012; Böing & Crepaldi, 2010; Cezar, Rodrigues & Arpini, 2015). Alguns estudos analisam os processos de trabalho para entender sua perspectiva sociopolítica, outros se detêm à descrição das práticas desenvolvidas no âmbito da residência (Brito-Silva, Bezerra & Tanaka, 2012; Campos & Guarido, 2010; Scarcelli & Junqueira, 2011; Sundfeld, 2010; Veroneze & Benfica, 2011).

Diante desse panorama, o Conselho Federal de Psicologia (2006) enfatiza que a prática e a formação devem acompanhar a inserção do psicólogo na saúde pública, respeitando as peculiaridades desse campo. Assim, o presente estudo pretende ampliar o conhecimento científico sobre aspectos relacionados ao processo de formação dos psicólogos na rede pública a partir de suas próprias vivências.

Do ponto de vista epistemológico, este estudo foi desenvolvido com base no conceito de experiência proposto pela fenomenologia de Edmund Husserl. Quanto ao enfoque psicológico adotado do ponto de vista teórico, incluiu a Psicologia Humanista, mais especificamente os norteadores propostos pela Abordagem Centrada na Pessoa. Ambas as perspectivas, fenomenologia husserliana e psicologia humanista

rogeriana aproximam-se no que se refere à compreensão do fenômeno humano intersubjetivo.

Na concepção husserliana, a crítica ao tecnicismo das ciências modernas propõe que o pesquisador assuma a intencionalidade de sua consciência numa atitude filosófica de busca pelos sentidos da experiência que pretende conhecer (Ales Bello, 2004; Goto, 2008; Husserl, 1954/2012). Os pressupostos humanistas da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvidos pelo psicólogo Carl Rogers (1961/1997, 1978), auxiliam no entendimento da configuração experiencial da estrutura do eu e da tendência auto reguladora revelada em caráter processual, na relação entre sujeito e mundo (Cury, 1993; Gendlin, 1962/1997; Cooper & Bohart, 2013).

O conceito de experiência empregado nesta pesquisa considera a relação indissociável entre a consciência e o objeto, presentificado de modo vivencial pelo sujeito. Nesse sentido, identificar e compreender as vivências possibilita alcançar os aspectos estruturais da experiência como fenômeno investigado (Ales Bello, 2004, 2015). Na concepção rogeriana, o ato de experienciar consiste em dar-se conta dos significados atribuídos pelo sujeito ao que vivencia organismicamente (Rogers & Kinget, 1962/1977).

Esta pesquisa foi desenvolvida em um município do estado de São Paulo, tendo como participantes psicólogos que concluíram recentemente – havia três meses – ou estavam concluindo a especialização em caráter de residência multiprofissional em saúde, atuando nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança e urgência e trauma. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que metodologicamente seguiu os princípios fenomenológicos para chegar à essência do fenômeno. A via de acesso às vivências dos participantes foi constituída por encontros dialógicos da

pesquisadora com cada um deles. Tais encontros consistiram em campos fenomenológicos experienciais que propiciaram o desvelamento dos elementos subjetivos da experiência a partir da atitude empática da pesquisadora.

A análise dos encontros foi realizada a partir da construção de narrativas compreensivas, que evidenciaram os significados atribuídos pelos participantes às suas vivências no contexto de formação interprofissional. Ao final desse processo, uma narrativa síntese, contendo os elementos interpretativos acerca do conjunto de narrativas, possibilitou compor a estrutura essencial do fenômeno em estudo.

Esse processo possibilitou conhecer os significados atribuídos pelos participantes à experiência vivida no contexto de formação em serviço. A realização desta pesquisa revelou-se bastante significativa para a pesquisadora, devido a sua implicação com as dimensões reveladas nos encontros dialógicos. Assim, considerou-se que a experiência transpôs a teoria e desvelou aspectos singulares da constituição estrutural do fenômeno estudado.

O texto desta dissertação foi dividido em cinco capítulos organizados da seguinte forma:

Capítulo 1 – A formação multiprofissional em saúde no Brasil: princípios norteadores e a inserção do psicólogo – apresenta os princípios que orientam as iniciativas brasileiras de educação em saúde e a residência multiprofissional como modalidade de educação interprofissional, esclarecendo como tem sido a participação do psicólogo nesse contexto.

Capítulo 2 – Fundamentos filosóficos e psicológicos para uma compreensão sobre o conceito de experiência vivida – apresenta os pressupostos da Fenomenologia e da Abordagem Centrada na Pessoa que nortearam a compreensão da experiência.

Capítulo 3 – Delineamento da pesquisa – descreve como se configurou o estudo qualitativo de caráter exploratório e como os princípios da fenomenologia nortearam esse processo. Inclui uma descrição do contexto onde os participantes vivenciaram a formação em serviço, uma apresentação dos participantes da pesquisa e o processo de desenvolvimento da mesma.

Capítulo 4 – Narrativas compreensivas e elementos significativos da experiência – apresenta as narrativas compreensivas na ordem em que foram construídas pela pesquisadora, após os encontros dialógicos com cada um dos participantes. Ao final, é apresentada a narrativa síntese, contendo os elementos significativos da experiência dos participantes como um todo num movimento interpretativo.

Capítulo 5 – Interpretando a experiência vivida pelos psicólogos residentes e estabelecendo interlocução com outros pesquisadores – apresenta cada elemento estrutural da experiência em foco no estudo e uma interlocução com outras pesquisas.

Capítulo 1: A Formação Multiprofissional em Saúde no Brasil: Princípios

Norteadores e a Inserção do Psicólogo

A Reforma Sanitária brasileira contribuiu de modo significativo para a mudança na organização do sistema de saúde do país, subsidiada pela atuação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e norteadora pelos princípios discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse processo culminou, na década de 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que adotou princípios e diretrizes que passaram a fundamentar as ações e os serviços de saúde em território nacional. A qualificação dos seus trabalhadores passou a ser foco de discussões em razão da necessidade de estratégias que contribuíssem para a orientação do novo modelo assistencial (Batista & Gonçalves, 2011).

O arranjo organizacional do SUS inaugurou um conjunto complexo de serviços e ações em prol do atendimento às demandas da população e efetivação de uma política nacional. Esse sistema baseia-se nos princípios doutrinários de universalidade do direito e acesso à saúde, da integralidade das dimensões do processo saúde-doença, que pressupõe a prestação de cuidado longitudinal, e da equidade no acesso aos serviços, priorizando grupos sociais mais vulneráveis. Responsabilizando-se por articular e coordenar a promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde de seus usuários, o SUS estabelece a hierarquização dos níveis assistenciais. Dessa maneira, suas diretrizes organizativas orientam a articulação de recursos e serviços municipais, estaduais e federais (Vasconcelos & Pasche, 2009).

As transformações realizadas no sistema colaboraram para a consolidação do Ministério da Saúde como responsável constitucional por ordenar a formação de recursos humanos e o desenvolvimento tecnológico e científico na saúde. O papel dessa entidade federal inclui a execução de políticas orientadoras para o

desenvolvimento de trabalhadores do setor, buscando articular a atenção, a gestão e a participação popular no processo educativo dos profissionais de saúde. Várias estratégias foram operacionalizadas, destacando-se a Norma Operacional Básica¹ de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) como Política Nacional para Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2004; 2005c; 2005d).

Os princípios e diretrizes da NOB/RH-SUS estabelecem parâmetros gerais para a gestão do trabalho no SUS e ressaltam a importância de uma formação dos trabalhadores alinhada com os princípios do sistema, de maneira a contribuir com a elaboração de sua política. Em seu documento, afirma que a qualidade da atenção à saúde está relacionada com o domínio tecnológico dos profissionais que a realizam, exigindo compromisso das instituições de ensino no sentido de priorizarem perfis profissionais condizentes com os enfoques teóricos do modelo assistencial brasileiro (Brasil, 2005d).

A fim de atender aos requisitos da NOB/RH-SUS, o Ministério da Saúde aprovou, junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2005d; 2009a). Compreendida como um processo contínuo de aquisição de conhecimento que incorpora o ensino e o aprendizado às práticas sociais e laborais, a Educação Permanente em Saúde (EPS) objetiva ampliar e aprimorar a capacidade laboral do trabalhador, atendendo às necessidades do profissional, da equipe e da instituição. Ela abrange formação, qualificação, requalificação, especialização,

¹ Norma Operacional Básica (NOB) consiste em um instrumento normativo que define o modo de operacionalizar os preceitos da legislação do Sistema Único de Saúde.

aperfeiçoamento e atualização profissional, sendo considerada uma medida alternativa às recomendações para mudanças nas práticas de saúde (Brasil, 2003; 2009a).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é norteada pelas perspectivas de humanização, integralidade e organização do trabalho em equipes de *apoio matricial*², estabelecida em instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão (Brasil, 2003; 2009a). Silva, Terra, Camponogara, Kruse, Roso e Xavier (2014) destacam que a Educação Permanente em Saúde (EPS) é oposta ao modelo assistencial hegemônico, visando o desenvolvimento de metas que viabilizem a mudança de práticas e operem a atualização dos saberes pela participação de diferentes atores sociais. Dessa forma, esses autores consideram que essa proposta atua de maneira responsável com a coletividade.

Direcionada para aproximar o ensino ao serviço e a docência à atenção, a EPS promove reflexão crítica sobre o trabalho, buscando maior resolutividade nas ações do setor. Como dimensão pedagógica da saúde, alia a formação e a gestão setorial a fim de ampliar a permeabilidade entre as instâncias de controle social do sistema e o engajamento das instituições de ensino na área. Assim, busca uma participação efetiva dos gestores das três instâncias governamentais para a implementação dessa política (Brasil, 2009a; Ceccim, 2005).

Para garantir uma cooperação técnica e científica para o desenvolvimento de recursos humanos, coerente com os objetivos de gestão do trabalho e da educação

² *Matriciamento* ou *apoio matricial* é um “modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Chiaverini, 2011, p. 13).

em saúde, firmou-se uma parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. Estabeleceu-se que a criação de projetos e de programas deve estar pautada nas Diretrizes Curriculares Nacionais, no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior e nas diretrizes do SUS. Essa parceria interministerial buscou, ainda, incentivar a constituição de grupos de pesquisa e cursos de especialização vinculados a instituições de Ensino Superior, além de estimular a promoção de eventos para divulgar a produção técnico-científica. Uma Comissão Técnica Interministerial foi criada para elaborar planos de trabalho que contemplassem linhas de pesquisa, fomento, normas e prazos em editais conjuntos (Brasil, 2005c; Ministério da Saúde, 2006).

Como estratégia sistemática, a Educação Permanente em Saúde pode englobar diversas ações específicas de capacitação, dirigidas a grupos de profissionais e delimitadas por uma análise estratégica que contemple as necessidades da cultura institucional dos serviços em um determinado contexto (Brasil, 2009a; Ceccim, 2005). Há duas modalidades de formação que se destacam no país, por serem destinadas a recém-graduados que atuam ou pretendem atuar nos serviços do SUS: as residências profissionais e multiprofissionais. Os profissionais que buscam um treinamento em serviço pretendem complementar a graduação, assegurando uma especialização que atenda ao modelo de integralidade do cuidado e ao trabalho em equipe multiprofissional preconizados pelo SUS (Silva, Terra, Camponogara, Kruse, Roso & Xavier, 2014).

Considerar a importância da integração entre o ensino, o exercício de ações em serviço, a gerência da saúde e a efetivação do controle social implica investir na qualificação de suas práticas, desenvolvidas por meio do trabalho em equipe. O investimento governamental nessa modalidade deve-se a sua potencialidade

pedagógica e política, ao possibilitar a mudança tecnoassistencial do sistema de saúde (Silva, Terra, Camponogara, Kruse, Roso & Xavier, 2014). Bispo, Tavares e Tomaz (2014) constataram que um desafio importante do ensino em saúde consiste em oferecer uma alternativa que envolva ações interdisciplinares que priorizem a integralidade, contraposta ao modelo fragmentado de organização do trabalho.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) pode ser considerada uma proposta de educação interprofissional que prioriza a aprendizagem em equipe e a flexibilidade da força de trabalho. Segundo Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011), tais aspectos possibilitam a integração do cuidado especializado por meio do respeito às especificidades de cada profissão. Nessa configuração de ensino, potencializa-se a relação teórico-prática no próprio campo de intervenção. As experiências vivenciadas modificam os atores envolvidos na parceria entre residentes e trabalhadores do serviço, evidenciando a necessária articulação entre ensino, serviço e comunidade (Domingos, Nunes & Carvalho, 2015).

1.1. A Residência Multiprofissional em Saúde como Proposta de Educação Interprofissional no Brasil

Estratégias de educação interprofissional têm sido implementadas em todo o mundo para desenvolver competências colaborativas e melhorar a assistência multiprofissional em saúde (Reeves, 2016; World Health Organization, 2010). No Brasil, é crescente o escopo de alternativas que investem na educação interprofissional por meio de programas de residência, sinalizando a necessidade de estudos que subsidiem o aprimoramento das metodologias ao se deterem em aspectos que precisam ser melhor compreendidos (Bispo, Tavares & Tomaz, 2014; Domingos, Nunes & Carvalho, 2015; Lopes, 2014; Miranda Neto, Leonello & Oliveira, 2015).

Conceitualmente, a Educação Interprofissional (EIP) engloba estudantes de graduação e pós-graduação num processo de formação colaborativa em que duas ou mais profissões aprendem juntas – umas sobre as outras e cada uma com as demais – melhorando a qualidade da assistência e a colaboração entre suas práticas (Reeves, 2016; World Health Organization, 2010). Esse modelo tem estado na vanguarda de muitas pesquisas e políticas em âmbito internacional, revelando benefícios para a comunicação entre os profissionais e apoio às mudanças nas práticas de saúde (Aguilar-da-Silva, Scapin & Batista, 2011; Reeves, 2016; Souto, Batista & Batista, 2014).

Os programas de RMS, atualmente, consistem em uma modalidade de pós-graduação interprofissional com bastante visibilidade no Brasil, em função da cooperação intersetorial, que objetiva qualificar profissionais da saúde para as áreas e serviços priorizados pelo SUS. Há registros de que a modalidade de formação em regime de residência existe desde a década de 1940, no Brasil. Entretanto, somente na década seguinte esse modelo foi consolidado como pós-graduação, sendo destinado exclusivamente aos profissionais da área médica (Ceccim & Feuerwerker, 2004b). Apenas no início deste século, com a regulamentação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, garantiu-se legitimidade aos programas de residência, inaugurando o desafio de promover a mudança da formação profissional e do modelo assistencial proposto pelo SUS (Brasil, 2004; 2009a; Lopes, 2014).

No Brasil, a pós-graduação encontra-se regulamentada e dividida em duas categorias de cursos: (a) *stricto sensu*, que possibilita a formação de pesquisadores e professores para o ensino superior por meio de programas de mestrado e doutorado, estabelecida por um rigor na oferta de vagas a candidatos que tenham concluído a graduação; (b) *lato sensu*, que inclui os cursos de especialização com

exigência de carga horária mínima de 360 horas e um trabalho de conclusão, variando nos requisitos de vagas conforme a instituição de ensino proponente (Brasil, 2007a). Rosa e Lopes (2009) denunciam a carência de políticas públicas no incentivo ao reconhecimento da pós-graduação como modelo de aprofundamento da formação profissional básica. Essas autoras afirmam que as modalidades de especialização *lato sensu* estão em sua maioria vinculadas a instituições não educacionais que visam interesses de mercado.

A RMS está configurada como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* em que o processo de ensino ocorre eminentemente nos dispositivos de saúde. É considerada especialização em caráter de residência, em regime de tempo integral e dedicação exclusiva durante um período mínimo de dois anos. Encontra-se sob a responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, sendo desenvolvida por universidades e entidades filantrópicas que estejam devidamente credenciadas para tal e em articulação com as secretarias municipais e estaduais de saúde (Brasil, 2005a; 2005b; 2014b).

Os processos de formação técnica são realizados sob supervisão de docentes e da equipe assistencial dos próprios serviços, em que os residentes desenvolvem suas atividades, perfazendo uma carga horária semanal de 60 horas. Diversas ênfases são contempladas nos programas de residência multiprofissional,

e todas mantêm o foco na integração das Redes Assistenciais em Saúde³ (RAS). Para implementação de um programa com determinada ênfase, deve-se considerar os cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica da região (Brasil, 2009a; 2014b; Ferreira, Varga & Silva, 2009).

Os programas de RMS passaram por um processo de fortalecimento que instituiu a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, cuja finalidade seria formular e executar o controle dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional de Saúde. Essa comissão avalia, supervisiona e trata da regulação dos programas (Brasil, 2005a, 2005b). A definição das diretrizes para a política de formação e dos critérios para a sua autorização e reconhecimento é feita pela Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A essa, também compete identificar a capacidade instalada do SUS para auxiliar a análise de sua utilização no processo de formação de profissionais (Brasil, 2007c).

A relação entre os programas de residência multiprofissional e os programas destinados a apenas uma categoria profissional, como ocorre com os médicos, consiste no âmbito do trabalho, a partir da integralidade como princípio do SUS e definidor das redes assistenciais. Nesse sentido, estabeleceu-se como eixo norteador a integração dos programas de RMS com a educação profissional, a graduação e a

³ As Redes Assistenciais em Saúde (RAS) consistem em organizações de “conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população” (Mendes, 2010, p. 2300). No Brasil, esse modelo está coordenado pela atenção primária à saúde.

pós-graduação na área da saúde. Indica-se que deve haver articulação entre as residências multiprofissional, uniprofissional e médica (Brasil, 2007b).

O profissional inserido nesse tipo de programa vivencia um treinamento em serviço conduzido pelo preceptor de campo – outro profissional, mais experiente e vinculado à instituição de saúde. Ele exerce supervisão direta das atividades práticas dos residentes, como uma orientação de referência que participa, em conjunto, das atividades de pesquisa e de intervenção. Esse profissional deve possuir habilidade clínica desenvolvida e competência para conduzir o processo de aprendizagem, possibilitando desenvolvimento pessoal e profissional dos residentes (Brasil, 2012b; Ministério da Saúde, 2006; Rodrigues & Gonze, 2013).

O aprofundamento teórico ocorre sob orientação de um tutor. A tutoria acadêmica é exercida por profissionais com formação mínima de mestrado, que realizam orientação acadêmica de preceptores e residentes, implementando estratégias pedagógicas para aquisição de competências técnicas por meio da união dos conceitos do ensino e da prática profissional. Os tutores também articulam a integração com pares de outros programas e estudantes de outros níveis de formação profissional (Brasil, 2012b; Rodrigues & Gonze, 2013).

O trabalho desenvolvido em sua especificidade deve visar a atuação interdisciplinar por intermédio da equipe multiprofissional, de acordo com as diretrizes específicas para delimitação de áreas de concentração, organizadas segundo a lógica de redes assistenciais. É importante que considere as prioridades de saúde locais e respeite as particularidades das áreas profissionais envolvidas.

Campos (2000) destaca a necessária compreensão das delimitações que cada profissão traz em seu escopo de responsabilidades e competências, a fim de potencializar o trabalho em equipe, considerando as habilidades e as capacidades

que cada área profissional tem a contribuir. Esse autor esclarece que o conceito de *campo* reúne responsabilidades e conhecimentos comuns a várias especialidades de saúde, enquanto que o conceito de *núcleo* delimita os saberes e práticas responsáveis específicos a cada profissão.

Entende-se que cada área de concentração, conforme estão organizados os programas de residência, constitui um campo específico de conhecimentos, saberes e práticas. Quando se reúnem várias áreas de concentração que tenham afinidade para integração multi e interdisciplinar, passa-se a compor uma área temática. Um programa de RMS constituído por mais de uma área de concentração deve contemplar, no mínimo, 3 profissões em cada uma. Nesse contexto, a tutoria de núcleo volta-se à cada profissão específica, enquanto a tutoria de campo direciona-se aos preceptores e residentes de um determinado campo de conhecimento, integrando os diferentes núcleos de saberes e práticas (Brasil, 2012b; Ministério da Saúde, 2006).

O Projeto Pedagógico de cada programa orienta-se pelo desenvolvimento do núcleo específico de cada profissão, em seus respectivos campos de conhecimento. Os núcleos de saberes e práticas profissionais integram-se na execução das atividades teóricas, práticas e teórico-práticas, organizados por um eixo integrador transversal comum a todas as profissões, um ou mais eixos integradores para as áreas de concentração e os eixos dos núcleos de saberes de cada profissão (Brasil, 2012b; Miranda Neto, Leonello & Oliveira, 2015).

O Projeto Pedagógico é implementado por uma coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), uma coordenação do programa, um Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes. Miranda Neto, Leonello e Oliveira (2015) afirmam

que esse projeto expressa os valores e princípios educacionais e políticos adotados em cada programa, representando uma produção coletiva. Os residentes devem conhecê-lo, empenhados na criação de alternativas estratégicas inovadoras. Por meio de sua ação, espera-se que surjam reconfigurações dos campos e das relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas (Brasil, 2012b; 2015; Motta & Pacheco, 2014).

A coordenação de cada programa conta com a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) para implementá-lo de acordo com as deliberações da COREMU. A CIES participa do processo de análise, atualização e aprovação do Projeto Pedagógico, além da autoavaliação do programa, a fim de documentar e atualizar seus dados junto às instâncias institucionais. No tocante às ações pedagógicas, a coordenação deve promover a qualificação dos docentes, tutores e preceptores, além de integrar o programa com outros da mesma instituição, incluindo a residência médica e os cursos de graduação e de pós-graduação. Essa coordenação deve ser exercida por um profissional com titulação mínima de mestre, que tenha experiência de 3 anos na área de formação, atenção e gestão em saúde (Brasil, 2012b; 2015).

Representantes de docentes, tutores e preceptores, junto à coordenação do programa, devem constituir o Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE). Dessa forma, assumem também as funções de acompanhar como o Projeto Pedagógico é executado, assessorando no planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação do programa. O NDAE deve promover a institucionalização dos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando fortalecer as ações nas áreas de concentração, entre equipes e serviços nas redes assistenciais. Esse núcleo também estrutura e desenvolve grupos de estudo,

fomentando a produção de projetos de pesquisa e intervenção voltados à produção de conhecimento e tecnologia (Brasil, 2012b).

As ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento tecnológico para atenção e gestão em saúde são planejadas e implementadas por preceptores, tutores, docentes, equipe de saúde e residentes, juntos. Tutores e preceptores de cada área de concentração acompanham a execução do plano de atividades teórico-práticas e práticas dos residentes, além de elaborarem a escala de férias e de plantões. Eles também formalizam o processo avaliativo dos residentes e promovem a integração deles com a equipe de saúde, os usuários, os residentes e estudantes de outros níveis de formação (Brasil, 2012b; Rodrigues & Gonze, 2013).

Em estudo sobre os programas de residência e a integralidade da atenção, Shikasho (2013) analisa a micropolítica do trabalho e da formação em saúde e enfatiza que um importante efeito desse modelo consiste no estímulo ao protagonismo nos profissionais. Essa realidade pode estar relacionada à tentativa de implementar estratégias pedagógicas que primem pela configuração de cenários de aprendizagem que considerem os sujeitos envolvidos como protagonistas sociais, responsáveis pelo próprio processo de formação.

Domingos, Nunes e Carvalho (2015, p. 1.227), em pesquisa sobre a percepção dos trabalhadores da Saúde da Família acerca das potencialidades da RMS, destacam que “discutir o processo de trabalho implica assumir responsabilidades, o que gera desconforto por trazer à tona rotinas já estabelecidas que necessitam ser mudadas, que precisam de uma ação”. É nesse sentido que as diversas ênfases dos programas de RMS, ao contemplarem todos os níveis da atenção à saúde e a gestão do sistema, podem contribuir para a organização das redes assistenciais.

Um sistema de avaliação formativa, que conte com a participação dos

diferentes atores envolvidos, apesar de consistir em outro eixo norteador dos programas de RMS no país, ainda não foi implementado em uma sistemática de âmbito nacional. Ele deveria visar o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva dos profissionais inseridos nos programas, destacando sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS (Brasil, 2012b; 2014b; 2015).

O processo de apreciação dos programas tem sido realizado com base em uma autoavaliação, que consiste no preenchimento de um formulário e uma análise *in loco* por equipe da COREMU. Existem alguns modelos em estudo no país que buscam contribuir com a elaboração de um processo avaliativo em âmbito nacional que preze pela participação de todos os profissionais que ocupam funções distintas nos programas (Vasconcelos, Souza, Lira, Dias & Silva, 2015).

Observa-se que os programas de residência assumem a missão de estimular a análise crítica sobre a atuação profissional, problematizando a articulação dos trabalhos especializados, a partir de situações vivenciadas nas equipes dos serviços de saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004b; Shikasho, 2013). Rosa e Lopes (2009) destacam a importância da RMS como aprimoramento para a formação profissional básica da graduação, de maneira a contribuir para o ajustamento do perfil profissional ao contexto do serviço e a sua dinâmica de mudanças. Essas autoras ressaltam o processo de inserção qualificada de jovens profissionais no SUS como modo de intervenção necessária para se produzirem mudanças no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico na atenção à saúde brasileira.

Os programas de RMS configuram-se como uma tentativa de transpor o modelo assistencial centralizador, ao potencializarem a criação de espaços que priorizam a integralidade do cuidado a partir da união de especialidades com ênfase interdisciplinar. Segundo a regulamentação vigente no país, que delimita as áreas

profissionais para realização de programas de residência multiprofissional, estão aptos a participarem dos programas os egressos dos seguintes cursos de graduação: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica (Brasil, 2014b).

Considerando que a presente pesquisa teve como foco as vivências de profissionais da Psicologia nesse contexto de formação, mister esclarecer o processo de inserção desse profissional na área da saúde pública brasileira. Atenta-se para o fato de que essa especialidade, enquanto disciplina, esteve tradicionalmente ligada às ciências humanas e sociais. Sua ligação às ciências naturais e da saúde deu-se a partir do século XIX, quando se intensificaram algumas propostas de ciência psicológica. A seguir, serão explicitados alguns aspectos da formação e prática psicológica na saúde.

1.2. O Psicólogo em Educação Interprofissional no Brasil

A valorização do fazer multiprofissional e interdisciplinar, como estratégia para qualificar o cuidado a partir de uma visão integral, disseminou-se no Brasil com a implementação de equipes de apoio matricial junto às de saúde da família. Lima e Santos (2012) esclarecem que, no caso específico da Psicologia, sua inserção no SUS de modo mais efetivo deu-se a partir de 2004, quando foi regulamentada em portarias ministeriais.

Segundo Böing e Crepaldi (2010), apesar das normativas nacionais indicarem lugar cativo da Psicologia nas equipes de matriciamento, essa medida não representa um cenário consolidado no que se refere ao envolvimento e às contribuições da profissão para a saúde pública. Na condição de área profissional de saúde contemplada em programas de RMS, a Psicologia esteve presente desde a

regulamentação de 2007, permanecendo até o momento e participando de modo cada vez mais significativo nas diversas áreas de concentração (Brasil, 2007a).

A presença do psicólogo nos serviços de saúde no Brasil é anterior a regulamentação da profissão, ocorrida em 1962. Registros de práticas psicológicas em hospitais podem ser encontrados desde a década de 1950. Nas décadas seguintes, houve uma ampliação de ofertas de graduação e pós-graduação para psicólogos, acompanhada pela concepção de novos espaços para a prática profissional, inclusive por meio de concursos públicos (Cezar, Rodrigues & Arpini, 2015). No entanto, a contribuição da Psicologia na formulação de políticas públicas de saúde pode ainda ser vista como incipiente, em razão da necessidade de regulamentações que clarifiquem seu papel em cada nível de atenção (Böing & Crepaldi, 2010).

A inserção da Psicologia nos programas de residência multiprofissional expressa seu processo de consolidação na saúde pública brasileira, destacando sua potencialidade para contribuir com o projeto de atenção integral do SUS. O envolvimento dos psicólogos no movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil, em meados da década de 1970, contribuiu de maneira significativa para a reestruturação dos serviços de assistência à saúde pública e privada. Destaca-se o crescente número de psicólogos contratados pela rede pública nas últimas décadas e a necessidade de atualização de seu arcabouço teórico-prático para atuar nesse contexto (Dimenstein & Macedo, 2012; Pires & Braga, 2009).

Em pesquisa desenvolvida em nível nacional, Yamamoto, Souza e Zanelli (2010) analisaram a formação básica e pós-graduada dos psicólogos brasileiros. Os aspectos demonstrados pelo estudo revelaram uma caracterização inusitada do perfil de psicólogos, preocupados com a formação continuada e atentos na transformação

do mercado de trabalho. Esses autores encontraram ressonâncias em outras pesquisas, no que concerne à formação complementar abrangente e complexa do psicólogo, constataram que ele é um dos profissionais de nível superior que mais investe em sua profissão. Os dados do estudo revelam que se priorizam as modalidades profissionais, mais especificamente a especialização, seguidas do mestrado e do doutorado. Entretanto, o estudo não delimita a modalidade da residência profissional ou multiprofissional no universo de especializações disponíveis em território nacional.

A perspectiva de articular ações intersetoriais de cunho formativo que envolvam serviço, comunidade e universidade, enfatizando uma proposição interdisciplinar, consiste em configuração recente para o profissional de Psicologia. Desse modo, implica um processo de reestruturação do modelo oferecido nos cursos de graduação. O Conselho Federal de Psicologia destaca, em relatório do Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública (2006, p. 26-27), que “a formação e o exercício profissional precisam estar conectados à crescente participação dos psicólogos nas políticas públicas de saúde, tanto na atenção quanto na gestão e no controle social”.

Mesmo com o aumento da participação de psicólogos em programas de RMS e nos Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde, observa-se ainda uma tímida discussão e produção de pesquisa sobre a Psicologia nesse contexto. Essa realidade aponta a importância de se investir em estudos que se dediquem a essa experiência de inserção e no modo como os psicólogos têm se apropriado de sua prática, a fim de contribuir com as possibilidades de atualização da atenção psicológica no contexto institucional de cooperação interprofissional.

Dimenstein e Macedo (2012) ressaltam que a participação dos psicólogos no

SUS deve ser analisada a partir de dois aspectos fundamentais. Primeiramente, que a Psicologia não contribuiu para mudanças significativas na lógica da produção de saberes e ações de saúde como categoria profissional. Em seguida, apontam a existência de um campo de tensionamento, que extrapola a esfera da Psicologia, a fim de contribuir com a formulação de novos problemas e a emergência de atores políticos que intervenham em um plano ético e analisem o modo de funcionamento, as políticas públicas, os modelos tecnoassistenciais em curso e as relações interprofissionais.

No tocante ao envolvimento direto da Psicologia, considera-se que a perspectiva do trabalho desenvolvido em um contexto de articulação entre teoria e prática, norteado pela proposta de Educação Permanente em Saúde, pode engendrar novas contribuições para o saber-fazer interdisciplinar. Nesse âmbito, o psicólogo é levado, a partir da integração entre ensino, serviço e comunidade, a refletir criticamente sobre as especificidades de seu núcleo profissional, de maneira a gerar impactos positivos nos modos de cuidado ao usuário do serviço e à própria equipe.

Quanto ao campo de tensões entre as forças atuantes na implementação do novo modelo tecnoassistencial, ressalta-se a RMS como ambiente propiciador à emergência de reformulações de antigos problemas que ainda se encontram sem definição para o profissional recém-graduado. Para tanto, o ambiente propício a uma aprendizagem compartilhada, norteado pela proposta de educação interprofissional com práticas colaborativas, prioriza uma comunicação entre os núcleos profissionais e as áreas de concentração das redes de atenção à saúde.

Böing e Crepaldi (2010) analisaram documentos da legislação federal que caracterizam o modelo de atenção básica e saúde mental brasileiro, concentrados no que indicam ou exigem para a inserção da Psicologia nas equipes de saúde.

Constataram nessa pesquisa que os locais mais comuns para sua inclusão são hospitais, centros especializados, Centros de Atenção Psicossocial, equipes de apoio matricial na saúde mental e atenção básica em unidades prisionais. Tendo prevalecido nos registros a inserção em níveis secundário e terciário da atenção, esses pesquisadores discutem que a atuação preconizada ao psicólogo encontra-se mais direcionada para a promoção, a prevenção e a atenção curativa, além do apoio matricial, pouco específicos quanto à relevância do psicólogo nesses contextos.

Observa-se a necessidade de aprofundamento em estudos que busquem compreender como a Psicologia brasileira tem se apropriado do seu lugar na saúde pública, reconhecendo as múltiplas modalidades de atenção psicológica desenvolvidas nessa área. Nesse sentido, o espaço de formação em saúde que preza pela integralidade dos fazeres profissionais pode ser entendido como valioso campo de estudos pelo seu potencial pedagógico de criação de novas práticas.

A área de atuação do psicólogo dedicada aos cuidados à saúde global da população, pensada como campo interdisciplinar voltado para a manutenção e promoção da saúde, denomina-se Psicologia da Saúde. Prioriza a promoção de saúde e a prevenção de doenças, abrangendo todas as intervenções e tratamentos dedicados ao processo saúde-doença, inclusive a saúde mental (Alves, Lima, Souza, Ernesto & Silva, 2011; Marks, Murray, Evans & Willing, 2000; Pires & Braga, 2009).

Ribeiro (2011) esclarece que, a partir da década de 1970, o papel da Psicologia no sistema de saúde acompanhou de certa forma as mudanças na própria concepção de saúde, diferindo de um país para outro. No Brasil, a Psicologia Hospitalar foi primeiramente reconhecida com o intuito de reunir os profissionais que trabalhavam em hospitais, demarcando uma prática profissional limitada ao contexto no qual é praticada. Castro e Bornholdt (2004, p. 49) afirmam que a Psicologia da Saúde é uma

área consolidada internacionalmente, mais ampla que a primeira, dedicada a “compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença”.

Alguns estudiosos dessa área explicitam em suas definições a importância dada a análise do sistema de atenção à saúde para a atualização dos conceitos de recuperação, prevenção de agravos, promoção e elaboração de políticas da saúde. Numa perspectiva atual, esse campo exige que o profissional desenvolva habilidades que favoreçam a interlocução multiprofissional com o propósito de desenvolver ações de cuidado de modo interdisciplinar (Alves, Lima, Souza, Ernesto & Silva, 2011; Spink & Matta, 2010).

Alves e Eulálio (2011) enfatizam que a prevenção de enfermidades e a promoção de saúde geral reúnem as principais funções da intervenção psicológica na saúde. Ações de promoção estão relacionadas com a proteção, manutenção e aumento da saúde, pensadas a partir do perfil epidemiológico da comunidade atendida a fim de melhorar seu potencial de saúde. Dessa forma, a ação assistencial se antepõe ao surgimento de enfermidades. Depois de envolver essas ações, o psicólogo deve se dedicar à prevenção de doenças nos diversos níveis de atenção.

As ações preventivas estão associadas às primeiras, com o intuito de estabelecer hábitos de vida saudáveis e diminuir comportamentos de risco à saúde da população. A intervenção primária consiste na primeira ação ante a problemática percebida, devendo ser planejada e executada em equipe multiprofissional. No nível secundário, pretende-se diminuir a prevalência de doenças, acompanhando o paciente no tratamento em ambulatório e centros de especialidades. A intervenção secundária aproxima-se da visão de clínica tradicional, em que se realiza uma assistência especializada. A prevenção terciária visa a diminuir sequelas e

complicações, dedicando-se a problemas de alta complexidade. Inclui-se, ainda, intervenções voltadas à família e pesquisas de fatores psicossociais da doença (Alves & Eulálio, 2011).

Observa-se que o trabalho do psicólogo em instituições de saúde envolve não exclusivamente o paciente, mas também seus familiares e a própria equipe de profissionais, como uma extensão do seu cuidado. O profissional precisa transcender os limites de sua categoria profissional e buscar somar conhecimentos de outras áreas, como a Antropologia da Saúde, a Epidemiologia, as Políticas Sociais, entre outras. No cenário brasileiro, é crescente o número de psicólogos nos programas de residência profissional e multiprofissional em saúde que buscam o aprimoramento na área, levando em conta a perspectiva atual e o reconhecimento da carência dessa formação nos cursos de graduação.

Recentemente, o Conselho Federal de Psicologia regulamentou a concessão do título de especialista em Psicologia em Saúde aos psicólogos egressos dessas categorias de ensino em nível de pós-graduação *lato sensu*. Definiu-se, entre as principais características, que o profissional “atua em equipes multiprofissionais interdisciplinares no campo da saúde, utilizando os princípios, técnicas e conhecimentos relacionados à produção de subjetividade para a análise, planejamento e intervenção nos processos saúde e doença” (Conselho Federal de Psicologia, 2016). Dessa forma, ela foi incluída no rol das especialidades concedidas pela entidade, citada como uma categoria diferenciada da Psicologia Hospitalar e da Psicologia Clínica, já existentes na resolução de 2007 (Conselho Federal de Psicologia, 2007a, 2007c).

Uma importante especificidade do trabalho do psicólogo na saúde consiste na escuta de conteúdos subjetivos. A atenção ao aspecto psicológico refere-se à

manifestação subjetiva perante o processo saúde-doença, o que permite, de forma potencial, uma orientação mais clara para a tomada de decisão com foco nas necessidades do sujeito atendido. Assim, a habilidade de escuta refinada e qualificada pela prática reflexiva pode contribuir sobremaneira com o processo de atenção interdisciplinar propiciado em equipe, destacando um aspecto significativo da contribuição do núcleo profissional da Psicologia (Lima & Santos, 2012; Simonetti, 2016).

Morais, Castro e Souza (2012) enfatizam o caráter formativo da residência, de maneira que a experiência vivida nesse contexto repercute em toda a trajetória profissional, marcada pela maneira que os profissionais se apropriam do conhecimento acadêmico. Destacam-se também o desenvolvimento de habilidades pessoais e profissionais, a partir da vivência significativa do trabalho em equipe e a importante interação entre os diversos saberes, ao visarem a assistência integral ao humano. Considera-se que o desenvolvimento do psicólogo na perspectiva da RMS amplia o alcance da própria Psicologia como profissão e ciência, reconhecendo que a inserção em equipe multiprofissional é contínua e permanente, assim como a constituição dos vínculos internos à equipe e desta com os usuários que buscam cuidado.

Em redes de atenção à saúde, os processos de aprendizagem podem ocorrer em ciclos de prática organizados por meio de rodízios, em que os residentes acompanham o cotidiano de determinados serviços por um período de tempo delimitado. Lima e Santos (2012) destacam as oportunidades de aprendizagem que a aproximação com realidades institucionais distintas e modalidades de tratamento variadas podem proporcionar. Entretanto, essas pesquisadoras alertam em seus estudos para o impacto gerado nos usuários e nos profissionais quando ocorre a

saída da equipe residente do serviço.

Essas autoras discutem a hierarquia do saber psicológico que se revela em determinados contextos de formação, especialmente quando os profissionais se deparam com a predominância de uma abordagem psicológica sobre as demais, incorrendo em conflitos. Consideram que a formação multiprofissional promove maturidade profissional aos envolvidos, potencializando atitudes transdisciplinares nos trabalhadores da saúde.

No entanto, para que o psicólogo seja reconhecido como profissional da saúde que integra a equipe interdisciplinar, além de representar a atenção especializada, ele deve efetivar a transformação de sua prática aliada à postura profissional. As mudanças nas práticas de cuidado devem perfazer um percurso de ressignificação de sua identidade e postura profissional para chegar a ser reconhecida como integradora (Böing & Crepaldi, 2010; Cezar, Rodrigues & Arpini, 2015; Souto, Batista & Batista, 2014).

Assim, o psicólogo no contexto de formação multiprofissional em saúde, como ocorre em programas de RMS, encontra-se exposto a um ambiente marcado pela diversidade e complexidade da prática da atenção psicológica. Aproximar-se dos aspectos subjetivos que atravessam seu fazer e seu modo de apropriação desse contexto pode significar contribuir sobremaneira para se pensar a educação em serviço e em equipe a partir da perspectiva vivida pelo residente.

Capítulo 2: Fundamentos Filosóficos e Psicológicos para uma Compreensão sobre o Conceito de Experiência Vivida

Neste capítulo são apresentados os fundamentos epistemológicos que norteiam o presente estudo, bem como a perspectiva psicológica adotada para compreender o fenômeno humano relacional. Ao objetivar uma compreensão da experiência vivida por psicólogos em determinado contexto de formação em serviço, identifica-se a fenomenologia como base epistemológica e seu modo de considerar os elementos revelados ao longo dos encontros com os participantes.

O termo fenomenologia advém do grego e pode ser definido a partir da união das palavras *phainomai* (fenômeno) – que significa aparecer, “aquilo que se mostra” – e *logos*, que remete a discurso no sentido de descrição ou a um dizer racional, a capacidade para refletir. Portanto, a fenomenologia pode ser entendida como a reflexão sobre aquilo que se mostra ou descrição racional do que aparece (Ales Bello, 2006; Amatuzzi, 2009). Segundo Silva (2011), seu interesse está direcionado para o sentido atribuído aos elementos revelados na experiência.

Um estudo que se proponha a conhecer a experiência vivida deve trilhar um caminho exploratório para o desvelamento do fenômeno, que demanda do pesquisador uma atitude de abertura ao conhecimento que emerge da relação com os participantes. Tal proposta efetiva-se quando o pesquisador dispõe-se ao contato com o outro a partir de seu próprio campo experiencial, numa atitude de respeito ao encontro de subjetividades que só pode ser desencadeado em um ambiente facilitador. Para tanto, é necessário que aprenda a reconhecer seu próprio caminhar enquanto sujeito da experiência, a fim de apropriar-se dessa atitude.

Com o intuito de esclarecer essas questões serão apresentados, nas próximas subsecções, os principais elementos conceituais da Fenomenologia desenvolvida por

Husserl, assim como a visão de homem advinda de referenciais da Psicologia Humanista. Primeiramente, será abordada a concepção fenomenológica sobre a Psicologia e como esta pode ser relacionada com a perspectiva humanista, mais especificamente à Abordagem Centrada na Pessoa.

2.1. A Relação entre Psicologia e Fenomenologia

A relação entre Psicologia e Fenomenologia é considerada complexa, por vezes ambígua, e de difícil entendimento, tendo em vista o conflito inicial entre a lógica objetiva e a filosofia (Ales Bello, 2014). A fenomenologia surgiu no campo da filosofia, interessada no exame crítico sobre o conhecimento do homem, suas estruturas cognitivas e afetivas, configurada como ciência do espírito que prima pelo rigor epistemológico (Amatuzzi, 2009; Holanda, 2014). A Psicologia clássica, por sua vez, tornou-se ciência ao ter adotado os critérios positivistas para investigar o homem e seus processos cognitivos e emocionais, localizando-se dentre as ciências da natureza e seguindo a tendência moderna da racionalidade científica (Figueiredo & Santi, 2008).

Elas se diferenciam em sua origem, especialmente no que concerne às modalidades de descrição do sujeito e a concepção epistemológica. A Psicologia clássica seguiu os preceitos da metodologia científica que imperava no século XIX, marcada pelo esforço de disciplinar o espírito, dominando a subjetividade e eliminando as diferenças individuais, de forma a propor leis genéricas (Figueiredo & Santi, 2008). Nesse período, a lógica cartesiana fundamentava o conhecimento crítico, alicerçando a concepção de subjetividade a partir da noção de identidade, pautada nas representações de si pelos modos de manifestação relativamente estáveis, e na consciência reflexiva do sujeito moderno (Araújo, 2002).

O conhecimento psicológico de caráter científico é marcado, no século XX, por

uma ampliação nas concepções de objeto de estudo que reflete a crescente divergência entre as abordagens psicológicas. Figueiredo e Santi (2008) afirmam que o lugar da Psicologia entre as ciências esteve incerto, desde o seu início, tornando-se possível como ciência independente devido à sua própria crise. Entretanto, a experiência subjetiva do indivíduo só poderia ser tratada cientificamente como objeto se superada essa crise. Esses autores refletem se há de fato um lugar para a Psicologia como ciência independente, tendo em vista a necessária aproximação com outros campos de estudo para compreender e explicar o seu objeto.

A Psicologia clássica assumiu, portanto, a inclinação da ciência positivista de objetificar os conteúdos e expressões das experiências humanas, a fim de sustentar uma postura que prezasse pela realidade submetida à análise objetiva, quantificação e classificação. Diante desse panorama, ainda presente, salientam Salum e Mahfoud (2012, p. 94): “Compreendendo o modo como se apresenta a vivência do outro na contemporaneidade, encontramos um relacionamento entre o homem e a realidade pautado pela relação técnica entre sujeito e objeto”. No imperativo de uma consciência tecnológica, determina-se a relação do sujeito com o objeto de conhecimento perfazendo um modo de ser marcado por essa polaridade.

Amparados pela crítica de Oliveira (citado por Salum & Mahfoud, 2012) acerca da objetivação do homem que estabelece uma “não-subjetividade” nessa perspectiva de conhecimento, esses autores destacam a importância do reconhecimento da relação intersubjetiva e da valorização do espaço para compor o sentido de experiência do mundo pelo sujeito. Entender que a experiência humana não pode ser reduzida a empiria do mundo físico abre a possibilidade de sua aceitação como ato de consciência, fundamento encontrado na perspectiva fenomenológica. Há uma dimensão ética na experiência humana que poderá ser abordada e compreendida

somente por um paradigma que considere a noção de intersubjetividade como base compreensiva (Salum & Mahfoud, 2012).

O filósofo Edmund Husserl (1859-1938), principal responsável pelo desenvolvimento da fenomenologia do século XIX, criticou o objetivismo naturalista predominante nas ciências modernas, caracterizando uma crise de valores na produção de conhecimento por prescindir dos sentidos da existência para a vida humana (César & Santos, 2013). Destacou que o objetivismo marcante no modelo científico naturalista pode ser considerado restritivo ao sobrelevar a técnica na produção de conhecimento.

A fenomenologia parte, portanto, de um pensamento crítico ao tecnicismo que passou a imperar nas ciências modernas. Husserl pretendia desenvolver um método de conhecimento que superasse o modelo lógico tradicional, elaborando uma “análise da atividade cognitiva e, em geral, da vida reflexiva e afetiva, descrevendo-a no seu acontecer, assim como ela se apresenta, sem nenhuma sobreposição de elementos estranhos” (Ales Bello, 2014, p. 29).

Dessa forma, propõe-se que o pesquisador, à maneira de um filósofo, assuma uma postura vigilante que possibilite captar aquilo que se manifesta essencial (*eidós*) no fenômeno. Na pluralidade de sentidos que compõe o fenômeno, interessa à fenomenologia husserliana conhecer o que está além da dimensão física da realidade da qual se ocupam as ciências naturais.

Na concepção de Husserl (1954/2012), o *mundo-da-vida*⁴ (*Lebenswelt*) constitui a chave para dar fundamento à filosofia e à ciência, enfatizando o sujeito e sua consciência como constituintes do todo existente. É no *mundo vivido* onde se originam as experiências absolutas, puras e originárias, o campo de experiências pré-científicas, antipredicativas, pré-categoriais e não-teóricas. Ele se revela evidente e universal ao implicar a experiência mesma da subjetividade e compreender a vida enquanto ação dotada de sentido, criadora de cultura em uma unidade histórica.

Há um rompimento com a ideia dicotômica de sujeito/objeto, passando a ser priorizada a relação homem/*mundo-da-vida*, de modo intrínseco, como fundamento para compreender como se dá uma investigação com ênfase na experiência vivida. AmatuZZi (2009) enfatiza que é do *mundo vivido* que nascem os pensamentos e que conhecer esse mundo implica em abrir-se para compreender o modo do homem estar nele, por meio das relações com outros homens. Portanto, conhecê-lo sugere incluir-se nele, a partir do seu modo de estar e agir no mundo. Não se trata da natureza enquanto realidade objetiva, mas do fenômeno primeiro que se passa a conhecer a partir de uma relação e a elaborar pelo pensamento.

Nessa perspectiva husserliana, a vivência da reflexão é diferente da percepção, constituindo-se como ato da consciência. Para chegar ao conhecimento, é necessário seguir pela via reflexiva, na qual a vivência das atividades intelectuais toma uma forma mais plena. A análise fenomenológica supera, portanto, o plano da

⁴ Originariamente, esse termo advém da palavra alemã *Lebenswelt*, desenvolvido conceitualmente por Husserl (1954/2012). Ao longo deste texto podem ser encontradas as duas formas de tradução – *mundo vivido* ou *mundo-da-vida* – estando apresentadas em itálico para facilitar o reconhecimento da terminologia.

percepção, tornando possível estabelecer a estrutura da experiência. O método fenomenológico para conhecer implica um processo que se desdobra em duas etapas fundamentais: a redução à essência (redução eidética ou fenomenológica) e a redução ao sujeito (redução transcendental) (Ales Bello, 2004).

O caminho para chegar ao conhecimento, tomando a filosofia como ciência de rigor, será a análise das essências dos fenômenos, buscando acessar o campo da vida transcendental da consciência (Alves, 2013). Não limitada ao mundo empírico, a redução fenomenológica consiste no meio para se chegar à ciência eidética proposta por Husserl (1913/2006, 1931/2013).

Assim, a consciência constitui o mundo psicofísico, assumindo seu caráter de imanência e transcendência em relação a natureza material. Para Husserl (1913/2006), o vivido empírico contrapõe-se ao vivido absoluto, em função da pressuposição de sentido. Na compreensão de Alves (2013, p. 116) “a consciência por meio da intencionalidade impõe sentido a todas as coisas com as quais se relaciona”.

Trata-se de reconhecer que os aspectos da vivência estão interligados na interioridade subjetiva, a identificação de um objeto passa pelo reconhecimento das afetações a partir do contato com ele e do modo de percebê-lo. O sujeito não se contrapõe ao objeto, pois ambos se encontram em relação por uma ligação intencional (Ales Bello, 2004). Constitui-se na consciência do sujeito uma unidade de síntese que identifica um objeto, mesmo diante da multiplicidade de modos sob os quais este possa aparecer, ao reconhecer o seu sentido (Husserl, 1931/2013).

Husserl (1931/2013, p. 82) afirma que “toda e qualquer atualidade implica, antes, as suas potencialidades”, destacando o horizonte de possibilidades de conteúdos que uma vivência ou um objeto podem revelar quando presentificados.

Previamente delineado pela intencionalidade da consciência, um polo de identidade será preenchido de maneira pormenorizada desvelando novos horizontes de conteúdo a partir da análise intencional.

Assim, a Fenomenologia assume uma busca pelo sentido da existência do homem no mundo pela via da subjetividade transcendental e de suas evidências pré-científicas e pré-lógicas (Goto, 2013). O termo transcendental faz referência às estruturas das vivências, à consideração do ato pela percepção, como atos da consciência, e que, portanto, compõem a subjetividade. A imanência dos atos da consciência encontra-se em relação com os objetos, implicados no mundo.

Ao destacar uma fenomenologia transcendental, a partir de uma subjetividade transcendental, Husserl ressalta que é pelo fenômeno que a estrutura revela as potencialidades de realização das vivências (Valério & Barreira, 2015). Debruçar-se em atitude compreensiva diante da vivência do outro implica em direcionar a intencionalidade para a relação intersubjetiva, numa tentativa de perceber os sentidos que emergem da consciência direcionada a certa vivência e retomada numa relação.

A própria experiência do conhecimento encontra-se implicada na vivência da pessoa em atitude natural, apontando para a motivação para compreender todas as experiências concretas da pessoa humana. Esse caminho, para Husserl, dar-se-ia a partir de uma fenomenologia transcendental, que constrói a ponte para a subjetividade transcendental. A fim de tratar da expressividade psíquica dessa subjetividade, ele propôs uma psicologia fenomenológica, na qual está incluída a dimensão da experiência pessoal de forma a ampliar a concepção de sujeito e seus modos de subjetivação (Goto, 2008; Salum & Mahfoud, 2012).

Segundo a proposição husserliana, a Fenomenologia passou a ser considerada como fundamento necessário para se esclarecer os conceitos básicos

da Psicologia, um novo paradigma para a ciência psicológica (Husserl, 1954/2012). Assim, Husserl delineou uma psicologia fenomenológica, enquanto psicologia eidética. Ressalta-se que esta não pode ser limitada a uma investigação empirista dos significados psicológicos, mas se refere a uma epistemologia específica, uma ciência descritiva interessada na intencionalidade da consciência para o mundo (Ales Bello, 2014).

Para Husserl (1954/2012), a Psicologia deve incorporar o método da *redução fenomenológica-psicológica*, como um método fundamental da Psicologia (*Psychologischer Grundmethode*), a fim de alcançar uma descrição psicológica dos fenômenos da consciência, de maneira a preservar o seu objeto e tema. Ele destaca que, ao se conseguir manter a descrição dos puros dados da vida imanente (consciência), tem-se também preservada a sua transcendência (intencionalidade).

Goto (2007, 2008) afirma que Husserl vincula a Psicologia à Fenomenologia transcendental, na condição de caminho obrigatório, já que para alcançar a subjetividade transcendental é preciso acessar a consciência intencional, ou seja, as descrições psicológicas. Essa psicologia difere totalmente da psicologia moderna, por prescindir da explicação empírico-naturalista.

Na condição de psicologia pura, suspende qualquer relação psicofísica para se chegar ao essencial do psíquico (*eidos*). Para se descrever o que é puramente psíquico, é necessário aproximar-se diretamente de sua natureza, excluindo qualquer interesse pela natureza fática e seguindo o método fenomenológico para acessar a subjetividade psíquica a partir de seus próprios princípios (Goto, 2008).

Assim, uma psicologia puramente fenomenológica antecede qualquer psicologia empírica, devendo seguir as seguintes análises: (a) descrição das formas essenciais das vivências intencionais, relativa à constituição da consciência e seu

processo de síntese; (b) exploração de tipologias essenciais, configurando a singularidade das vivências intencionais; (c) descrição do funcionamento da vida anímica em geral, relativa ao caráter essencial do fluxo de consciência universal; (d) análise pormenorizada das vivências do eu como sujeito (Goto, 2007).

O movimento que a psicologia fenomenológica faz, indo diretamente à experiência pura para esclarecer as formas essenciais da consciência, acaba por vincular-se com as experiências singulares e empíricas. Ao revelar a consciência intencional (a vida consciente), mostra também que a consciência empírica (o eu empírico) vincula-se ao “eu transcendental” (consciência transcendental) e forma um contexto universal. Husserl (1954/2012) afirma que, ao chegar à consciência universal e absoluta do *mundo-da-vida*, a psicologia fenomenológica converte-se em uma fenomenologia transcendental.

Portanto, o sentido da investigação psicológica distingue-se da fenomenologia transcendental, já que a psicologia fenomenológica visa o sujeito psicológico, enquanto a fenomenologia transcendental visa o sujeito transcendental. Sua principal tarefa consiste em descrever o sentido da consciência, das intencionalidades da vida psíquica, sem recorrer às explicações causais e aos métodos generalizantes. Assim, a psicologia fenomenológica é considerada uma alternativa no cenário da psicologia científica, ultrapassando a concepção unilateral de ciência e técnica, ao retomar o *mundo-da-vida* e o sentido da existência humana como foco de interesse (Goto, 2013).

Valério e Barreira (2015) esclarecem que não se trata de negar a existência independente do objeto e do mundo, mas de reconhecer que todo conhecimento foi vivido intencionalmente por uma consciência, seja num plano consciente ou pré-consciente. Existe uma correlação entre eu, subjetividade, intersubjetividade e *mundo*

vivido considerada constitutiva de toda possibilidade de ser realidade e mundo, permitindo a manifestação dos fenômenos. Nesse processo ocorre uma mútua constituição, em que o sujeito é afetado durante o mesmo ato de constituir o mundo.

Sanchis e Mahfoud (2012), ao discutirem o conceito de subjetividade, destacam a difícil tarefa de se estabelecer uma delimitação para seu campo, afirmando a necessidade de uma apreensão interdisciplinar para não incorrer no reducionismo categórico. Esses autores declaram que afirmar a constituição histórica, social e cultural do sujeito implica em afirmar a própria singularidade.

Assim, a subjetividade deve ser pensada “não como equivalente a qualquer um dos pólos, mas justamente na articulação entre eles, que por sua vez articulam também o particular e o coletivo na diversidade de seus aspectos” (Sanchis & Mahfoud, 2012, p. 230). A singularidade liga-se a complexidade das realidades, numa mútua constituição, podendo-se pensar um sujeito a partir de suas experiências.

Refere-se, aqui, a uma psicologia que esteja atenta ao que não é previsível, que não busca regularidades implícitas no mundo por meio de sua tecnificação e que, portanto, não esteja esvaziada do sentido da vida no fluxo das vivências. Essa psicologia apresenta-se como uma tentativa de resgate do autêntico sentido da subjetividade. É nessa significação que se aproxima da Psicologia Humanista, na sua condição de movimento interessado em compreender e aprofundar os significados que o mundo assume para o homem, bem como sua relação com os fenômenos.

Segundo Moss (2001), o próprio movimento humanista na Psicologia nasceu a partir da tentativa de resgatar e compreender os valores que orientam os seres humanos em sua trajetória existencial. Seu paradigma é marcado pelo reconhecimento de um potencial para o crescimento e para a autonomia pessoal, cujas pesquisas enfatizam os aspectos relacionais, voltados ao potencial para

preservação da saúde, funcionamento pleno e criatividade (Schmid, 2013). A expansão de suas fronteiras está relacionada a uma nova concepção de valores no entendimento do homem, à ampliação nas metodologias para o estudo do comportamento, ao alargamento de métodos psicoterápicos e formulações da relação psicoterapeuta-paciente (Holanda, 2014).

Uma de suas correntes mais proeminentes nasceu no campo da clínica e se estendeu à educação e às relações humanas como um todo, desenvolvida pelo psicólogo norte americano Carl Rogers (1902-1987). A Abordagem Centrada na Pessoa pode ser considerada segundo o pressuposto humanista da autonomia, marcado pela capacidade humana de orientar positivamente sua vida na direção de si mesmo e para a coletividade (Schmid, 2013). Segundo AmatuZZi (2009), sob essa perspectiva o humano não é visto como simples resultado de múltiplas influências, mas como um ser chamado a responder criativamente aos desafios da vida, num sentido crescente de autonomia.

Conforme sua acepção originária, essa abordagem é assumida na presente pesquisa como uma importante referência para a compreensão psicológica da experiência humana. Assim, os princípios epistemológicos da fenomenologia orientam o pensamento científico empenhado no entendimento da subjetividade consoante ao que é preconizado por essa corrente enquanto fundamento psicológico.

É importante ressaltar que não se pretende forçar afinidades entre o pensamento fenomenológico e os pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa, tendo em vista que o próprio Rogers admite um reconhecimento tardio de que a fenomenologia de Husserl confirma muitas de suas conclusões sobre a relação entre terapeuta e cliente (Rogers, 1961/1997, 1978). Sobre esse aspecto, alguns autores contemporâneos esclarecem que a teoria rogeriana original não foi influenciada pelo

pensamento husserliano e que as afinidades com as bases fenomenológicas ou existenciais são apontadas por tendências recentes defendidas por outros autores (Bezerra & Bezerra, 2012; Cury, 1987; Frota, 2012; Moreira, 2013; Segrera, 2002).

Peter Schmid (2013) ressalta a tendência atualizante enquanto axioma dialético básico da antropologia centrada na pessoa, que destaca a força do indivíduo interligada à sua natureza social, enfatizando o papel do processo de equilibrar a individualidade e a inter-relação. Conforme afirma Amatuzzi (2012), reconhece-se essa tendência nas relações que o sujeito estabelece consigo e com a coletividade, perfazendo um olhar significativo sobre a qualidade da relação e a capacidade perceptiva que deve orientar a própria conduta do sujeito.

Ao afirmar uma tendência inata criativa e auto reguladora, a tendência atualizante é reconhecida como a capacidade humana para assegurar a sua preservação e o seu desenvolvimento em meio às circunstâncias da vida. Nesse sentido, a possibilidade de superação psicológica das adversidades estabelece-se como uma potencialidade mutativa (Rogers & Kinget, 1962/1977). Segundo Moreira (2013), esse conceito fundamental considera a percepção que a pessoa mantém de mundo e do que reconhece como enriquecedor para si.

A experiência de si constitui a estrutura do eu, designada por uma configuração experiencial a partir de percepções sobre o eu, a sua relação com o outro, com o meio e com a vida, também associadas aos valores atribuídos pelo sujeito a elas. Um fluxo contínuo formado por tais percepções e valores permanece disponível à consciência, atribuindo caráter dinâmico à personalidade à medida em que se desenvolve e experimenta diferentes maneiras de considerar suas experiências. Seja a partir de um ponto de referência interno ou externo, condiciona-se à percepção de pessoas significativas para si, formando uma *gestalt* que pode mudar sensivelmente. Dessa

forma, a pessoa pode manter-se organizada de modo congruente ou entrar num desacordo entre o eu e a sua experiência, tornando-se psicologicamente vulnerável pela desorganização decorrente (Rogers & Kinget, 1962/1977).

A pessoa pode chegar ao pleno desenvolvimento de suas potencialidades quando lhe é proporcionado um ambiente facilitador que contemple atitudes significativas a partir de relações com pessoas que lhe são significativas. As relações afetivas podem ser mais promotoras de crescimento psicológico quanto mais se constituírem como fonte de consideração positiva incondicional às experiências da pessoa e a maneira como ela as simboliza. Assim também o desenvolvimento ocorrerá a partir da promoção de uma compreensão empática do modo como a pessoa elabora e presentifica as suas experiências. E ainda, quando a própria pessoa for capaz de preservar sua autenticidade ou congruência entre o processo de atribuição de significados e a experiência organísmica (Rogers & Kinget, 1962/1977; Rogers, 1961/1997; Bohart, 2013).

Moreira (2007; 2009; 2013) observa que, quando Rogers propõe uma aproximação entre a experiência do terapeuta/facilitador e a do cliente, associa sua abordagem a uma atitude fenomenológica, no que se refere à noção de *campo comum*⁵, ampliando a atitude centrada na pessoa para o campo fenomenológico.

⁵ Conceito desenvolvido pelo autor Coelho Junior (1988), citado por Moreira (2007, 2013) para esclarecer como o cenário da situação psicoterápica e o conhecimento a partir dela englobam espaço e tempo vividos de maneira compartilhada em uma situação perceptiva pré-reflexiva. Seria um campo vivencial ambíguo que caracterizaria um nível anterior a divisão categórica entre sujeito/objeto, interior/exterior.

Desse modo, estaria superando o pensamento dualista, que divide interior e exterior, e transcenderia a noção de centralidade.

Ao discorrer sobre teoria e pesquisa, Rogers (1962/1977) assinala que a finalidade da pesquisa e das elaborações teóricas é organizar experiências pessoais significativas de maneira coerente, por meio de esforço disciplinado para descobrir a ordem inerente da experiência vivida. Ele enfatiza que devem resultar em uma satisfação pessoal, decorrente da percepção dos efeitos positivos da compreensão dos fenômenos, ao indicar possibilidades de progresso pela integração de novos elementos experienciais.

Rogers apresenta claramente em seus textos aspectos advindos da influência que a cultura científica americana predominante à época exerceu sobre ele. A título de exemplificação, cita-se a valorização da física teórica como ciência avançada e o modo racional e positivista como estabelecia o processo metodológico das pesquisas, inspirando-se no modelo das ciências naturais. Entretanto, reconhecia as limitações desse modelo e tentou explicitar a dualidade vivida entre sua postura como pesquisador e a atitude clínica, numa alusão a um conflito entre ambas no artigo intitulado “Pessoa ou Ciência? Um problema filosófico” (Rogers, 1961/1997).

Ele afirmou também que o conhecimento produzido representa sempre a expressão de fins e escolhas subjetivas, ressaltando o que denominou de “primazia da ordem subjetiva” (Rogers, 1962/1977, p. 152). Desse modo, ele expressa uma valorização do caráter subjetivo na produção de conhecimento, em detrimento da priorização da objetividade vigente em sua cultura e que ele próprio ainda representava pelo seu modo de fazer pesquisa.

Esse posicionamento ético, no que se refere à pesquisa, somente passou a ser incorporado por Rogers na fase experiencial de sua produção teórica e acadêmica,

marcada pela mudança de conduta, mais focalizada na experiência vivida do cliente, do terapeuta e da relação como encontro existencial (Cury, 1987,1993; Moreira, 2013).

Consideradas as primeiras fases de elaboração conceitual e desenvolvimento teórico da Abordagem Centrada na Pessoa, identifica-se um distanciamento incontestável em relação às proposições da fenomenologia husserliana. No entanto, constata-se que a prática clínica e o desenvolvimento de trabalhos no campo das relações interpessoais em grupos e na comunidade trouxeram profundas mudanças ao aproximá-lo da experiência intersubjetiva e do reconhecimento de uma consciência que transcende a dualidade entre mundo interno e externo (Cury, 1987; Moreira, 2013).

Cooper e Bohart (2013) compreendem que a ênfase na natureza experiencial dinâmica do ser humano percebida nas proposições teóricas rogerianas pode ser entendida pela influência do trabalho conjunto com Eugene Gendlin, um importante colaborador a partir da década de 1960, período conclusivo do trabalho de Rogers em Chicago e transição para a Universidade de Wisconsin. Ele manteve seu pensamento em torno da experiência como fonte potencial de conhecimento por meio da dimensão sentida.

Gendlin (1962/1997) formulou uma teoria experiencial que enfatiza uma visão holística do processo de conhecimento do homem sobre o mundo e si mesmo. Seu trabalho com Rogers caracteriza uma fase da Abordagem Centrada na Pessoa, que centraliza a compreensão do ser humano em pleno funcionamento como um organismo que amplia sua abertura a experiência sentida em caráter processual (Cooper & Bohart, 2013).

A fim de esclarecer a relação estabelecida entre os conceitos de vivência e

experiência a partir dos fundamentos apresentados neste capítulo, passa-se agora a apreciação das premissas que delineiam esse percurso.

2.2. Uma Compreensão sobre Experiência e Vivência

Etimologicamente, a palavra experiência tem origem latina: *experire* (ir, andar), exprimindo movimento (Ales Bello, 2015). Essa palavra, a maneira como está empregada nesta pesquisa relaciona-se à experiência diretamente vivida, e não ao sentido de aprendizagem adquirida, que rotineiramente se atribui ao seu uso. Na língua alemã, a palavra *Erlebniz* assume conotação de emoção imediata diante de acontecimentos, anterior às elaborações mentais, a experiência vivida ocorrida em nível profundo. Segundo AmatuZZi (2007), essa definição garante melhor compreensão da experiência que se busca apreender em um estudo de cunho fenomenológico.

Ales Bello (2004) enfatiza que, na concepção husserliana, tudo aquilo de que se tem consciência pode ser tomado como experiência ou vivência, cuja estrutura comum pode ser acessada pelos seres humanos ainda que seus conteúdos sejam diversos e vivenciados individualmente. A própria expressão dos atos intencionais que originam o saber sobre a vida, as experiências intuitivas pelas quais se dá o fenômeno, perfazem a correlação indissociável entre consciência e objeto presente que se dá nas vivências. A relação do homem com o mundo e consigo passa pelas vivências, que são de diversos tipos (Ales Bello, 2004, 2015).

Conforme exposto, a consciência é subjetiva, intencional e transcendental, visa sempre a algo (objeto) ao possibilitar a manifestação dos fenômenos por sua intencionalidade, promovendo a constituição das coisas. A intencionalidade, um conceito chave para se compreender a consciência e como dela se processa o conhecimento do fenômeno, implica na correlação sujeito-objeto, consciência-mundo

(Goto, 2007, 2013).

Intencionalidade, portanto, é a própria consciência, que toma o mundo em seu caráter imediato tal como o vivencia. Para conhecer as várias dimensões, como se apresentam os fenômenos vividos, Husserl (1913/2006, p. 27) defende “uma nova maneira de se orientar, inteiramente diferente da orientação natural na experiência e na pessoa”. Deve-se considerar as coisas mesmas pela via de uma relação direta que possibilite a descrição e a compreensão das vivências enquanto objeto de conhecimento.

O objeto sempre será um objeto para um sujeito, definido em sua relação com a consciência (Husserl, 1913/2006). Diante disso, analisa-se que o objeto é mais vivo no sujeito do que fora dele, estabelecendo-se certa mutualidade na composição do fenômeno experiencial em si. Assim, elementos estruturais do fenômeno podem ser identificados em experiências muito diversificadas. Voltar às coisas mesmas seria compreender o processo de elaboração de determinada experiência, perfazendo um movimento contrário à naturalização.

Reconhece-se que somente por essa via pode-se chegar às essências que compõem o objeto inteligível do fenômeno (Husserl, 1913/2006). Identifica-se como essência uma “estrutura fundamental do fenômeno que permanece frente às suas infinitas variações tomada como elementos descritíveis indispensáveis para que tal fenômeno seja o que é” (Ales Bello, 2015, p. 14). É nesse sentido que a fenomenologia husserliana busca a descrição dos atos intencionais da consciência e dos objetos por ela visados, perfazendo o caminho na análise noética-noemática (Zilles, 2002).

Existem dois polos indissociáveis no que se refere à vivência, considerados fundamentais por esclarecerem os atos do conhecimento e as coisas conhecidas na

corrente da consciência. A *noese* é caracterizada pelo ato que visa e atribui sentido, constitui o ato apreensivo intencional. O *noema* consiste no polo da coisa visada, o próprio sentido, o fenômeno no sentido objetivo, intencional. A unidade noético-noemática descreve a consciência como uma estrutura sintética dos múltiplos atos intencionais que constituem o sentido no fluxo das vivências (Goto, 2007).

Nesse processo, a redução fenomenológica exclui o mundo físico natural, conduzindo-se ao meramente psíquico ou subjetivo, extrapolando os limites espaciais do corpo. As estruturas subjetivas são, *a priori*, fundantes de toda experiência, proporcionando autoconsciência e heteroconsciência, que se dão de modo inseparável. Os fatos psicológicos experienciados pelo eu e pelo outro conectam-se, mas não têm a mesma natureza das relações causais. As mesmas vivências podem ocorrer por estarem fundadas numa correlação intencional estruturada entre sujeito-mundo e sujeito-sujeito (Goto, 2007).

Ao retornar ao *mundo-da-vida*, recupera-se metodologicamente a origem de todas as experiências, voltando-se às coisas mesmas. O método fenomenológico, ao investigar o mundo prévio às teorizações, busca um mundo que é vivo, originário e de onde parte toda a elaboração científica posterior. Recuperar o mundo das experiências originárias é constituí-lo argumento para uma ciência fundamental (Goto, 2013).

Nessa perspectiva, a identificação e a compreensão das vivências podem ser entendidas como iniciadoras da proposta analítica presente na redução fenomenológica. A análise das vivências permitirá chegar aos aspectos estruturais dos fenômenos, podendo-se considerar a estabilidade essencial que supera a ideia de relativismo. Adentra-se a vivência pelo seu aspecto estruturante, e não pelo conteúdo.

Ales Bello (2015, p. 86) assinala que “todas as vivências se transformam em conhecimento intelectual e em juízo somente *a posteriori*”. O juízo seria, então, uma forma lógica que supera o plano existencial. Portanto, torna-se imprescindível retornar às coisas mesmas reveladas na relação direta com o outro e com a própria experiência.

Bondía (2002) problematizou a prevalência do modo de ser do sujeito da informação em detrimento do sujeito da experiência, situando o juízo sobrelevado enquanto ameaça presente na sociedade ocidental contemporânea. Para esse autor: “Uma sociedade constituída sob o signo da informação é uma sociedade na qual a experiência é impossível” (p. 22).

Considerando que olhar a experiência tem se tornado cada vez mais raro devido aos fatores característicos da sociedade atual, também impressos no modelo pedagógico e de relações dominantes, atenta-se para um modo de ser contemporâneo que impossibilita o sujeito de experienciar seu *mundo vivido*. Bondía (2002) destaca o excesso de informação, o excesso de opinião, a escassez de tempo e o excesso de trabalho como desafios à experiência.

O imperativo da informação na sociedade moderna como um objetivo da aprendizagem torna o sujeito menos capaz de experienciar ao se deter demais à informação. A necessidade de emitir opinião sobre o resultado da suposta aprendizagem, a partir da informação adquirida, o restringe ao racionalismo. A própria vivência instantânea, fugaz e efêmera, em que impera a falta de tempo para o silêncio e para a memória, não permite disponibilidade para a experiência. Um último aspecto seria o excesso de trabalho, especialmente daqueles que assumem um fazer para modificar o mundo por meio de seu ofício, pois o imperativo do fazer/executar pode se tornar impeditivo para o sujeito estabelecer uma relação experiencial com o que

realiza (Bondía, 2002).

Observa-se, então, um conjunto de fatores contemporâneos que impede o sujeito de adentrar ao universo da experiência, em que é necessário silêncio para se ocupar de si mesmo e do mundo de maneira implicada. Em cuja forma, o homem tornar-se-ia livre para sentir, ouvir, encontrar, estar presente no mundo e em relação íntima com ele e consigo mesmo. Aproxima-se aqui da proposta fenomenológica de suspensão de todo conhecimento *a priori* sobre o mundo e o contexto de determinada vivência para que o homem possa compreender significativamente o *mundo-da-vida*, implicando-se eticamente nessa relação.

Husserl (1977/2008, p. 86), em seu artigo sobre a crise da humanidade europeia e a filosofia, destaca que, em essência, o espírito é capaz de exercer o conhecimento de si mesmo, já que “somente no puro conhecimento científico-espiritual o cientista escapa à objeção de que se encobre a si mesmo em seu saber”. Reafirma, então, a superioridade das ciências do espírito diante das ciências da natureza, posto que o raciocínio matemático-exato não atende suficientemente a complexidade da investigação da individualidade psíquica e das comunidades humanas (César & Santos, 2013).

Esse filósofo destaca, ainda, que: “Só quando o espírito deixar a ingênua orientação para o exterior e retornar a si mesmo e permanecer consigo mesmo e puramente consigo mesmo, poderá bastar-se a si” (Husserl, 1977/2008, p. 86). É o modo como essa consciência lançou-se no *mundo-da-vida* que a permitirá adentrar a essência do vivido. Husserl (1977/2008, p. 86) chama atenção para a “cosmovisão espiritual” que torna possível a racionalidade autêntica, que seria responsável pela “compreensão da essência fundamental do espírito em sua intencionalidade”.

Ales Bello (2004) esclarece que, nessa proposta, a atenção deve estar

direcionada a tudo o que aparece à consciência, ao ato consciente, deixando de lado os conceitos teóricos para ir além da percepção sobre o fenômeno. Nesse modo de investigação, a intuição/percepção torna-se fundamental porque é única via para autopresentificação originária (*Originale Selbstdarstellung*). A partir desse processo é que se capta o essencial, pela redução eidética, identificando os vários modos com que sua essência se presentifica.

O ato de perceber deve estar, assim, orientado exclusivamente para a coisa percebida, não confundindo a intencionalidade da consciência com a simples captação dos dados físicos ou com as características psicofísicas do ser humano. Existem dois níveis ao se considerar a totalidade da vida humana: (1) nível psicológico de sujeitos com particularidades individuais de uma vida psíquica e (2) nível transcendental de sujeitos de estruturas universalmente válidas por serem constituidoras de si e do mundo *a priori* (Goto, 2007).

O processo de elaboração de uma síntese do vivido e do percebido, significaria a reunião dos aspectos intencionais do sentido atribuído às experiências, buscando as estruturas delas. A análise da psicologia fenomenológica se diferencia da análise fenomenológica. Ela se dirige à vida intencional real da consciência, realizando uma descrição rigorosa do caráter intencional das vivências da consciência, como se constituem intencionalmente tanto física quanto de forma ideal e os modos como são intencionalizadas na consciência psíquica (Goto, 2007).

É nesse sentido que tematizar um contexto de vivências enquanto problema de pesquisa supera parâmetros já estabelecidos por métodos tradicionais científicos, que desconsideram a perspectiva experiencial vivida pelo sujeito. A perspectiva psicológica desse tipo de estudo pressupõe tanto uma aproximação com o que Husserl preconizou como fundamento de rigor às ciências do espírito quanto com a

temática central do movimento humanista.

Vale lembrar que, na concepção rogeriana, o organismo compõe a totalidade do ser humano em interação com o ambiente, no centro de um mundo de experiências em constante mutação, constituindo um campo fenomenológico, ao qual reage como um todo organizado a partir de como o percebe. Esse campo experiencial designa sua realidade, a qual se implica pela tendência a atualização no sentido de manter, concretizar e aperfeiçoar o organismo que experimenta. O conjunto das experiências viscerais e sensoriais compõe o campo fluido da sua personalidade, aliado a estrutura do *self*, que reúne o conjunto de suas percepções sobre suas características, relacionamentos e valores associados (Cooper & Bohart, 2013; Moreira, 2013).

Ao se referir à experiência como um conceito de grande importância para a Abordagem Centrada na Pessoa, Rogers (1962/1977, p. 161) refere-o como a noção de “tudo que se passa no organismo em qualquer momento e que está potencialmente disponível à consciência”. Considera-se a noção de experiência equivalente à de campo experiencial e campo fenomenológico, significando um caráter global que reúne as experiências viscerais e organísmicas, relativas aos dados imediatos da consciência.

Cooper e Bohart (2013) apresentam como aspectos da fundamentação experiencial e fenomenológica dessa abordagem o caráter privado, presente, corporal e dinâmico atribuídos a experiência. Ela é considerada privada devido à sua dimensão subjetiva e à qualidade de interioridade ao se voltar para o mundo interno. É assumida como algo presente porque, mesmo que se reconheça nela eventos passados e futuros, estes se manifestam no aqui-agora. O caráter corporal pode ser entendido pela identificação do fluxo psicofisiológico potencialmente analisável pela consciência em seu aspecto dinâmico.

Segundo esses autores, alguns teóricos que compartilham esse referencial ainda diferenciam as experiências primárias ou pré-reflexivas daquelas secundárias ou reflexivas. Tem-se como exemplo expressivo o trabalho de Gendlin, demarcando a fase experiencial de desenvolvimento teórico-prático da Abordagem Centrada na Pessoa.

O ato de experienciar é tido como um dar-se conta dos aspectos vividos pelos acontecimentos sensoriais e fisiológicos produzidos no corpo. Por exemplo, os sentimentos remetem a uma significação cognitiva pessoal atribuída a experiência afetiva a partir do que o sujeito vivencia em um contexto imediato (Rogers & Kinget, 1962/1977). Pode-se considerar que, em seu desenvolvimento teórico, Rogers contemplou algumas características do que a fenomenologia considera como experiência vivida, especialmente pelo seu caráter de respeito ao modo integral como é concebida no mundo de vivências imediatas.

Barreira e Ranieri (2013, p. 450) ressaltam “a necessidade de se ter um caminho apropriado para alcançar as experiências das pessoas” conforme o *modus operandi* rigoroso prezado pela fenomenologia como processo investigativo para chegar aos fenômenos. Ao se tomar a experiência vivencial como base da realidade a ser conhecida, pressupõe-se um contato direto do pesquisador com a vivência pré-reflexiva, numa atitude de suspensão do posicionamento científico prévio a esse contato.

Ales Bello (2015) apresenta as ideias de Edith Stein acerca do ponto de partida da consciência por meio das vivências, trazendo significativas contribuições. Afirma que existe um fluxo de consciência do que foi vivido porque o presente conserva o que se viveu e pressupõe que há algo a acontecer, já estando constituído como um puro devir, um contínuo. Resgatando as ideias de Husserl, retoma que são os atos

de consciência que apreendem os estados psíquicos e que, dessa feita, a psique não é composta pelo fluxo de consciência.

Retratada como um mecanismo que se autorregula, a psique manifesta-se por meio das vivências. Para Stein, o homem possui graus de vitalidade, que remetem à sua esfera vital, a qual possui uma força vital, substrato da esfera psíquica. A consciência dos estados vivos e sentimentos vitais proporcionam o dar-se conta do efeito fenomênico da esfera vital. Ocorre uma apreensão contínua (apercepção) e uma conexão de cada apreensão (síntese), além daquilo que se movimenta de acordo com o que precede e sucede (motivação). Assim, apreendem-se os sentimentos vitais e estados vitais pelas vivências (Ales Bello, 2015).

Na concepção de Stein, cada indivíduo vive como pessoa e comunidade, significando de modo pessoal o que a comunidade vivencia, já que só existe a consciência individual. A empatia é o que possibilita a apreensão e o conhecimento da vivência do outro. Portanto, a consciência individual pode apreender vivências comunitárias (Ales Bello, 2015). Savian Filho (2014, p. 37) afirma que “todas as nossas vivências são originariamente doadoras de sentido”. Corroborando com o pensamento de Stein (1917/2014), esse autor aponta o caráter originário das vivências quando reveladas em sentido a partir da atitude reflexiva do sujeito.

O fluxo do vivido é experimentado pelo vínculo da consciência com a corporeidade. Entende-se que há uma dupla orientação do olhar que busca apreender o fenômeno: aquela em que ele deve estar dirigido ao objeto, através da apreensão transcendente, e a que segue uma direção reflexiva, no sentido de uma consciência pura da apreensão. Pode-se considerá-las como orientação psicológica – marcada pela direção ao estado da vivência – e orientação fenomenológica – envolvida pela possibilidade da essência e dirigida a consciência pura absoluta (Savian Filho, 2014).

Assim, Husserl (1913/2006, p. 127) analisa que “o vivido puro está contido no psicologicamente apercebido, no vivido como estado humano; junto com sua essência própria”. Portanto, os estados psíquicos em geral são unidades empíricas entendidas como uma constituição intencional, que existe verdadeiramente enquanto sentido.

Ao adentrar o mundo das experiências individuais, espera-se que o pesquisador possa compreendê-las, mediante as possibilidades de um mundo de experiências generativas disponível a todos. Corroborando com Husserl (1954/2012), a consciência de mundo é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, posto que se trata de um mundo para todos. Assim, a objetivação compreensiva da experiência torna-se possível pela via da vivência empática.

A disponibilidade para o outro, intensificada ao tomar como atitude pessoal uma maneira de considerar incondicional e positivamente as suas vivências, compreendendo-as de maneira empática, em uma relação autêntica, gera uma abertura experiencial que possibilita o encontro genuíno entre as subjetividades (Rogers, 1994). Nesse sentido, uma pesquisa orientada por tal perspectiva assume a tendência de adentrar ao campo fenomenológico do outro pela via da compreensão empática. Descrever e compreender certa experiência significativa a partir de um conjunto específico de pessoas direcionam o pesquisador à dimensão existencial das vivências dos participantes. Argumenta-se aqui em favor da relevância da relação dialógica como modo para se compreender os significados das vivências dos participantes. Ao compartilhar as vivências numa relação dialógica, viabiliza-se o acesso aos atos de consciência (*noesis*) constituintes do objeto (*noema*).

Barreira e Ranieri (2013, p. 453) enfatizam a necessária “transposição conceitual” em uma pesquisa psicológica de cunho fenomenológico, a fim de

esclarecer quais aspectos conceituais filosóficos e psicológicos podem ser bem aplicados. Esses autores apontam que “o fenômeno empático desempenha um papel central para que a consciência do vivido vá se revelando intersubjetivamente”, numa proposta de intercâmbio entre o pesquisador – munido de “curiosidade investigativa” direcionada para tal experiência – e o participante – que narra sua experiência vivida.

Portanto, “trata-se de permitir que a experiência se revele para conhecê-la” (Barreira & Ranieri, 2013, p. 455), não sendo possível defini-la de modo prévio. Reconhecer sua universalidade só é possível a partir da estrutura das vivências, ao conceber que um aspecto estrutural tem estabilidade qualitativa em meio às diversas variabilidades empíricas.

Capítulo 3: Delineamento da Pesquisa

Ao propor um encontro dialógico entre os participantes e a pesquisadora, este estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa de caráter participativo. Neste capítulo, serão descritos os pressupostos metodológicos que sustentam o delineamento da pesquisa e os fundamentos epistemológicos que a norteiam, baseados na fenomenologia desenvolvida por Edmund Husserl.

No item seguinte, explicita-se a relação da pesquisadora com os participantes por meio dos encontros dialógicos, definindo como as narrativas compreensivas escritas pela pesquisadora foram tomadas como estratégia metodológica. Inclui-se, ainda, uma breve descrição do contexto onde os participantes vivenciaram a formação em serviço, a fim de compreender as particularidades da conjuntura vivida por eles em seus programas de residência multiprofissional. Segue-se com a apresentação dos participantes da pesquisa e, em seguida, encontra-se delineado o seu processo de desenvolvimento, explicitando como os pressupostos anunciados foram implementados.

3.1. Pesquisa Qualitativa de Inspiração Fenomenológica

Nas ciências humanas, o pesquisador lida com a polissemia do fenômeno humano, uma vez que ele compartilha a mesma natureza de seu objeto de estudo. Assim, a relação estabelecida entre o sujeito e o objeto de pesquisa encontra-se na ordem da intersubjetividade (Calil & Arruda, 2004). A pesquisa qualitativa destaca-se do amplo conjunto de desenhos metodológicos, quando a finalidade científica é compreender as múltiplas dimensões da experiência subjetiva.

É importante apresentar quais pressupostos filosóficos orientam a pesquisa qualitativa, posto que cada desenho de pesquisa assume uma estrutura interpretativa

própria. Creswell (2009) afirma que a filosofia subjacente ao estudo pode ser encontrada nos temas que são abordados na pesquisa, nos vieses apresentados pelo pesquisador, nos projetos emergentes que se expandem com as generalizações abrangentes dos temas descritos ou mesmo, de modo claramente explícito, na descrição metodológica dos procedimentos do estudo.

Para esse autor, os pressupostos ontológicos estão relacionados à natureza da realidade, considerando-se que múltiplas realidades podem ser reportadas no estudo qualitativo. O pressuposto epistemológico evidencia a relação entre pesquisador e participante, caracterizando a distância entre eles e o modo de buscar a aproximação com o campo onde as experiências ocorrem. O aspecto axiológico remete aos valores pessoais dos pesquisadores que transparecem tanto quanto os valores dos participantes do estudo. Os pressupostos metodológicos são caracterizados como indutivos, emergentes e moldados pela experiência do pesquisador (Creswell, 2009).

Minayo (2014) argumenta que as pesquisas fundamentadas em teorias compreensivas representam uma visão de mundo que se contrapõe ao positivismo clássico, desenvolvidas a partir de princípios filosóficos que privilegiam a compreensão e inteligibilidade em estudos sobre fenômenos humanos. Essa autora sintetiza alguns aspectos comuns entre os diferentes métodos de abordagens compreensivas, destacando-se o foco na experiência vivencial, o encontro intersubjetivo enfatizado na relação empática entre investigador e sujeitos investigados, além da análise compreensiva que evidencia a dinâmica dos contextos e sujeitos particulares.

Assim, a pesquisa dos fenômenos em seus contextos naturais exige um delineamento metodológico que privilegie esses aspectos, observando-os como

critérios a favor do rigor nos procedimentos e do compromisso com a construção do conhecimento científico, alicerçado pela ética e por um senso de responsabilidade social. Respeitando tais premissas, no presente estudo, assumiu-se o compromisso de primar pelo processo de descoberta da natureza do fenômeno em si e como ele se origina na experiência humana. A fenomenologia proposta por Edmund Husserl (1859-1938) configurou-se como inspiração adequada ao enfatizar a consideração para com a experiência intencional no encontro de subjetividades.

Linda Finlay (2009) esclarece os princípios que devem nortear uma pesquisa que se pretende fenomenologicamente consistente: (1) a presença de uma rica descrição do *mundo-da-vida* ou experiência; (2) uma atitude especial de abertura do pesquisador para captar a realidade do fenômeno, a partir da redução fenomenológica; (3) uma descrição metodológica alinhada a uma teoria fenomenológica; (4) uma abordagem com elementos mais ou menos ideográficos que revelem aspectos da estrutura essencial do fenômeno; (5) o reconhecimento de que a subjetividade do pesquisador está implicada na relação com o participante.

Há uma preocupação central nas pesquisas fenomenológicas com os significados experienciais, buscando-se compreender sua complexidade e riqueza pela via da descrição do fenômeno como é concretamente vivido. Assume-se, portanto, uma postura contemplativa que valoriza a realidade do mundo pessoal e relacional de acordo com a experiência vivida, considerada em sua ambiguidade, indeterminação e primazia sobre o conhecimento prévio (Finlay, 2009).

Dessa forma, a pesquisa fenomenológica exige uma postura diferente do pesquisador em relação ao modelo das ciências naturais. A atitude fenomenológica do pesquisador encerra uma postura marcada por uma abertura à afetação diante do ser humano (Zini & Cury, 2014). É fundamental a compreensão dos significados que

se revelam no contato com as vivências dos participantes por meio do envolvimento ativo do pesquisador. Amatuzzi (2009) ressalta que o *mundo-da-vida* é dado socialmente e, na pesquisa, esse caminho inicia-se com um encontro com os participantes em alguma situação concreta.

A atitude facilitadora do pesquisador na criação de um ambiente que propicie abertura experiencial, para que o participante possa entrar em contato com suas vivências e revelar seus sentidos e significados, torna-se fundamental nesta configuração de pesquisa, pois encerra uma relação intersubjetiva transformadora (Dutra, 2002). O conhecimento gerado na pesquisa surge no terreno intersubjetivo em que se eliminam dicotomias, como sujeito/objeto, eu/outro, interior/exterior.

Segundo Calil e Arruda (2004), quando nos preocupamos com a qualidade do que observamos, “além de ir à essência do fenômeno, importa-nos o fenômeno humano em sua totalidade, e, portanto, em sua relação com o outro, inclusive com o próprio observador” (p.189). Dessa forma, podemos considerar a intersubjetividade como um critério de cientificidade, onde sujeito/pesquisador e objeto/participante transformam o conhecimento a partir da relação dialética. Considera-se que o pesquisador é um ativo descobridor de significados, inclusive, pela dinâmica da configuração do estudo fenomenológico que o insere também como participante.

Assim, também nesta pesquisa, não se pretendeu assumir uma atitude natural de aproximação com o objeto. A relação de intencionalidade vinculou-se à relação de transcendência; a consciência da pesquisadora debruçou-se às possibilidades que a experiência poderia desvelar para além de si mesma. A relação de intencionalidade a partir da intersubjetividade foi sendo concretizada no desenrolar da pesquisa, revelando as dimensões centrais do tema deste estudo por meio das novas relações surgidas.

Ao objetivar uma compreensão da experiência vivida por psicólogos em determinado contexto de formação em serviço, reconheceu-se na fenomenologia a base epistemológica que orientou o olhar da pesquisadora e seu modo de considerar os elementos que se revelaram ao longo dos encontros com as participantes. Diante desta proposta, trilhou-se um caminho de estudo exploratório na direção do desvelamento do fenômeno que exigiu da pesquisadora uma atitude de abertura ao conhecimento que emergiu desses encontros. Portanto, não se partiu de hipóteses teóricas ou conceitos apriorísticos que delimitassem os aspectos do *mundo vivido* dos participantes envolvidos.

Como exposto em capítulo anterior, o pressuposto psicológico que embasa o presente estudo encontra respaldo na Psicologia Humanista, fundamentada na Abordagem Centrada na Pessoa, ressaltando a Fenomenologia como seu pressuposto epistemológico. Esta perspectiva psicológica e sua visão de homem consideram que a própria condição de trabalho do psicólogo está orientada para a escuta ativa como uma atividade primeira. Conforme Amatuzzi (2009) sinaliza, as pesquisas de cunho fenomenológico partem do ouvir sistemático, concreto, específico, que podem ser bem realizadas por profissionais que vivenciem esta escuta incorporada em seu modo de ser.

Tal proposta de pesquisa somente é possível quando o pesquisador se dispõe ao contato com o *mundo vivido* do outro, a partir de seu próprio campo experiencial, numa atitude de respeito profundo ao encontro de subjetividades provocado por um ambiente facilitador ao encontro que se configura dialógico. Para tanto, é necessário reconhecer seu próprio caminho enquanto sujeito da experiência, a fim de apropriar-se da atitude promotora da emergência experiencial no encontro. Nesse sentido, o uso de narrativas como estratégia metodológica de registro do conteúdo experiencial

alinha-se à proposta do encontro dialógico como via para o desvelamento do fenômeno.

3.2. Encontro Dialógico e Narrativas Compreensivas

O encontro dialógico consiste no envolvimento existencial entre pesquisador e participante, configurando um campo fenomenológico experiencial. Destaca-se o conceito de intencionalidade da consciência em relação à experiência do pesquisador, em seu modo ativo de se constituir como presença ao encontrar-se com cada participante. A premissa filosófica fundamental da intencionalidade da consciência embasa o objetivo científico de se chegar à compreensão fenomenológica por meio do relato expresso durante o encontro em que a consciência volta-se ao fluxo experiencial. A comunicação acontece por meio da experiência empática: o outro se manifesta como outro semelhante a mim (Ales Bello, 2004).

Desenvolvida conceitualmente por Edith Stein (1917/2014), a experiência empática pode ser compreendida como o modo segundo o qual o eu estabelece contato com os outros e os conhece, tomando a empatia como um ato de conhecimento *sui generis*. Determinados atos embasam a empatia como uma percepção em que se capta a experiência alheia. Esse outro é percebido como outro-eu, um sujeito diferente de mim e, portanto, outro. O eu se mantém estranho a esse outro, não ocorrendo uma identificação total, apesar de ser possível a compreensão do que é pensado, vivido e sentido pelo outro. Essa comunicação entre o outro e o eu estende-se, potencialmente, a todos os sujeitos, caracterizando-se como uma experiência intersubjetiva (Ales Bello, 2014).

Savian Filho (2014) esclarece como as formulações de Stein enfatizam o que a empatia não é, contrapondo-se ao que seria essencialmente o ato empático. Para esse autor, a empatia não está situada na ordem afetiva, não seria uma sensação,

um sentimento, uma representação, uma associação, uma imitação, uma analogia ou uma percepção interna que objetifica a vida psíquica. Explicitar o ato de perceber como um dar-se conta implica em definir fenomenologicamente a essência da empatia, como um saber referente à consciência alheia. Nessa direção, Stein (1917/2014) especifica que a experiência empática é sempre originária enquanto um vivido presente, mas não-originária em seu conteúdo. O caráter de originariedade revela-se no instante em que a consciência a toma como experiência presente, desvelando seu sentido. Segundo essa autora, pode-se entender detalhadamente três graus de atuação da vivência empática.

No primeiro grau, a experiência vivida pelo outro emerge de modo inesperado diante de mim, configurando-se como um ato não-originário da percepção. No segundo, o vivido desse outro revela as tendências que se encontravam implícitas, presentificadas como um sentido para mim, consistindo um ato originário que caracteriza a experiência empática plenamente. No terceiro grau, esse vivido explicitado retorna diante de mim como um objeto para a consciência, configurando-se novamente como um ato não-originário da percepção que clarifica a compreensão. Assim, a presentificação do ato empático é definida como um ato concreto e originário, através do qual pode-se alcançar em um modo não-originário o sentido de uma vivência estranha (Stein, 1917/2014).

Savian Filho (2014) pontua que Edith Stein identifica um dinamismo empático possível ao humano enquanto ato psíquico-espiritual descrito em essência como um ato intersubjetivo. Fundamentalmente, “o sujeito que empatiza percebe o objeto da vivência alheia, sem que essa vivência seja a mesma do outro e sem que se pretenda vivenciar a vivência do outro” (Savian Filho, 2014, p. 46). A empatia possibilita acessar o conteúdo da experiência alheia, posto que a vivência em si é absolutamente

pessoal.

Considerando-a como uma maneira específica de buscar o conhecimento sobre a experiência do outro, destaca-se a relação estabelecida entre pesquisador e participante numa perspectiva singular e horizontal. A intencionalidade do pesquisador é direcionada a esse outro (participante) a fim de compreender suas vivências em seu modo de ser e em um contexto específico. Ele inicia seu contato por meio de um convite a esse encontro, esclarecendo abertamente sua intenção de pesquisa. A atitude diante desse outro torna-se fundamental para o processo de conhecer a experiência presentificada a partir de uma presença qualificada.

Nessa relação, a concepção fenomenológica de empatia aproxima-se do conceito de empatia mútua implementado pela Abordagem Centrada na Pessoa. Na última fase de desenvolvimento teórico dessa abordagem, Rogers aponta haver uma relação de mutualidade empática entre terapeuta e cliente ao interagirem durante o encontro (Cury, 1993). Considerada como “um processo ativo de tomar consciência sobre si e sobre o outro” (Cury, 1993, p. 239), a compreensão empática disponibiliza o contexto para que os significados sejam desvelados momento a momento nessa interação intersubjetiva.

Carl Rogers analisa o sentido do conceito de empatia em seu artigo “*Empathic: an unappreciated way of being*” (1975), no qual destaca a qualidade empática da escuta como um aspecto potencialmente poderoso da relação intersubjetiva. Nesse texto, ele afirma a relevância das contribuições de Eugene Gendlin (1962/1997), que esclareceu que a atitude empática deve estar dirigida ao

*significado sentido*⁶ para atingir o nível pré-conceitual da experiência. Assim, o termo empatia pode ser entendido com muitas facetas, caracterizando um processo no qual uma pessoa adentra o mundo perceptual privado de outra a partir de um envolvimento cuidadoso com o fluxo de significados e sentidos das vivências. Para chegar a uma compreensão profunda, deve-se primar pela comunicação clara a fim de confirmar aquilo que percebe como significativo da experiência do outro (Rogers, 1975).

A atitude de aceitação incondicional e respeito ao que o outro revela de suas vivências auxiliam na escuta acurada do que se expressa. Para tanto, é necessário suspender concepções apriorísticas, no intuito de se permitir sintonizar com o que emerge presentificado pelo sujeito como seu conjunto de vivências significativas. Freire (2013) afirma que a aceitação positiva incondicional e a empatia estão essencialmente ligadas na experiência de escuta genuína, como um processo único que também caracteriza a comunicação implementada entre as pessoas envolvidas por este ambiente facilitador.

Perches (2009) esclarece que na primeira e na segunda fase da Abordagem Centrada na Pessoa, a atitude de aceitação positiva incondicional pressupõe uma abstração dos valores pessoais semelhante à proposta da primeira redução

⁶ Gendlin (1962/1997) afirma que existem duas dimensões de significado contempladas na experiência humana: uma pertinente aos símbolos conceitualizados e outra referente à experiência sentida dos significados em nível pré-conceitual. Essa última seria mais profunda e, portanto, relacionada ao sentido da experiência em foco nesta pesquisa. Messias e Cury (2006) esclarecem que o termo original - *Felt Meaning* ou *Significado Sentido* - usado pelo autor sofreu modificações em suas publicações mais atuais, adotando o termo *Felt Sense* (*Senso Sentido*).

fenomenológica. Essa autora enfatiza que, na quarta fase da abordagem, a definição rogeriana de empatia remete ao conceito de conhecimento íntimo, apresentado pelo filósofo Martin Buber (1878-1965), que se refere à personalidade manifesta na relação a partir da mutualidade e da intencionalidade.

Reconhecida a ambiguidade do conceito de relação, incluem-se fenômenos psíquicos individuais que Buber defende não serem suficientes para caracterizá-la. Para que se estabeleça uma relação de mutualidade na esfera do inter-humano, este filósofo considera indispensável a participação face-a-face de dois sujeitos intencionalmente envolvidos. Assim, o desdobramento deste encontro ocorre de modo dialógico. O olhar analítico, se interposto na relação, compromete seu caráter dialógico pelo fato de objetificar o outro (Buber, 1982).

Dessa forma, o encontro dialógico proposto nesta pesquisa prima pela intencionalidade dos sujeitos enredados, enquanto pesquisador e participante, voltados à descrição e à compreensão das vivências do participante à medida que estas emergem ao longo do processo. O envolvimento da pesquisadora durante o encontro não é norteado por uma atitude analítica, mas pelo genuíno interesse em estar com o outro numa atitude de aceitação positiva incondicional e empatia. Logo, o vínculo que se estabelece no encontro entre pesquisador e participante é de grande valia para a configuração da experiência enquanto fenômeno investigado.

A atitude de disponibilidade da pesquisadora caracteriza-se como uma postura vigilante de apreciação empática pelo que se passa no *mundo-da-vida* gerado como campo fenomenológico entre ela e o outro. Não se pretende, assim, idealizar um conhecimento absoluto e desconsiderar a historicidade do saber subjacente a vivência do homem no *mundo vivido* (Goto, 2013).

Para Husserl (1954/2012), o eu não consiste em algo isolado, convivendo com

outros similares, os eus pessoais, em uma exterioridade e justaposição, dão lugar a uma relação íntima entre os seres, tornando-se um *no* outro e um *para* o outro. Ales Bello (2004) esclarece que todo ato da consciência é consciência do eu, nesse sentido o eu sempre está presente. A fenomenologia descritiva do eu leva a uma reflexão acerca do eu, um estudo do eu tomado em sua estrutura (eu transcendental). Será a indagação fenomenológica do eu que tornará possível ampliar o método fenomenológico à compreensão da experiência do outro, da experiência coletiva. Portanto, uma fenomenologia da intersubjetividade.

Seguindo essa diretriz, nesta pesquisa, considera-se a relação estabelecida entre os atos conscientes e o mundo, adentrando de um modo dinâmico a experiência vivida pelos participantes e observando, também, as afetações vivenciadas pela pesquisadora nos encontros intersubjetivos. Trata-se de uma atitude embasada fenomenologicamente, em que a pesquisadora também se torna participante do estudo (Amatuzzi, 2009).

É nesta tentativa de aprimorar o modo de compreender a experiência pela linguagem que, após cada encontro dialógico com um participante do estudo, elaborase uma narrativa compreensiva dos seus elementos vivenciais. Este processo configura-se no ato de apropriação da consciência para com o *mundo vivido* do outro e com o outro, numa tentativa de desencadear e organizar os elementos que promovem a análise das vivências significativas.

O processo de análise fenomenológica, a partir dos encontros dialógicos com cada participante, consiste na própria elaboração das narrativas compreensivas pela pesquisadora no intuito de descrever, compreender e interpretar os significados contidos nas experiências comunicadas. Integram-se os elementos significativos da experiência do participante em uma narrativa compreensiva de cada encontro,

incluindo as percepções da pesquisadora.

Este processo criativo permite que os elementos significativos da experiência sejam identificados no contexto do encontro e também ao longo do movimento intersubjetivo que permanece ressoando na pesquisadora (Perches & Cury, 2013). Logo, é no encontro dialógico que o pesquisador dá-se conta dos sentidos da experiência de mundo do participante por meio de sua própria intencionalidade. Porém, é somente no processo de narrar os conteúdos que emergiram deste encontro que os significados revelam-se a partir de um movimento de aproximação e distanciamento em relação ao vivido.

É importante salientar que cada narrativa compreensiva deve ser refinada fenomenologicamente, buscando-se os múltiplos sentidos atribuídos à experiência. Assim, a construção das narrativas compreensivas ocorre em fases que respeitam o curso de elaboração da pesquisadora na busca pelos elementos invariantes da experiência ao se debruçar sobre ela de modo a compreendê-la. No processo de análise de cada encontro, torna-se fundamental a releitura daquilo que foi explicitado pelo participante, explorando-se profundamente os significados implícitos, podendo gerar reedições das narrativas, a fim de precisar os significados contidos nas experiências.

A estratégia metodológica de construção de narrativas compreensivas surgiu como alternativa estratégica em que o ato de narrar assume sentido provido de significados que vão além da simples exposição de fatos (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013). O conceito de narrativas compreensivas aproxima-se da definição assumida por Walter Benjamin (1892-1940) que questionou a crescente valorização da transmissão de informação e seu caráter explicativo, declinando a riqueza da arte narrativa e sua dialogicidade.

Numa releitura da arte narrativa proposta por Benjamin (1985/1994), pode-se considerar que esta estratégia enfatiza a proximidade entre pesquisador e participante, explicitando uma posição epistemológica que assume a intencionalidade da consciência presente no pesquisador e o caráter dialógico do conhecimento produzido a partir dessa interação (Zini & Cury, 2014). Desse modo, os elementos significativos que emergem no encontro dialógico entre pesquisadora e participante podem ser expressos criativamente, destacando-se a singularidade marcante de cada vivência sentida e percebida ao longo do processo.

A pessoa que se revelou na relação dialógica, sustentada pelo acolhimento e disponibilidade para a escuta experiencial da pesquisadora, ressoa na dimensão da experiência desta, que percebe seu universo de sentidos e os expressa com a autoridade que a empatia lhe proporciona, após um encontro desta qualidade. Dutra (2002, p. 377) explicita que o ato do sujeito de contar sua experiência não se restringe ao conhecimento dos fatos de sua vida, significando, “além de tudo, uma forma de existir com-o-outro; significa com-partilhar o seu ser-com-o-outro”.

Assim, as descrições experienciais geradas com as narrativas compreensivas encerram um conjunto de elementos essenciais do fenômeno, que passam a compor a narrativa síntese, que se pretende interpretativa em relação a esses elementos que caracterizam a experiência em pauta no estudo. Esta deve revelar os elementos invariantes do fenômeno e possibilitar uma ampliação do campo de conhecimento psicológico sobre o tema. Encerra-se, então, uma etapa do estudo, destacando o processo de construção dos resultados da pesquisa.

Perches e Cury (2013) enfatizam que a compreensão dos elementos que emergem de forma dialógica e processual por meio desta estratégia metodológica revelam a dinâmica de sentidos atribuídos ao fenômeno em foco. Elas afirmam em

estudo fenomenológico sobre atenção psicológica, em hospital geral: “a narrativa não se esgota em si mesma, já que as pesquisas são temporais e, em outro momento, esses mesmos significados podem ser desdobrados, pois significados se constroem e são transmitidos em função do caráter dinâmico que inspira a experiência humana” (p. 315).

Neste sentido, ressalta-se a narrativa compreensiva como importante estratégia para composição do registro da vivência dos encontros dialógicos, a partir dos quais emergiram os elementos significativos da experiência vivida como fenômeno da pesquisa. Atenta-se aos diferentes temas recorrentes que constituíram as categorias de análise presentes nessas narrativas. Nesta etapa da pesquisa, a narrativa síntese tem caráter interpretativo no sentido fenomenológico. Encerra, portanto, os elementos essenciais da análise fenomenológica, apresentando a compreensão da experiência em seu todo. Esta narrativa contém, portanto, os elementos que caracterizam a temporalidade do conjunto de vivências narradas que constituem o fenômeno em si.

Ao assumir a narrativa como método de descrição da experiência vivida pelos participantes e do diálogo intersubjetivo com a pesquisadora, concretiza-se uma visada sobre o *mundo vivido* a partir da compreensão que se deu na emergência do encontro. Pode-se considerar, portanto, que a narrativa expressa a experiência intersubjetiva do encontro dialógico.

3.3. O Contexto da Pesquisa

O processo de aproximação da pesquisadora com o contexto desta pesquisa engloba a caracterização das instituições formadora e executora das residências multiprofissionais, o delineamento metodológico dos programas de residência das participantes e a identificação dos ambientes onde ocorreram as vivências de formação delas. Este processo ocorreu por meio do contato da pesquisadora com o coordenador de cada programa e com a coordenação geral da residência multiprofissional, a fim de elucidar os aspectos peculiares a cada curso. A pesquisadora, também, buscou informações para identificação dos órgãos envolvidos na execução de cada curso nos documentos publicados pela instituição formadora, uma universidade localizada no Estado de São Paulo.

A instituição executora da residência é um hospital maternidade considerada referência regional e nacional de atendimento em diversas áreas. Este órgão integra atividades de formação com cerca de 10 cursos de graduação, possui mais de 200 leitos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e mais de 100 leitos destinados a outros tipos de convênio. Na condição de hospital-escola, ele oferece programas de residência médica desde a década de 1980, reunindo atualmente 34 especialidades. No tocante à residência nas demais áreas da saúde, a instituição já dispôs de programas em 22 especialidades durante aproximadamente dez anos, oferecendo atualmente apenas as residências médicas e multiprofissionais. Os programas de residência na modalidade multiprofissional são os mais recentes do hospital, e foram inseridos no ano de 2013.

Nota-se que os programas de residências uniprofissionais, predominantes como modelo anterior à proposta multiprofissional, destinavam-se, também, a algumas das categorias profissionais ofertadas atualmente nas residências

multiprofissionais. Naquela época, todos os programas eram propostos pela instituição executora – o hospital – que participou ativamente da mudança gradativa para o atual modelo de residência. Neste processo de transição de sistema de gestão dos programas de residência, a universidade constituiu um grupo de trabalho que incluiu representantes da coordenação das especializações, da coordenação dos programas de residência, da direção do Centro de Ciências da Vida e da direção técnica da instituição executora. Este grupo dedicou-se a desenvolver uma proposta pedagógica de formação multiprofissional, com apoio da Pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação da universidade.

Durante este processo, ocorreu a aproximação com a gestão municipal local de saúde a fim de articular o projeto pedagógico, pactuando as diretrizes, as ações, os campos de prática e os atores sociais envolvidos. Neste contexto, o projeto precisou ser apresentado para apreciação do Conselho Municipal de Saúde e do Centro de Integração de Educação e Saúde para cumprimento das exigências necessárias à regulamentação e ao processo de convênio com os cenários de prática na rede de atenção básica à saúde e no serviço extra-hospitalar (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

Tendo em vista a conjuntura atual da regulamentação dos programas de residência multiprofissional no país, já mencionada em capítulo teórico desta pesquisa, atenta-se para o cenário de transição que caracteriza a situação das instituições proponentes desses programas. Logo, o coletivo de profissionais de saúde residentes, ao qual pertencem as participantes desta pesquisa, presenciou mudanças significativas nos aspectos regimentais dos seus programas, seja em âmbito nacional ou institucional.

Hoje, existem ao todo 4 programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) na instituição, estando organizados nas áreas de concentração em (1) saúde da criança, (2) saúde da mulher, (3) urgência e trauma e (4) intensivismo. Somente os 3 primeiros programas citados oferecem vagas para psicólogos. Nestes, totalizam 4 vagas, sendo 2 para o Programa de saúde da mulher. Anualmente, estes ofertam 48 vagas para os profissionais das seguintes áreas de conhecimento: Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia (exceto na área de saúde da mulher), Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

As especificidades de cada programa incluem processos de trabalho diferentes devido às necessidades de práticas direcionadas às ênfases nas respectivas áreas. O coletivo desses residentes compartilha alguns cenários de práticas e de ensino, mas não costuma dividir espaços de ensino com as residências médicas. No dia a dia dos serviços, todos dividem os mesmos espaços e setores, perfazendo suas próprias rotinas de acordo com cada preceptoria e estágio programado. Assim, conhecer a dinâmica de cada programa vivenciado pelas participantes tornou-se um importante passo na direção de suas experiências particulares. A descrição a seguir contempla, exclusivamente, a realidade dos 3 programas multiprofissionais aos quais estiveram vinculadas as psicólogas participantes desta pesquisa.

A distribuição da carga horária de ensino em serviço desses programas perfaz 60 horas semanais, distribuídas em modelo de semana padrão para cada grupo de residentes, contabilizando carga horária total de 5.768 horas ao final de dois anos de curso. A disposição das horas segue a regulamentação nacional, que preconiza que estejam divididas em 20% sob a forma de estratégias educacionais teóricas e teórico-

práticas e 80% de carga horária total de estratégias práticas, garantindo ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social (Brasil, 2014c; 2014d; 2015). Os residentes cumprem os programas em regime de dedicação exclusiva, fazendo jus a um dia de folga semanal e 30 dias de férias anuais, de maneira que não realizam outra atividade profissional, além do que determina essa formação.

As estratégias educacionais teóricas são desenvolvidas por meio da orientação de um corpo docente vinculado à universidade que promove encontros semanais com os residentes, contando também com participação de profissionais convidados para tratar de temas específicos. Algumas disciplinas teóricas são cursadas por todos os 48 residentes juntos, mas cada programa tem 6 horas/aula semanais de disciplinas específicas da área de concentração, voltadas às respectivas microequipes. No segundo ano do curso, incluem-se às disciplinas específicas 3 horas/aula para orientação de Trabalho de Conclusão de Curso, devendo o mesmo ser desenvolvido individualmente.

Os conteúdos ministrados relativos ao eixo transversal integrador de saberes caracterizam a equipe multiprofissional e são comuns a todas as áreas de concentração, como por exemplo: Epidemiologia Clínica, Metodologia de Pesquisa, Ética e Bioética. Além desses, existem ainda os eixos integradores para cada área de concentração. As orientações de referência nas atividades práticas em campos específicos aos núcleos de saberes de cada profissão, que preservam as identidades profissionais, são prestadas pelos preceptores indicados pelos cenários de prática próprio e conveniados.

As atividades práticas são orientadas pelos preceptores e as teórico-práticas, pelos tutores. Ambas constituem estratégias educacionais que permitem o entrelaçamento dos saberes, perfazendo os dispositivos de saúde como cenários de

aprendizagem que seguem o itinerário das linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde. Elas incluem atividades voltadas à assistência e à gestão de cuidado. O que se refere ao eixo transversal aos programas é comum a todas as profissões, como por exemplo a questão das políticas públicas e linhas de cuidado. Existe um eixo transversal específico das áreas de concentração que reúne conteúdo teórico, teórico-prático e prático dentro de cada um dos programas, como a Política de Assistência em Urgência e Trauma.

A organização das estratégias educacionais ocorre em módulos, distribuídos ao longo dos 4 semestres, visando ao aprimoramento de competências compartilhadas na formação interdisciplinar, incluindo prevenção, gestão e educação nos diferentes cenários de formação do residente. A carga horária de atividades práticas em campo é distribuída ao longo dos semestres previstos e as equipes de residentes de cada programa desempenham práticas em diversos setores do hospital maternidade, além de outros serviços, como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

No primeiro e no segundo semestre, as atividades práticas em campo são divididas entre o hospital e a UBS. Pode-se, também, incluir o SAMU no caso dos programas de urgência e trauma e de saúde da criança, somente para os profissionais da Fisioterapia e da Enfermagem.

A parceria com a prefeitura municipal, via Secretaria Municipal de Saúde, é imprescindível às instituições formadora e executora da residência, para que ocorra a integração entre ensino, serviço e comunidade, respeitando o fluxo das redes de atenção. Destaca-se a configuração dos elos interinstitucionais dos programas de residência desta pesquisa mediante a regulamentação atual vigente no país, que não

mais exige que as instituições proponentes sejam instituições universitárias (Brasil, 2014b; 2014c; 2014d; 2015).

A admissão dos profissionais nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é feita mediante classificação em processo seletivo que ocorre anualmente e inclui prova escrita de conhecimentos específicos, avaliação curricular e entrevista. Assim, cada programa mantém duas turmas de residentes que convivem em alguns cenários de prática compartilhados. Ao ingressar na residência, os profissionais são recepcionados pelas microequipes dos seus programas. Habitualmente, os residentes do último ano participam da inserção dos iniciantes nos serviços, tratando dos encaminhamentos necessários sob orientação de referência dos preceptores e apoio dos tutores.

Além desse processo de recepção interno aos programas, há um processo de recepção externo que engloba outras equipes. Vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, encontra-se um centro de educação do trabalhador da saúde que propõe o que se denominou módulo introdutório, reunindo as turmas de residências multiprofissionais, uniprofissionais e médicas que existem no município. Este módulo tem duração de uma semana e ocorre no primeiro mês do curso, cuja finalidade é aproximar os coletivos de residentes e apresentar a rede de atenção à saúde do município. Nesta proposta, os residentes formam grupos diversificados, visitam os locais de prática que não são contemplados pelos seus programas e, ao final, reúnem-se para trocar percepções.

É exigência dos programas que os profissionais de saúde estejam adequadamente registrados em seus conselhos profissionais, posto que eles assumem a função de residentes para se especializarem profissionalmente em uma área de concentração mantendo sua autonomia e responsabilidade sobre suas

condutas. Cada profissional da saúde residente recebe um auxílio alimentação proveniente da instituição proponente, além de lhe ser concedida uma bolsa auxílio que está condicionada ao orçamento ministerial disponível e à adequação do programa ao edital federal para aquisição dessa bolsa (Brasil, 2015).

Há um coordenador específico, responsável pelo desenvolvimento do conteúdo programático de cada programa de residência multiprofissional nos serviços de saúde e também em âmbito acadêmico. Este profissional articula as ações dos programas por meio de uma equipe de tutores acadêmicos e preceptores. Os tutores são docentes da universidade que exercem a orientação pedagógica e conduzem os espaços de discussão coletiva semanal, sua titulação mínima é mestrado. Os preceptores são profissionais dos serviços que, também, assumem a função de orientação de referência no cenário de prática devido às experiências já adquiridas nas áreas da formação.

Os programas destinam, para cada microequipe, um docente que exerce a função de tutoria. Além dessa orientação, também há uma preceptoria por profissão que atua no local em que é referência, podendo mudar conforme o cenário de prática e a turma. Tem-se um exemplo dessa variabilidade no cenário da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que não há equipe de profissionais das especialidades da residência porque também não possui equipe multiprofissional de referência, como por exemplo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Neste caso, o profissional de Enfermagem que gerencia a UBS assume a função de preceptor da microequipe de residentes, que atua no local para apoiar a implementação das ações construídas coletivamente com residentes, tutores e demais atores sociais.

A diversidade profissional pode ser observada, também, no modo como a equipe de cada programa é organizada, a fim de garantir a perspectiva interdisciplinar

na atenção à saúde. A coordenação do programa de saúde da criança é exercida por um profissional da área de Enfermagem, o programa da saúde da mulher conta com um da área de Psicologia e no programa de urgência e trauma quem a exerce é um profissional da área de Fisioterapia. Há uma coordenação acadêmica geral da residência multiprofissional, que é exercida por um profissional da Psicologia.

Os programas compartilham o objetivo de desenvolver competências para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, além das competências específicas do núcleo de conhecimento de cada profissão nos diferentes níveis de atenção à saúde, visando à formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS). Visam, também, a aplicação do raciocínio clínico multiprofissional na assistência à saúde especializada de cada programa. Entretanto, as atividades são realizadas de modo a obedecer à dinâmica específica dos dispositivos de saúde que contemplam as peculiaridades de cada proposta de programa.

A Residência em Saúde da Mulher está direcionada para a linha de cuidado da saúde feminina e sua família, em todos os níveis de atenção à saúde. Visa prestar assistência humanizada à saúde da mulher, considerando seu perfil epidemiológico, seguindo a legislação vigente no país e as políticas públicas brasileiras, especialmente a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional da Saúde da Mulher. O programa conta com 14 vagas distribuídas entre 8 profissões diferentes e é realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros de atendimentos ambulatoriais especializados, pronto atendimento, além do hospital, que inclui unidades de cuidado intensivo. Os dois tutores são formados em Nutrição e Psicologia, respectivamente.

A Residência em Saúde da Criança é uma qualificação voltada ao cuidado integral da criança, que visa desenvolver habilidades clínico-assistenciais, priorizando

o raciocínio multiprofissional ao compreender a atenção clínica. É realizada de maneira a respeitar o fluxo de atendimento necessário a essa proposta, seja nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos ambulatórios, nos centros cirúrgicos, nas enfermarias dos hospitais e nas unidades de terapia intensiva neonatológica e pediátrica. O residente realiza no primeiro ano um módulo de aprendizagem específico dedicado à compreensão sobre a classificação de risco à saúde infantil que ocorre no nível básico e secundário de atenção à saúde. No segundo ano do programa, o ciclo de aprendizagem em serviço volta-se ao acompanhamento de terapias intensivas pediátricas. Ao todo, são 14 vagas distribuídas entre 9 profissões, que contam com uma tutora da Enfermagem para os dois anos do curso.

O programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma visa ao desenvolvimento de habilidades específicas do profissional para a assistência hospitalar e ambulatorial, incluindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD). Os residentes realizam, também, um trabalho de prevenção à saúde, a partir da interação com a comunidade atendida em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em âmbito geral, desenvolvem intervenções relacionadas à assistência e à gestão do cuidado, a fim de atender as metas de integralidade e resolutividade da atenção em saúde, nas especialidades envolvidas no cuidado em urgência e trauma. São 20 vagas distribuídas entre 9 profissões, que contam com um profissional psicólogo e um fisioterapeuta como tutores, respectivamente.

Atentou-se ao fato de todos os programas de residência da instituição estarem sistematizados no âmbito comunitário, enfatizando a participação da equipe multiprofissional no planejamento, execução e avaliação das intervenções propostas. Para tanto, as microequipes de residentes compartilham módulos de ensino e prática

complementares, voltados aos aspectos comuns do cuidado em redes de atenção à saúde. Os módulos instrumentais específicos de cada programa são realizados de modo exclusivo pelas equipes multiprofissionais de maneira a contemplar a atenção especializada nas áreas de abrangência.

3.4. Participantes da Pesquisa

Tendo em vista a organização dos programas de residência multiprofissional, que diversifica e amplia o conjunto de atividades vivenciadas pelos residentes a cada ano, optou-se por buscar conhecer a experiência dos profissionais que estivessem no segundo ano da residência ou que a tivessem concluído recentemente. A inserção da pesquisadora no contexto da pesquisa possibilitou identificar o universo de possíveis participantes, totalizando 7 psicólogos, pois um profissional interrompeu o curso.

Considerou-se como critérios de inclusão dos participantes: (1) ser psicólogo; (2) estar devidamente matriculado no programa de residência multiprofissional desenvolvido pela Universidade ou estar devidamente certificado por sua conclusão pela instituição de Ensino; (3) estar cursando o segundo e último ano do programa de formação multiprofissional em saúde ou ter concluído o mesmo nos últimos três meses. Os critérios de exclusão foram: (1) ter se afastado das atividades da residência por período superior a quinze dias, além do período de férias previsto pelo programa; (2) não demonstrar interesse em participar da pesquisa.

O número de participantes – previsto inicialmente com base nas vagas – sofreu alterações. Após a pesquisadora ter entrado em contato com os psicólogos, somente um deles não se interessou em participar do estudo. A pesquisadora realizou um encontro dialógico com cada uma das 4 residentes que estavam cursando o segundo ano de programa e 2 psicólogas que concluíram seus cursos havia 2 meses.

Todas as participantes são do sexo feminino, com idade média de 25,6 anos

e graduadas em Psicologia nos últimos 5 anos, em universidades privadas ou comunitárias⁷. Somente duas delas ingressaram na residência sem ter tido outras experiências após a graduação. Duas delas fizeram curso de aprimoramento profissional de 12 meses relacionado com a área da saúde em outra instituição de ensino e na modalidade uniprofissional. Outras duas tiveram experiências profissionais em outras áreas, antes de cursar a residência.

Na próxima página, a caracterização das participantes encontra-se apresentada na Tabela 1.

⁷ As universidades comunitárias são instituições de Ensino Superior sem fins lucrativos, cujos recursos provém de mensalidades e estão voltados para educação, serviços sociais e comunitários.

A Tabela 1

Caracterização das participantes

Nome fictício	Idade	Programa de Residência	Conclusão da graduação	Experiência profissional antes da Residência
Flora	25	Saúde da Criança	2013	Psicologia organizacional (aproximadamente 2 meses)
Rosa	25	Saúde da Mulher	2012	Aprimoramento em Saúde da Mulher (12 meses)
Margarida	25	Saúde da Criança	2013	Aprimoramento em Oncologia e Hematologia Pediátrica (12 meses)
Dália	25	Saúde da Mulher	2014	-
Violeta	24	Urgência e Trauma	2014	-
Verbena	30	Saúde da Mulher	2011	Psicologia organizacional (12 meses) e Centro de Referência em Assistência Social (12 meses)

3.5. O Desenvolvimento da Pesquisa

Inicialmente, a pesquisadora buscou conhecer os programas de residência multiprofissional de um município do estado de São Paulo, detendo-se mais ao conjunto de programas da instituição supracitada. No mesmo período, interessou-se pela dinâmica dos fóruns destinados ao encontro em âmbito nacional da comunidade de profissionais residentes, preceptores, tutores e coordenadores de residências em saúde. Nesse ínterim, a pesquisadora participou como ouvinte do V Encontro Nacional de Residências em Saúde, no ano de 2015, conhecendo os espaços de reunião e discussão política dos grupos de cada categoria funcional. Este processo foi fundamental para o reconhecimento do foco de interesse na pesquisa, contribuindo

para seu aprimoramento.

O projeto da pesquisa foi, então, apresentado à coordenação geral dos programas de residência multiprofissional em saúde da instituição escolhida. Solicitou-se autorização para que o estudo pudesse ser realizado e fossem identificadas as equipes que continham potenciais participantes da pesquisa. Foram apresentados aos responsáveis os seguintes documentos: o Projeto da Pesquisa, a Carta de Autorização da Instituição (modelo anexo 1) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2).

Após ter obtido autorização para realizar a pesquisa, a pesquisadora submeteu o projeto à Plataforma Brasil para apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Esse procedimento prima pelo respaldo institucional ao projeto, no tocante aos critérios éticos da pesquisa com seres humanos, segundo as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 e n. 510/2016. O parecer favorável desse Comitê deu-se em fevereiro de 2016 e o número do mesmo é 1.407.524 (anexo 3).

Somente após concluída esta etapa, a pesquisadora entrou em contato com os coordenadores de cada programa de residência multiprofissional, apresentando-lhes os documentos pertinentes à autorização para desenvolver a pesquisa e um resumo do projeto. Esta apresentação tornou-se importante para que ela compreendesse a organização institucional dos programas, além da identificação de possíveis participantes. Uma vez aprovado o projeto, também, no Exame de Qualificação, foi dado andamento à pesquisa, pelo contato individual com os possíveis participantes.

O agendamento de datas e horários, assim como a escolha do local para a realização de cada encontro foram efetivados em comum acordo com cada

participante. Os encontros ocorreram individualmente com cada uma das participantes, entre os meses de maio e junho de 2016.

Somente uma profissional preferiu conversar com a pesquisadora em local externo as dependências da universidade, outra escolheu o restaurante universitário e todas as demais preferiram que os encontros ocorressem numa sala de grupos da biblioteca. O tempo médio dos encontros dialógicos foi de 119 minutos de duração – o mais longo durou 155 minutos e o mais breve, 75 minutos.

A pesquisa não acarretou custo nem investimento por parte da instituição ou das participantes, implicando em um grau mínimo de risco às participantes, tendo em vista a total observância dos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. Destaca-se que os encontros foram agendados previamente, de modo a não prejudicar a rotina das atividades da residência. A escolha dos locais garantiu privacidade e sigilo às pessoas envolvidas. Durante os encontros a pesquisadora não fez qualquer tipo de registro.

Os objetivos da pesquisa foram esclarecidos por meio da apresentação pela pesquisadora do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao início de cada encontro, tendo a participante assinado o mesmo em seguida. Os encontros prosseguiram, então, com a verbalização pela pesquisadora da seguinte questão norteadora: *Como tem sido, para você, vivenciar a formação profissional em uma equipe multiprofissional em regime de residência?*

Esta questão gerou abertura para dialogar sobre as vivências e os sentidos atribuídos a elas. Ressalta-se que as falas das participantes foram acolhidas pela pesquisadora numa atitude de compreensão empática, da mesma forma em relação aos sentimentos expressos em relação aos temas que foram surgindo espontaneamente durante cada encontro.

Os encontros possibilitaram às participantes entrar em contato com suas experiências subjetivas por meio de uma relação interpessoal, estabelecida a partir de atitudes de empatia e aceitação por parte da pesquisadora. Após cada encontro dialógico com as participantes, a pesquisadora elaborou uma narrativa compreensiva contendo os elementos significativos da experiência que emergiram ao longo da conversa.

O processo de construção das narrativas seguiu o descrito na analítica de Edith Stein sobre a experiência empática. A primeira versão da narrativa seguiu o movimento daquilo que se mostrou à pesquisadora, identificando elementos vivenciados de um modo eminentemente descritivo. Os relatos das participantes emergiram como recordações vívidas, possibilitando rememorar frases literais e descrever situações de modo detalhado.

Em seguida, ao revisitar esse texto, a pesquisadora conseguiu atingir outro nível de presentificação dos sentidos revelados. Dessa vez, as vivências foram percebidas como revelações afetivas e aspectos nucleares os quais puderam ser mais facilmente reunidos como núcleos de significados.

Daí em diante, a pesquisadora passou a compartilhar sua compreensão com interlocutores interessados em colaborar com seu processo de descoberta. A apresentação das narrativas a outros pesquisadores no contexto do Grupo de Pesquisa institucional, enredou momentos preciosos que possibilitaram a elucidação de elementos significativos das vivências das participantes. Nesta etapa de produção artesanal, a narrativa pôde ganhar nova organização dos seus elementos textuais, pois a pesquisadora assumiu, de modo mais efetivo, o seu lugar na investigação sistemática do fenômeno, ocupando-se de tornar clara a linguagem do que lhe foi evidenciado neste percurso.

A partir da finalização da construção das narrativas individuais, iniciou-se uma nova etapa: a elaboração da narrativa síntese. A pesquisadora, seguindo o ato reflexivo de variação imaginativa, elencou os aspectos essenciais do fenômeno em foco no estudo. De acordo com o que se revelou no conjunto de narrativas, passou-se da singularidade significativa de cada sujeito à generalidade da experiência tematizada. As narrativas individuais foram tomadas em âmbito ampliado. Excluíram-se características acessórias e acidentais do conjunto narrativo.

A narrativa síntese foi organizada com os sentidos desvelados no percurso da pesquisa e passou a compor a integração dos elementos essenciais da experiência. Dessa forma, a etapa de conclusão do processo investigativo foi efetivada pela discussão de cada elemento essencial à luz de outras pesquisas ou teorizações da comunidade científica que auxiliaram no processo de interpretação do fenômeno em suas múltiplas dimensões.

Capítulo 4: Narrativas Compreensivas e Elementos Significativos da Experiência

Este capítulo apresentará o conjunto de narrativas ordenadas na sequência em que ocorreram os encontros dialógicos. Os nomes adotados para as participantes são fictícios, de forma a garantir o anonimato; com o mesmo objetivo foram omitidos dados que as identificassem. As narrativas compreensivas estão escritas em primeira pessoa, demonstrando como se deu o diálogo entre a pesquisadora e cada participante. Algumas expressões ou frases utilizadas estão grafadas em itálico e seguidas pelo advérbio latino *sic* entre parênteses, por terem sido consideradas relevantes para a compreensão da experiência.

A narrativa síntese consta na subseção final deste capítulo, destacando-se como uma elaboração e expressão diferenciada das demais por considerar o panorama dos elementos significativos revelados nas vivências do conjunto de participantes. É importante esclarecer que as equipes técnicas ou assistenciais mencionadas nos textos são aquelas formadas por profissionais contratados ou concursados nos serviços em que as equipes de residentes realizam suas atividades. Ambas se caracterizam como equipes multiprofissionais.

4.1. Narrativas Compreensivas

Narrativa compreensiva I – Encontro com Flora.

Iniciamos nosso encontro com esclarecimentos sobre a pesquisa. Expressei a Flora meu interesse em conhecer sua experiência de formação em equipe multiprofissional de saúde em regime de residência. Ela começou a expor suas impressões gerais sobre a residência, destacando como esse tipo de formação é diferente do que vivenciou na graduação, quando os psicólogos realizavam práticas

de forma isolada das demais profissões.

Ela concluiu a graduação em Psicologia há aproximadamente três anos, em outro estado. Declarou que desde cedo tinha interesse pela área da saúde, mas trabalhou como psicóloga organizacional por dois meses antes de ser aprovada na residência. Disse que, logo que soube da vaga para psicólogo no programa de residência em saúde da criança, dedicou-se para a seleção e foi aprovada, compondo a segunda turma de residentes.

Flora foi pioneira em seu programa de residência, pois a psicóloga da turma anterior desistira durante o curso. Dessa forma, a maioria das suas práticas realizadas como residente foi inaugural para seu programa. Ela contou que teve que desbravar alguns cenários de prática e como essa missão tornou-se exaustiva. A enfermagem pediátrica do hospital universitário e o centro de saúde consistiram em seus primeiros desafios.

Ela destacou ter encontrado muitas dificuldades para desempenhar o trabalho na enfermagem hospitalar, devido à falta de entendimento sobre o seu papel naquele setor. A equipe técnica da enfermagem pediátrica não tinha psicólogo, o que Flora considerou um fator determinante para que ela tivesse uma difícil inserção, já que essas equipes demoraram a entender como poderiam encaminhar demandas que fossem *realmente específicas da Psicologia* (sic) e aceitar sua interferência no cotidiano do serviço.

Percebi que as situações se tornaram mais cansativas porque, ao lidar com o desconhecimento sobre a atuação, não tinha referências profissionais no próprio setor. Ela teve que descobrir o que e como fazer quase sozinha, construindo seu papel junto à equipe numa circunstância desafiadora. Observei uma expressão de desânimo em seu semblante, ao tratar desse assunto como um aspecto desagradável

de sua experiência, denotando à tarefa de inserção da Psicologia caracteres de uma árdua missão.

Flora demonstrou indignação ao falar da postura dos profissionais nos momentos de vulnerabilidade emocional dos pacientes e seus familiares. Uma expressão de choro advinda de um familiar ou paciente era motivo para chamarem a psicóloga, como se o acolhimento fosse papel exclusivo dela. Somente no segundo ano de residência, ela percebeu que os profissionais se aproximavam mais dos pacientes, mudando a circunstância em que solicitavam a intervenção psicológica. O encaminhamento estava mais fundamentado, já que eles buscavam entender um pouco das condições vividas pelos pacientes.

Ela considera que o caráter abstrato da Psicologia, sem procedimentos concretos específicos como a fisioterapia ou a enfermagem, dificulta o reconhecimento dessa especialidade no contexto da saúde. Flora analisa que isso contribui para que outros profissionais identifiquem o psicólogo a partir de modelos preconcebidos que não condizem com a prática real, prevalecendo uma expectativa de que se exerça a clínica tradicional. Exemplificou a questão por meio de situações em que suas intervenções foram interrompidas por outros profissionais para realizarem procedimentos específicos.

Flora contou também sobre sua atuação no centro de saúde, onde as ações de cuidado em atenção primária são ofertadas ao mesmo público atendido pelo hospital, pois ambos compartilham o território de abrangência da regional de saúde do município. Ela relatou que a equipe do centro de saúde – apesar da mesma falta de parâmetros sobre a atuação do psicólogo – demonstrou maior abertura à sua inserção e disponibilidade para integrar a equipe de residentes. Para ela, a rotina de atividades no centro de saúde contribuiu com a integração entre as equipes,

ampliando as possibilidades de diálogo sobre a perspectiva de práticas profissionais com atuações compartilhadas por especialidades diferentes.

O trabalho no serviço de atenção primária revelou para ela a dimensão frustrante de lidar com determinantes sociais da saúde que se mostram mais evidentes do que no cotidiano hospitalar, onde não se vê a realidade da moradia do paciente. Ela ressaltou que a vulnerabilidade social levava muitas crianças à recaída em doenças já tratadas ou a desenvolverem quadros clínicos complicados, além da dificuldade da família para implementar hábitos adequados de higiene e de alimentação.

Nos contextos da enfermagem pediátrica e do centro de saúde, a psicóloga relatou sentir-se mais próxima dos profissionais da Terapia Ocupacional e do Serviço Social, por compartilharem uma atenção especial aos aspectos psicossociais. Essa parceria se fez de modo significativo no cuidado aos bebês moradores, que passavam por internações hospitalares por tempo indeterminado. Para ela, alguns pontos de vista comuns facilitaram o diálogo entre eles e o fortalecimento de ambos dentro das equipes.

A experiência de Flora no ambulatório de especialidades foi marcada pelo enfrentamento à reincidência do adoecimento das crianças. O trabalho intensivo com a residente do serviço social e da terapia ocupacional priorizava as visitas domiciliares aos recém-nascidos, junto à equipe de enfermagem.

Observei o modo dela se expressar, referindo-se às vivências grupais e fazendo generalizações como se falasse em nome do coletivo de residentes. Isso me chamou atenção como uma espécie de herança da prática em equipe, quando os membros de um grupo se referem a si mesmos como representantes dele. Entretanto, eu também captei certa ambivalência relativa a uma vivência solitária que se deu em

equipe, quando a construção coletiva pareceu exigir demais do seu processo individual.

Ela expressou que eu já devia saber como nós, psicólogos, saímos da graduação inseguros e com muitas dúvidas sobre a prática profissional em alguns contextos, especialmente na saúde. Nesse sentido, revelou que se sentiu fortalecida como psicóloga ao atuar em conjunto com outras especialidades. Flora considerou essa uma aprendizagem significativa do modelo de formação multiprofissional, em que uma equipe movida pela intenção de desenvolver o melhor cuidado aos pacientes infantis potencializa a rede protetiva às famílias atendidas. Entendi que os profissionais residentes se articulavam em conjunto para aprenderem e promoverem o esperado de uma rede assistencial integrada.

Flora ressaltou a significativa diferença entre sua vivência de trabalho na enfermaria e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde já existia uma psicóloga havia alguns anos e seu papel parecia evidente para a equipe assistencial do setor. Ela demonstrou sua admiração pela profissional, pelo reconhecimento que conquistara no lugar e pelo respeito que a equipe lhe demonstrava. Sua vivência na UTI, durante o segundo ano do programa, não parecia ter sido marcada por entraves, já que compartilhava ações com a psicóloga e contava com o envolvimento da equipe nos processos de trabalho.

Para mim, ficou evidente que a presença de outro psicólogo no serviço foi de grande relevância para a residente. Aliado a isso, compreendi que a falta de esclarecimento e abertura da equipe do serviço no tocante à atuação do psicólogo pode comprometer uma atuação conjunta, além de tornar algumas vivências mais estressantes para ambos.

Quando ela chegou ao Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), percebeu

que algumas particularidades do serviço exigiam habilidades profissionais pouco exploradas nos contextos anteriores. A formação do vínculo com os pacientes ocorria de modo peculiar, pois o primeiro contato com a família já se dava no próprio domicílio, estando a criança em adoecimento crônico. No reduto familiar, a equipe de saúde, às vezes, era vista como invasora, perfazendo um processo de vínculo mais delicado e suscetível. Flora relatou a vivência frustrante de lidar com famílias resistentes ao cuidado oferecido e que permaneciam fechadas à intervenção psicológica.

Outro aspecto crucial dessa formação é a relação da residente com a tutoria e a preceptoria. Segundo ela, sentiu falta de mais tutores e preceptores psicólogos, pois considera que as orientações em serviço, advindas de profissionais de especialidades distintas a sua, tornaram a dimensão pedagógica da especialidade quase inacessível. Ela julga que o maior número de vagas no programa para fisioterapeutas e enfermeiros privilegia essas profissões na preceptoria, demonstrando incômodo com isso.

Os maiores desafios na formação multiprofissional apontados por ela estão relacionados com a responsabilidade do acolhimento ao luto das famílias dos pacientes diante da morte de uma criança, que também afeta a equipe de profissionais, residentes e assistenciais. Ela ressaltou que isso foi mais presente na enfermaria pediátrica, onde a equipe assistencial não costumava considerar a possibilidade de perda de pacientes, diferente do contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que lida com esta possibilidade constantemente e prepara-se melhor para isso.

Nas situações em que a equipe da enfermaria enfrentou a morte de uma criança, o alvoroço dos profissionais foi maior ao alertar e conter os riscos,

demonstrando reações exacerbadas. Ela confessou que essa realidade a obrigava a buscar alternativas para lidar com algo que também a deixava abalada. Mesmo quando não estava no setor onde ocorria a perda, era convocada para ajudar a manejar a situação. Uma vez, ela estava em casa, quando lhe ligaram solicitando sua presença no hospital. Flora tinha que dar suporte à família e a toda a equipe, depois orientava os profissionais a como também oferecerem suporte à família. Ela promovia encontros com todos os envolvidos para que eles se sentissem amparados.

Contou ainda outra situação delicada para ilustrar a dimensão ética do cuidado psicológico na equipe multiprofissional. Uma puérpera, internada após um parto cesariano com complicações cirúrgicas, dormiu sobre o próprio filho, após amamentá-lo. Outra mãe percebeu a situação e alertou a equipe. O bebê foi reanimado e passou a apresentar uma série de comprometimentos funcionais, tornando-se morador do hospital. A equipe da enfermagem passou a desconfiar da mãe, culpando-a pelo ocorrido e buscando afastá-la do cuidado com a criança. A equipe manteve uma relação conflituosa com a genitora, intensificando uma atitude maternal e protetiva com o bebê.

Quando a mãe retornou ao trabalho, ficando no hospital somente à noite e aos finais de semana, a equipe cogitou o abandono parental e a denúncia ao Conselho Tutelar, mesmo sem ainda se configurar uma situação real. Flora teve que acompanhar esse processo por um longo período, em momentos exclusivos com a equipe para alertar a responsabilidade dela diante do caso, além das intervenções com a família do paciente. Identificou esse como um caso especialmente difícil, em que aprendeu as várias dimensões de seu trabalho. Foi informada há alguns dias que a criança faleceu no hospital.

Flora ressaltou que todo o conjunto das vivências dessa formação intensificou

sua identificação com o campo da saúde, sobressaindo-se a sensação agradável de superar desafios cotidianamente. Descobriu novos modos de se reconstruir como profissional, após desbravar cada possibilidade do fazer psicológico na rotina da residência. Ela não evitou falar das dificuldades e do sofrimento decorrentes disso, especialmente quando se encontrava sozinha. Entretanto, destacou sua satisfação ao se perceber concludente, como um sinal de sucesso na superação dos desafios.

Nossa conversa fluiu de maneira tranquila e sem rodeios, como se já nos conhecêssemos. Ela me comunicou alegre que estava providenciando sua mudança para outro município, onde assumiria um concurso como psicóloga da rede assistencial de saúde. Compartilhei dessa alegria mediante o sabor conhecido de poder trabalhar em um campo afim. Ao nos despedirmos, Flora desejou-me sucesso na pesquisa. Agradei sua disponibilidade com votos de êxito na nova jornada e morada.

Narrativa compreensiva II – Encontro com Rosa.

Nosso encontro iniciou de modo descontraído. Rosa chegou sorrindo e nos cumprimentamos com um abraço espontâneo. Conversamos um pouco sobre sua rotina após o encerramento do curso. Ela concluiu a especialização em regime de residência multiprofissional em Saúde da Mulher há aproximadamente dois meses, quando retornou a sua cidade natal e estava à procura de emprego na área da saúde.

Apresentei-lhe meu foco de interesse na pesquisa e ela buscou esclarecer os critérios concernentes a sua participação. Ela expressou que achava interessante a proposta metodológica de pesquisa com uso de narrativas, estratégia que conhecera por meio das discussões de tutoria na residência. Quando retomei a questão da pesquisa com mais ênfase, ela respondeu que a experiência da residência *é muito rica* (sic) e que a indica para qualquer profissional que se interesse pela área da

saúde.

Rosa enfatizou que a graduação não é eficiente na preparação do profissional para o trabalho em equipe, pois muitos graduandos sequer conhecem a prática de outras profissões. Ela destacou que se deparou com profissionais residentes que não tinham noção do que um psicólogo faz no campo da saúde, assim como ela também conhecia pouco as outras especialidades. Explicou que um dos aspectos mais positivos da residência multiprofissional consiste em superar essa carência de conhecimentos sobre as profissões por meio das relações interprofissionais.

Ela contou como os residentes aprendem uns com os outros e passam a perceber suas profissões por outra perspectiva quando trabalham em equipe, contribuindo para que os profissionais entendam como podem se fortalecer juntos, aprimorando os resultados de suas práticas. Rosa não teve experiência junto a outras profissões durante a graduação e supõe que isso colaborou para que tivesse dificuldades para explicar a outros profissionais o que um psicólogo faz. Segundo ela, os psicólogos conseguem relacionar-se bem com colegas da mesma profissão, que conhecem as bases da Psicologia, mas esbarram na falta de compreensão de outros especialistas que desconhecem as formas de atuar e os princípios filosóficos da Psicologia.

Nesse momento, ela relatou sua trajetória desde a graduação até chegar à residência. Ao longo desse processo, manteve-se orientada pela Psicanálise como abordagem psicológica. Recém-graduada, participou da seleção para a residência e para cursos de aprimoramento em saúde. Foi aprovada para cursar um aprimoramento profissional em Psicologia Hospitalar com ênfase na Saúde da Mulher. No ano seguinte, conseguiu ingressar na residência multiprofissional em Saúde da Mulher. Esses cursos aconteceram em duas instituições distintas. Observei

como isso lhe possibilitou um olhar amplo sobre as diversas realidades da Psicologia no contexto da saúde.

Em seu curso de aprimoramento em modelo uniprofissional, ela acompanhou o trabalho da Psicologia na Ginecologia, julgando-o bem consolidado naquele contexto hospitalar, em que vários psicólogos concursados possuíam salas e recursos reservados para a sua atuação. Nos serviços em que desenvolveu sua residência, há muitos setores que não contam com psicólogos contratados e os residentes acabam assumindo a demanda.

Ela ponderou que é muito diferente a atuação de um profissional em uma equipe que não conta com sua especialidade no cotidiano do serviço, daquele que se insere em um contexto cuja prática já está consolidada. A diferença ocorre na identificação das demandas psicológicas, no entendimento sobre a contribuição que a especialidade oferece ao trabalho da equipe, na adequação da prática profissional ao contexto do serviço e na clareza que o próprio psicólogo poderia ter acerca de seu papel, a partir das referências anteriores a sua inserção. Para ela, a ausência de psicólogos em alguns serviços da residência dificultou seu processo de integração com algumas equipes assistenciais, em especial na construção de uma prática interdisciplinar.

Quando Rosa percebeu que requisitavam sua intervenção no hospital para quaisquer casos de manifestações emocionais, decidiu implementar algumas regras. Ao chegar ao setor, primeiro identificava-se como psicóloga residente e apresentava brevemente sua profissão. Depois, procurava compreender o motivo do encaminhamento, como o paciente e a equipe percebiam a demanda. Ao final, dava uma devolutiva aos profissionais que fizeram o encaminhamento e, então, problematizava com eles alguns critérios para futuras intervenções psicológicas. Eles

analisavam em conjunto o que a equipe poderia fazer e como poderia aprimorar esse procedimento. Ela percebeu que essa prática gerou mudanças positivas desde o primeiro ano da residência.

Em princípio, ela identificou que eles não sabiam estabelecer critérios para os encaminhamentos porque não faziam uma escuta inicial às queixas do paciente para compreender como ele se sentia. Algumas vezes, os profissionais revelaram a ela que o encaminhamento se deu de modo *intuitivo* (sic), sem critério técnico. O progresso foi percebido por ela desde o momento em que os profissionais demonstraram compreender o que se passava com os pacientes, depois de estarem mais em contato com eles. Os demais profissionais, especialmente seus colegas residentes, começaram a perceber quais critérios poderiam ser importantes para solicitar uma intervenção por parte da psicóloga.

Rosa disse gostar de elaborar projetos de intervenção em parceria com seus colegas residentes, mas se sentia frustrada pela interferência da equipe assistencial, que os delimitava conforme interesses próprios. Citou ter participado de projetos em ambulatórios específicos, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), voltados aos cuidadores profissionais ou a grupos específicos de pacientes. Em cada um deles, ela recordou algum aspecto da proposta que foi modificado pela equipe assistencial: exigência de inclusão de um técnico ou residente que não tivesse participado da elaboração, incorporação do projeto a um programa do hospital, horário para execução, modificação dos recursos, do setor ou das áreas profissionais envolvidas.

Ela contou uma situação específica em que se sentiu muito desmotivada. Ao participar de um evento científico em que compartilhou suas práticas com profissionais de outros serviços de residência, ficou empolgada para criar um projeto para o hospital. Apresentou a ideia e foi, instantaneamente, bloqueada pela

preceptoria, que declarou não haver abertura do setor para a proposta.

Aquela recusa não fez sentido para ela, pois o projeto estaria de acordo com a demanda do serviço e a equipe de residentes seria suficiente para realizá-lo. Ela não compreendia a insegurança que os profissionais do serviço demonstravam diante da proposta dos residentes, como se houvesse uma influência negativa da equipe assistencial que pretendia ter crédito pelas inovações. Concluí que essas barreiras geraram nela um tipo de revolta, já que precisava tolerar a situação.

Na análise que Rosa fez sobre o ambiente e as relações vividas durante sua formação, destacou que a situação do residente é mais vulnerável que a do profissional contratado pelo serviço. No entanto, ela percebeu que alguns profissionais pareciam tentar se autopromover para serem bem avaliados pelos seus superiores, destacando competências e condutas individuais, sem focar no trabalho em equipe.

Nesse momento da conversa, comentei que os problemas de relacionamento com a equipe assistencial pareciam estar relacionados com o conflito entre modelos de atuação uniprofissional tradicional e de prática multiprofissional que privilegia o fazer em conjunto. Rosa sorriu e disse o quanto isso fazia sentido para ela, como se estivesse tão imersa na dinâmica cotidiana que não tivera tempo para refletir sobre a questão antes.

Percebi que relatar suas vivências a aliviavam de alguma forma, especialmente quando revelava análise sobre a formação. Ela recordou que houve um momento marcante na aula inaugural, quando o palestrante explicou a origem da residência em saúde. Seus primórdios estão relacionados com a história das guerras, pois os profissionais precisavam estar de prontidão para executar o cuidado, residindo no local em que precisavam cuidar das vítimas. Rosa disse que, algumas vezes, sentiu-

se como se tivesse partido para a guerra (sic), devido à exaustão, à demanda excessiva de trabalho, à dedicação exclusiva ao serviço e às restrições a vida social.

Pude observar que a exaustão e o sofrimento em decorrência do trabalho apareceram diversas vezes ao longo do seu relato; descreveu, inclusive, como o excesso de carga horária de trabalho a deixava cansada para aproveitar as poucas horas em que ocorriam as aulas teóricas. Para ela, que gosta de discussão clínica, era frustrante ver como isso cabia tão pouco na rotina da residência. A restrição social aparecia na cobrança que familiares e amigos faziam em relação a sua presença, mas a necessidade de descansar dominava cada hora livre, diminuindo a disposição para ir a outros lugares ou fazer programas sociais.

Rosa revelou que, muitas vezes, sentia-se *jogada no serviço* (sic) e gostaria de ter discussões mais profundas sobre a Psicologia nos espaços pedagógicos, para que pudessem ir além das discussões sobre a rotina, procedimentos do serviço, reclamações ou cobranças entre equipes de residentes. Ela gostaria também que os problemas dos setores institucionais ocupassem menos espaço em suas discussões e que fosse priorizada a aprendizagem em serviço, ao invés da resolução de questões próprias da instituição.

Entendi que a inserção nos serviços, sem muito preparo, gera angústia, mesmo para ela que se considerava mais preparada que alguns colegas, que iniciaram a residência recém-graduados e sem experiência na área da saúde. Rosa destacou que estava diante de vários campos de atuação e tinha muito o que conhecer, tentando aproveitar tudo o que podia para sair com a máxima experiência possível. Aproveitou cada oportunidade que surgia e tentava usufruir da melhor maneira possível: a interação com residentes de outros programas, a parceria com coordenadores de ambulatórios específicos, a elaboração e execução de projetos

interdisciplinares.

A flexibilidade da preceptoria ao lhe permitir escolher os setores nos quais continuaria a atuar, durante o segundo ano de sua formação, foi importante para garantir uma diversidade de experiências. Se havia um lado positivo no fato da Psicologia ainda estar sendo inserida nos locais de trabalho, era a não obrigatoriedade de cobertura total do serviço, como ocorria com o pessoal da enfermagem. Assim, ela pôde escolher locais com os quais tinha mais afinidade, como alguns ambulatórios, e privilegiar a permanência no hospital, após cumprir o tempo regulamentar no centro de saúde.

Ela demonstrou sentir saudade da proteção dos supervisores dos estágios como graduanda e do aprimoramento profissional, quando havia maior dedicação ao aprofundamento teórico, propiciando-lhe familiaridade com a teoria articulada com a prática. Ela analisou que, na residência, as horas de aula poderiam ser melhor utilizadas, se ocorressem em horários nos quais os residentes estivessem menos cansados do trabalho, priorizando estratégias de ensino mais atrativas, adequadas à dinâmica da prática.

Rosa afirmou que o coletivo de residentes estava desacostumado a parar para refletir sobre algum tema, porque só sabia executar e refletia-se pouco sobre os processos vividos. Então, sorriu recordando um comentário de uma amiga residente que dizia estarem *emburrecidos* (sic) na residência, já que não tinham tempo nem disposição para se atualizarem cientificamente. Isso ficou marcado no filme criado por sua turma para comemorar o encerramento da residência, onde retrataram colegas dormindo durante as aulas.

Compreendi que a convivência na rotina intensa de trabalhos e exigências fortaleceu a identidade coletiva do grupo de residentes. Ela afirmou que os conflitos

eram mais recorrentes entre os profissionais da mesma especialidade, que pareciam competir pelo mesmo reconhecimento. Havia uma cobrança exacerbada dos residentes da turma anterior, que apontavam erros de sua equipe atual como se estes pudessem comprometer o que conquistaram com o esforço típico de uma turma pioneira. Enquanto revelava essas vivências, Rosa percebeu que os conflitos não pareciam mais tão importantes, agora que estava fora da residência.

A expressão de Rosa ao falar sobre isso era um pouco melancólica, seu olhar ficava distante, sua fala pausada e baixa, dizia que compartilhara muitas coisas com o grupo de residentes. Percebi que os laços de amizade tornaram-se significativos diante dos desafios e as relações afetivas construídas compuseram o que de mais precioso ficou para ela. A densa jornada permitira fazer muitos contatos, que permaneceram após a formação.

Destacou que gostaria de ter tido tutores mais preparados para a função e preceptores menos limitados por questões institucionais. Tentou explicar como seria isso com exemplos de condutas profissionais e de aulas. Uma tutora tornou-se especial para ela, por ter promovido discussões que considerou realmente importantes. Ficou claro para mim que ela gostaria de ter vivido mais momentos direcionados ao diálogo construtivo e compartilhamento de experiências criativas, além de discussões mais voltadas aos problemas encontrados no serviço.

Ao final de nossa conversa, manifestou que as experiências vividas na área da saúde – desde seu estágio da graduação, passando pelo aprimoramento e pela residência multiprofissional – fortaleceram sua afinidade com a área hospitalar. Após concluir a residência, ela buscou emprego em hospitais e encontrou um campo bastante restrito. Chegou a ouvir de gestores locais que seu currículo era bom demais, pois tinha muitas horas de prática, mas o serviço não estaria adequado a ela.

Então, nós duas refletimos juntas sobre a situação que parece irônica em nosso país. Primeiro, porque os programas de residência buscam estar regulamentados para suprir uma carência de profissionais capacitados para atuarem nos serviços de atenção à saúde. Segundo, porque as próprias instituições de saúde estão fechando a porta para o profissional que advém desses programas em função de o considerarem muito bem preparado.

Mesmo deparando-se com esses novos desafios, Rosa revelou-me que sente vontade de se aprimorar mais para assumir, futuramente, a função de supervisora de estágio em curso de graduação em Psicologia. Ela ainda cogitou a possibilidade de voltar à residência assumindo novos papéis, como tutora ou preceptora.

Ao referir-se a isso, deu-se conta de que se passaram várias semanas desde que se despediu da residência e que não fez nenhum contato com as pessoas do hospital ou do programa. Recordou que quando estava em férias como residente, ligava quase diariamente para ter notícias de pacientes ou conversar com o profissional de plantão.

Ficou, então, impressionada ao perceber que conseguira esquecer os episódios ruins e ainda sentir saudade daquele período. Surpreendeu-se ao constatar que superara os aspectos mais sofridos da formação, apesar das fortes marcas que não gostaria de evocar de modo mais profundo. Percebi que ela não havia imaginado que se desvincularia da imersão que a residência exigira daquela maneira e foi bem interessante vê-la surpresa em relação a esta constatação.

Compreendi que a experiência de formação como residente estava sendo apropriada por Rosa sob diferentes nuances, paradoxos, conflitos, sofrimento, descobertas e revelações significativas. Nosso diálogo havia propiciado a nós duas uma aproximação com o fluxo de ricas experiências vividas por ela, evidenciando

alguns elementos que ficaram mais nítidos à medida que tentava apresentá-los a mim. Pude, então, sentir que ela virava a página, quando ergueu seu olhar e refletiu com ar nostálgico: – *Talvez tenha sido melhor assim (sic)*. Desejei-lhe sucesso em sua carreira profissional e nos despedimos.

Narrativa compreensiva III – Encontro com Margarida.

O encontro com Margarida pareceu-me agitado pelo turbilhão de conteúdos que fervilhavam em seu cotidiano da residência. Quando apresentei a pergunta norteadora, ela questionou se eu queria saber sobre sua experiência pessoal ou profissional. Naquele instante, entendi que ela se referia a duas dimensões dessa experiência. Respondi-lhe que me interessava compreender como ela vivenciou a formação, pois intencionava acessar os múltiplos sentidos dessa experiência. Ela sorriu e disse que estava tudo bem assim e que tentaria *tratar de tudo (sic)*.

Ela relatou em ritmo acelerado acontecimentos do seu dia-dia, de maneira que as vivências transbordavam em seu discurso, resgatando sua trajetória ao passear por toda a sua formação até chegar a etapa atual. Margarida concluiu a graduação em Psicologia há três anos e, desde aquela época, interessa-se pela Psicologia Hospitalar. Recém-graduada, cursou um aprimoramento profissional em Oncologia e Hematologia Pediátrica. Logo em seguida, iniciou a residência multiprofissional em Saúde da Criança, atualmente em fase de conclusão.

Margarida contou que sua experiência no curso de aprimoramento em saúde assemelhou-se ao que ela vivenciou no estágio profissionalizante da graduação, quando a atuação na Psicologia Hospitalar era supervisionada constantemente. Assim, queixou-se de não ter exercido uma autonomia profissional nessas ocasiões, mesmo quando assumiu a função de profissional em aprimoramento. Ela queria sentir o gosto de trabalhar na área da saúde com a autonomia que a residência poderia

proporcionar, mesmo que fosse *jogada* (sic) no campo de atuação.

Relatou que a escolha por trabalhar na área da saúde contribuiu para mudar a opinião que seus pais tinham de que os psicólogos hospitalares não são *levados a sério* (sic). Ambos são profissionais de uma outra especialidade nesta área. Atualmente, afirmam orgulhar-se da trajetória profissional que ela vem construindo. Margarida comentou, indignada, que existem psicólogos que assumem posturas vergonhosas nos serviços de saúde, ao preferirem bajular os médicos, ao invés de contribuírem com posicionamentos críticos para melhorar as relações de trabalho entre os membros da equipe.

Ela reconhece que o apoio de seus familiares contribuiu para que batalhasse por suas conquistas, mas não se sente reconhecida pelos aspectos positivos de seu trabalho no ambiente da residência. Entendi que Margarida não se sente bem aceita pelos psicólogos dos serviços onde atua, pois acha que as preceptoras a tratam de modo ríspido e que recebe *feedbacks* muito severos, que só destacam os erros cometidos.

Percebi que o reconhecimento dos preceptores tem grande importância para ela e a ênfase no erro pode tornar seu trabalho frustrante. Ela destacou que alguns residentes pensam em desistir no meio do percurso, devido à sobrecarga de trabalho que recebem. Para ela, os pacientes são o principal motivo pelo qual não desistiu do curso, mas também revelou que a bolsa de estudos e o auxílio-alimentação somam uma quantia motivadora para uma jovem graduada. Considera que a dedicação exclusiva faz jus ao que é oferecido aos residentes pelo cotidiano do serviço e percebe que restringir sua vida social ajuda a poupar o que ganha para investir em projetos futuros.

Margarida detalhou outras experiências marcantes para ela, tentando

exemplificar o que considera essencial ao trabalho de um profissional residente. Sente que o vínculo construído com os pacientes num momento de vulnerabilidade, como ocorre na internação hospitalar, é muito forte e necessário para a elaboração da situação. Sua intenção de permanecer no curso está diretamente relacionada com a missão de oferecer um cuidado diferenciado ao paciente, razão pela qual pretende investir ainda mais na própria formação fora do país.

Ela analisa que a especialização em regime de residência consiste no melhor tipo de capacitação para atuar na área hospitalar, especialmente no contexto brasileiro, pois o conhecimento adquirido em serviço supera o que é oferecido como fundamento teórico. O equilíbrio entre o que se aprende trabalhando e o que é ensinado teoricamente não lhe parece harmonioso. Sente a necessidade de um aprimoramento no programa pedagógico da residência para que os espaços de ensino teórico sejam melhor aproveitados pelos residentes.

Desde o seu ingresso nesse programa, sua equipe de residentes estabeleceu um bom relacionamento entre si e isto inspirou um espírito de companheirismo que conduziu a novos laços de amizade. Percebi por seu relato que eles se esforçaram para construir este tipo de relacionamento e transmitir sua importância aos novos residentes, promovendo confraternizações e auxiliando no dia a dia. Ela destacou que os residentes fazem o possível para se apoiarem mutuamente e tornarem essa experiência *menos pesada* (sic).

Apesar disso, Margarida não conduz da mesma forma as relações com outros profissionais com quem convive no trabalho. Enfatiza que há uma considerável diferença entre a amizade vivenciada no grupo de residentes e a relação com os demais profissionais do serviço. Para ela, estabelecer uma boa relação profissional envolve conversar sobre processos de trabalho, carreira, interesses comuns e

oportunidades, mesmo que não vá tornar-se amiga de todos.

Ela citou como exemplo dessa relação o contato que fez com um médico, a partir de uma situação de trabalho, gerando uma oportunidade de estágio no exterior. Ela pretende usufruir das referências que ele lhe passara sobre o país em que pretende especializar-se ainda mais, após concluir a residência. Nesse sentido, esclareceu que *é preciso saber diferenciar as coisas* (sic), apostando numa postura de neutralidade com os pacientes, familiares e profissionais dos serviços.

Margarida segue a abordagem psicológica comportamental desde sua graduação e afirma que essa proposta norteia sua prática clínica, destacando a neutralidade na conduta profissional como um valor a ser conquistado em diversos contextos de atuação. Ela ressalta o modo como a residência acaba configurada como um celeiro de práticas que coloca à prova seus conhecimentos, em que os verdadeiros mestres parecem ser os pacientes, que lhe possibilitam encarar a aprendizagem significativa em situações reais.

Nesse momento, sua expressão mudou para tristeza, ao afirmar que algumas demandas trazem uma dimensão inesperada, exigindo uma abertura excepcional por parte do residente. Então, ela narrou a experiência que considerou ser emblemática do seu percurso nessa formação, ao acompanhar uma família que a fez imprimir novos significados a alguns princípios éticos e humanos. Um casal chegou ao hospital, levando seu bebê desacordado, após a mãe ter dormido sobre seu filho ao amamentá-lo. Houve demora para reverter a asfixia e o bebê teve sequelas gravíssimas até ir a óbito. A equipe assistencial convocou a psicóloga residente para acompanhar a mãe, que estava inconsolável, sentindo-se culpada.

Ao longo do atendimento clínico que realizara com os pais, Margarida problematizou com a mãe certas questões sobre as quais ela deveria ter sido

orientada e que a levaram a cometer o erro para o qual buscava explicação, sentindo-se muito culpada. Aos poucos, a mãe concluiu que realmente não fora bem orientada pela equipe após a alta da internação pós-parto e que houve falta de atenção para com ela, em relação a orientações básicas, identificando ali a origem da negligência, ao invés de atribuir toda culpa a si mesma.

Ao longo desse processo, a desconfiança dos pais do bebê para com a equipe hospitalar só aumentava. Diante do falecimento do bebê, a mãe fez questão de acompanhar cada procedimento e pediu que a psicóloga acompanhasse tudo, até o enterro. Margarida esteve com ela no necrotério do hospital, onde nunca imaginara estar para acompanhar um paciente. Para ela, essa foi uma das situações mais tristes vivenciadas como residente.

Questionei-a sobre como se sentira nesse processo de acompanhamento aos pais do bebê. Ela considera que foi sua vivência mais marcante devido à complexidade da situação e de como esta exigiu dela bastante competência profissional. Ela entende que deve procurar manter sempre uma postura de neutralidade em relação aos pacientes. Assim, não deve expressar seus próprios sentimentos ou experiências pessoais ao intervir, permanecendo imparcial. Mesmo lidando com a realidade do hospital cotidianamente e reconhecendo a negligência que costuma ocorrer, deveria apenas estimular a reflexão dos pacientes e orientá-los quanto aos procedimentos institucionais.

Para ela, a falta de neutralidade pode comprometer o atendimento clínico. Entendi que, apesar de ser comum receberem casos de acidentes domésticos com crianças, aquela história tinha elementos que a tornaram ainda mais delicada para o manejo clínico. Ela destacou que foram os próprios pais que vieram a responsabilizar a equipe hospitalar e que ela não os induziu a esta conclusão.

Compreendi como lhe faltava alguém para dialogar sobre suas vivências acerca de acontecimentos significativos que marcaram sua formação, ao ouvi-la discorrer de maneira emocionada numa espécie de desabafo. Às vezes, Margarida retomava algumas cenas e, em outros momentos, era como se estivesse sendo acolhida em relação a sentimentos que afluíam. Ao questionar como estava se sentindo, reafirmava a importância daquela escuta para ela, pois sabia da garantia do sigilo da pesquisa.

O trabalho desenvolvido por ela na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ganhou sua preferência. Ela analisou que o progresso da participação da Psicologia nesse setor deve-se ao fato de que os psicólogos já estão incluídos na equipe assistencial há mais tempo que nos demais contextos de prática. Isso contribui para uma maior respeitabilidade por parte da equipe. Além disso, a implementação de projetos de intervenção nesse tipo de local é mais propícia. Sua motivação ficou evidente quando relatou a prática psicológica desenvolvida na UTI, mostrando-se bastante empolgada e envolvida com o que vinha realizando.

As ações desempenhadas no centro de saúde são vistas como momentos da formação necessários para compreender a rede de saúde do município, a fim de ampliar os conhecimentos sobre as várias instâncias de atenção. Entretanto, a formação em si é vista por ela como um aprimoramento predominantemente hospitalar, seja pelo volume de ações desempenhadas em seus diversos setores ou pela complexidade das ações desempenhadas nesse contexto.

Percebi que a experiência da residência proporcionou a ela clareza à sua escolha profissional como psicóloga hospitalar. Em nosso encontro, revelou que sentia falta de espaços como este, em que pudesse falar de sua experiência e de como se sentia com relação a muitas coisas da sua formação. Queixou-se por haver

poucos espaços na residência que acolhessem as experiências pessoais do residente. Ela disse que somente uma tutora proporcionou algo semelhante e que, geralmente, os espaços para diálogo eram destinados a tratar das reivindicações dos residentes.

Entendi que Margarida reconhece que, na posição de residente, ela é uma profissional em serviço e precisa responder de modo autônomo e responsável pelos seus atos, mas também considera que ser ouvida e poder compartilhar suas experiências ajudaria a se desenvolver ainda melhor. Para ela, as mudanças em sua vida pessoal acompanham seus projetos profissionais, fazendo dessa formação um investimento subjetivo. Na sua perspectiva, as situações novas obrigam qualquer residente a se desenvolver.

Havíamos conversado por mais de duas horas, quando ela se deu conta de que precisava retomar às atividades como residente. Margarida afirmou ter me apresentado os principais aspectos de sua experiência, evidenciando como a diversidade de vivências revela significados e afetos. Ela agradeceu bastante pela oportunidade que o encontro lhe proporcionara e nos despedimos.

Narrativa compreensiva IV – Encontro com Dália.

O encontro com Dália ocorreu na biblioteca universitária, durante o período no qual ela costumava se dedicar às pesquisas para seu trabalho de conclusão de curso de residência. Logo que nos apresentamos, ela começou a me contar sobre seu tema de estudo e como ele mobilizava conteúdos pessoais, pois tinha a ver com o processo de elaboração de luto. Percebi, nesse momento, que sua perspectiva da formação em serviço tinha alguma relação com a temática escolhida. Apresentei-lhe meu interesse em ouvir sobre sua experiência, convidando-a para falar um pouco mais sobre como tem sido para ela vivenciar essa formação.

Ela respirou profundamente e respondeu de maneira espontânea, olhando-me diretamente nos olhos: – *Esta formação é muito marcada pela insegurança, medo e frustração, mas é o apoio das pessoas envolvidas que faz a maior diferença para que a gente continue* (sic). Revelou, então, que a trajetória como psicóloga residente evidenciou grande exigência consigo mesma e a maneira ansiosa como encara os resultados de seu trabalho por ter assumido o compromisso de se aprimorar constantemente.

Dália destacou que a dinâmica agitada do serviço é uma característica do cotidiano hospitalar repleto de situações inesperadas que lhe proporcionam vivências diversas e intensas. *Você vai de 8 a 80 no mesmo dia, tão grande é o turbilhão de coisas que se vivencia no hospital* (sic). Ela se vê lançada a situações que extrapolam seus limites pessoais, demandando certo esforço emocional para lidar com a realidade. O fluxo dessas vivências a fazem olhar para si, deparando-se com seus medos e encarando sua insegurança. Ela percebe que isso interfere em seu desempenho no trabalho, pelo modo como enfrenta algumas demandas. Entretanto, reconhece que são momentos que se tornaram bastante significativos para a sua

formação.

Ela, então, retomou as etapas vividas antes de chegar à residência. Dália concluiu a graduação em Psicologia há cerca de dois anos, na mesma universidade que oferece o seu programa de residência. Seu contato com a Psicologia Hospitalar teve início naquela época e decidiu escolher esta área para atuar no estágio profissionalizante, reunindo atividades teórico-práticas neste campo. Recordou como foi diferente frequentar o hospital quando era apenas uma estagiária da graduação. Hoje, percebe que o nível de cobrança aumentou incrivelmente desde quando adentrou a instituição hospitalar como profissional.

Ela percebe que sua autonomia é limitada pelas solicitações dos profissionais da equipe assistencial, da coordenação e da preceptoria do programa, que delimitam a todo momento para qual setor ela tem que se dirigir. Dália sente uma incômoda sensação de ser controlada por outras pessoas, ao tentar atender a todas as demandas que lhe são apresentadas. Percebi que essa circunstância desencadeia nela sintomas de ansiedade, pois não consegue atender a tudo e a todos e sente-se frustrada. Ela também afirma sentir-se responsabilizada pela omissão de outros profissionais e isto causa-lhe revolta.

Na sua opinião, o fato do programa de residência multiprofissional ter sido iniciado recentemente, torna-o mais propício a vulnerabilidades, como a exposição dos residentes a situações delicadas diante da equipe assistencial. Ela declarou que viveu o período mais atribulado da formação durante o primeiro ano do seu curso, quando foi necessário desbravar alguns setores do hospital. Acredita que por não haver uma prática psicológica consolidada nesses locais, deparou-se com conflitos entre os participantes das equipes assistenciais, os preceptores e os residentes.

A troca de experiências e os vínculos construídos no grupo de residentes

significaram um apoio determinante para ela suportar o fluxo emocional que vivencia nessa formação. A equipe *vivencia tudo unida* (sic), cada profissional se mostra como pessoa e revela suas carências ao grupo. Dália também considera que as psicólogas são unidas, pois cada uma reconhece a importância do que a outra realiza e apoia os projetos que incluem a Psicologia. Ela pondera que há respeito mútuo entre as psicólogas, independente do cargo ou local de trabalho. Essa postura diverge do que ela constata em outras profissões.

Dália, no entanto, sente falta de dialogar sobre a conduta profissional segundo sua perspectiva teórica, pois todas as psicólogas do hospital – assistentes, preceptores e residentes – seguem uma linha diferente da sua. Desde a graduação, Dália realiza sua prática psicológica orientada pelos fundamentos da Gestalt Terapia. As colegas psicólogas tentam auxiliar com aspectos gerais da conduta, mas não atendem totalmente sua necessidade. O máximo que conseguem compartilhar são os aspectos gerais da demanda hospitalar, relacionando-os pouco com a abordagem psicológica, já que seus referenciais são bem distintos.

Muitos profissionais não entendem o papel da Psicologia no contexto da saúde. Compreendi que, para ela, é difícil conviver com o que isso acarreta para seu trabalho, como por exemplo, o excesso de encaminhamentos desnecessários à Psicologia. Por isso, ela se dedica bastante ao processo de orientação técnico-pedagógica, a fim de evitar intercorrências e solicitações descabidas. Quando percebe que os profissionais não conseguem acolher bem algumas demandas, sente o peso de uma sobrecarga de trabalho que, segundo julga, não deveria ocorrer.

Os conflitos com os médicos são quase rotineiros, devido à falta de esclarecimento sobre o tratamento aos pacientes e o modo como eles negligenciam os familiares. Dália sente-se cansada por ter que enfrentar tantas vezes a resistência

dos profissionais que preferem delimitar a atuação de cada especialidade, conduzindo uma atuação de modo compartimentalizado. Percebi sua impaciência ao falar disso.

Nesse cenário, visualizei uma grande fronteira entre a prática psicológica e as demais especialidades. Algo que não parece ser atribuição do psicólogo, revela uma estreita relação com a dimensão psicológica do sujeito que vivencia a situação de hospitalização. Valorizar a autonomia do paciente e seu direito para implicar em seu próprio cuidado compõe um aspecto significativo do compromisso social do psicólogo no contexto da saúde.

Dália evidencia que a rotina estruturada da residência estabelece horas de trabalho em demasia e o serviço exige cada vez mais envolvimento dos residentes. Isso torna o ambiente estressante, marcado por tensos conflitos entre as equipes de trabalho. Na sua perspectiva, há um excesso de procedimentos sob a responsabilidade dos residentes que os levam à exaustão, mesmo quando se identificam com o que fazem, como é o seu caso.

Atualmente, ela prefere trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde percebe que a Psicologia existe enquanto uma prática consolidada, diferente de outros setores do hospital. Em contrapartida, o trabalho no Centro de Saúde não foi interessante para ela, apesar de tê-lo considerado *tranquilo* (sic). Entendi que sua atuação como psicóloga na Atenção Básica não lhe parece tão importante como o trabalho no contexto hospitalar: não falou muito sobre essa vivência, como se a rotina nas unidades básicas de saúde não fosse tão significativa, nem lhe revelasse algo novo.

Ela avalia que o fato das aulas ocorrerem ao final da jornada de trabalho, contribui para que os residentes estejam menos envolvidos com o momento teórico. A dinâmica das aulas fica comprometida pelo cansaço dos residentes. Ela se percebe

pouco atenta e capta menos conteúdo do que gostaria. Essa situação compromete a dimensão pedagógica do programa, parecendo-lhe estar relegada a segundo plano.

No segundo ano da residência, o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso é visto por ela como uma tarefa bem difícil, já que não gosta de escrever nem de fazer pesquisa. As orientações da tutora têm sido um importante auxílio, mas não tornam essa vivência menos estressante por encarar com angústia o prazo final para a entrega de suas produções. No entanto, enfrentou de maneira diferente os projetos de intervenção no serviço que precisou elaborar ao longo da residência.

Dália relatou que necessitou fazer projetos desse tipo durante todo o programa, especialmente quando iniciava as atividades em um setor do serviço que não havia recebido residentes anteriormente. Entretanto, ela se sentiu frustrada algumas vezes, quando seu projeto foi rejeitado pela equipe do hospital. Contou, com pesar, a situação em que todos os residentes se envolveram numa proposta conjunta que foi recusada por uma preceptora, alegando a necessidade de envolvimento exclusivo dos enfermeiros. A ocasião instalou uma crise entre os residentes, desmotivando-os a seguir em frente com novas propostas. Dália vivenciou uma crise de ansiedade, impactada pelo que considerou uma atitude arbitrária e inadequada em relação à proposta pedagógica do programa.

A experiência descrita por Dália destacou uma realidade típica do conflito de interesses entre setores do serviço e do ensino, marcada pelo embate entre as áreas de conhecimento e suas propostas de gestão de cuidado. Desse modo, sua vivência significava um paradoxo entre o que aprendera como relevante num processo de pactuação entre setores institucionais, pois estes ao invés de priorizarem intervenções multidisciplinares, pareciam contrapor-se a elas.

Ela reconhece que seu modo de enfrentar tais situações mudou muito de um

ano para outro. No primeiro ano, achava-se na obrigação de atender a qualquer chamado, submetendo-se às dinâmicas das equipes. Depois, passou a estabelecer seus próprios critérios na rotina dos atendimentos. Aprendeu a impor limites e a receber os encaminhamentos somente ao chegar em cada setor. Atualmente, não sai mais correndo para atender a uma solicitação que possa esperar até o dia seguinte. Descobriu que o modo como encarava a demanda tornava tudo urgente e ainda mais exaustivo.

No início da residência, Dália costumava sair do hospital às 22h e não conseguia dormir, pensando no que deveria realizar no dia seguinte. Sua vida estava completamente absorvida pela residência. Após vivenciar a crise de ansiedade, passou a rever o modo como encarava esse compromisso. Mudou, passando a cobrar-se menos pelos resultados no serviço e cuidando mais de si mesma. Com o tempo, passou a sair mais com as amigas por lazer, a frequentar a academia para se exercitar, primando por preservar sua qualidade de vida.

As orientações da preceptora a ajudaram a reconhecer quais eram seus limites, passando a ter mais clareza entre o que precisava ser feito e o que ela poderia fazer. Relembrou o quanto a psicoterapia foi significativa para a mudança no modo de enfrentar os entraves nessa fase da formação. Percebi que, para Dália, os desafios profissionais contribuíram para promover uma transformação pessoal positiva no sentido de conhecer melhor seus próprios limites e possibilidades.

Retomei o sentido que ela me apresentara no início de nosso encontro. Concluí que a experiência vivida nessa formação contribuiu para que ocorresse um processo pessoal de descobertas que se deu a partir de algumas perdas. Ela precisou abrir mão de algumas expectativas sobre o curso, sua atuação e, principalmente, a idealização de como a Psicologia deveria ser considerada no contexto da saúde.

Dedicamos todo o tempo que Dália tinha disponível para o nosso encontro, até o horário em que ela teria que retornar ao hospital. Ao final, ela pensou se teria algo mais para contar e concluiu que não; havia esgotado tudo do que se lembrava como significativo. Despedimo-nos e compartilhamos endereços eletrônicos para possíveis contatos futuros.

Narrativa compreensiva V – Encontro com Violeta.

A conversa com Violeta começou no local em que estava desenvolvendo suas atividades como residente e estendeu-se até as proximidades da instituição hospitalar. Sua rotina de atividades naquela manhã foi bastante atribulada e ela não poderia se ausentar do serviço por muito tempo. Eu lhe apresentei o tema de minha pesquisa e a questão norteadora, situando-a sobre meu interesse pelas experiências vividas na sua formação como residente.

Ela me fitou, como se buscasse dimensionar as vivências que melhor simbolizavam sua trajetória como psicóloga residente. Depois, olhou para o horizonte, pensativa, enquanto sintetizava sua formação naquele contexto: – *É uma experiência muito rica, dinâmica e intensa* (sic). Conforme sua análise, o modelo de formação em residência multiprofissional em saúde propicia uma robusta capacitação ao profissional, devido à variabilidade de casos e situações com os quais aprende-se a lidar pessoal e profissionalmente. Essa realidade possibilita que o profissional atue em múltiplos contextos da saúde.

Interessei-me pela ampla perspectiva de vivências que Violeta caracterizou no relato que fez sobre seu percurso no programa de residência em Urgência e Trauma. Não necessitei fazer perguntas para que ela adentrasse nesse cenário de maneira pormenorizada. Destacou que sua experiência nesse programa a conduziu a encarar muitas situações inusitadas que acometem o ser humano, diferenciando-a

essencialmente do que vivenciou na graduação em Psicologia. Percebi a intensidade com que a formação em serviço de urgência hospitalar surpreendeu a residente, devido ao trabalho desenvolvido no cuidado a pacientes que vivem circunstâncias traumáticas limitadoras e com sofrimento extremo.

Violeta retomou o histórico de sua formação como psicóloga, enfatizando que *sempre há o que aprender* (sic). Ela concluiu a graduação em Psicologia há quase dois anos, em uma universidade particular no interior do estado de São Paulo. Recém-graduada, iniciou a residência multiprofissional e encontra-se atualmente em fase de conclusão desse curso. Assim, o conjunto de vivências nesse contexto inaugurou seu percurso profissional, garantindo atributo de novidade a grande parte dessa experiência. Pela primeira vez, Violeta morou longe da família e precisou adaptar-se a essa realidade também.

Ela contou que a residência a ajudou a superar alguns medos, enfatizando que não tem mais o receio de enfrentar determinadas situações. Isso a faz relacionar o próprio curso da residência com um processo rico de transformação. Pude perceber pela sua expressão que algumas descobertas superaram as expectativas que tinha do desenvolvimento do programa. Revelou-se uma trajetória que foi além dos aspectos relativos a uma capacitação profissional. O crescimento pessoal proporcionado extrapolou as fronteiras dos conhecimentos profissionais, posto que a formação é vivida de modo pessoal.

Revelou que começou a fazer psicoterapia para potencializar o autoconhecimento e a capacidade para assumir a responsabilidade com a formação. Como uma espécie de suporte para enfrentar desafios pessoais, mudanças constantes, estresses cotidianos e situações limites próprias da condição de ser residente, ela considera o processo psicoterápico como um valioso investimento.

Violeta recordou que pensar em desistir também é uma dúvida comum entre outras vivências compartilhadas pelo grupo de residentes. Analisou que a psicoterapia foi uma importante ajuda para que conseguisse seguir em frente nessa capacitação.

Sentir-se reconhecida pelo trabalho foi a experiência mais positiva que ela considera ter vivido na residência, fortalecendo sua identificação com a profissão. O resultado de sua ação como psicóloga e a conquista de espaço da Psicologia nos serviços de saúde perfazem duas dimensões significativas deste reconhecimento. Ela se sente feliz ao ouvir o *feedback* que a família do paciente ou ele próprio expressam após sua intervenção. Além disso, Violeta nota que seu crescimento é compartilhado pela equipe assistencial do serviço, quando alguns aspectos do seu trabalho como psicóloga desencadeiam mudanças no modo como a equipe lida com a situação. A título de exemplo, citou o acolhimento da equipe ao se relacionar com a família do paciente, que passou a ser implementado como um processo não restrito a ela como psicóloga. E argumentou que todos perceberam como isso foi significativo para a melhora do paciente.

Em seu processo de clarificação da identidade profissional, percebi que busca respaldo em uma escola psicológica que oriente seu papel no ambiente hospitalar. Nesse sentido, seu referencial teórico de base fenomenológica prioriza a experiência do paciente na condição de hospitalização. A partir da residência, ela passou a identificar critérios norteadores para a sua intervenção, ressignificando também a própria atitude ao atender a demanda do paciente e de sua família.

Inicialmente, Violeta verifica a existência de um problema instaurado, como ocorre no momento em que o paciente reconhece seu diagnóstico. Em seguida, busca identificar se a situação gera sofrimento a ele devido ao motivo da hospitalização. Se o paciente expressar que sofre e ainda assumir alguma intenção de cuidar dessa

experiência, ela intensifica a ação de atenção psicológica para cuidar dessa demanda. Assim, ela aprendeu a respeitar a dinâmica do paciente, auxiliando-o a compreender seu estado e os sentimentos decorrentes disso.

Nos casos em que a família do paciente está envolvida, Violeta estabelece um acompanhamento semelhante a esse, mantendo-se atenta aos modos de conscientização da situação vivida. Ela considera que o processo de intervenção psicológica somente será desencadeado a partir da percepção de uma intenção de mudança que parta dele mesmo. Para ela, estabelecer critérios para o atendimento ajuda a evitar que se dedique demasiadamente a um processo que o paciente não queira. Dessa maneira percebi que ela também se mantém focada no que o outro vivencia, ao invés de nutrir expectativas sobre os resultados de suas intervenções.

Na condição de residente, Violeta desenvolveu habilidades para identificar como a dinâmica hospitalar exigirá suas competências a cada dia. Diferente do que ocorre nos outros programas de residência da mesma instituição, a carga horária de atividades práticas e teórico-práticas do programa de urgência e trauma é desenvolvida exclusivamente no hospital. Em seu cotidiano, surgem demandas diversas e situações inusitadas que confrontam sua confiança na capacidade para desempenhar o seu papel como psicóloga. Ao longo do curso, ela aprendeu o que é necessário fazer e a diferenciá-lo das expectativas dos colegas residentes, da equipe assistencial e dos pacientes sobre seu trabalho.

Ela identifica aspectos comuns nas vivências dos psicólogos residentes nos diferentes programas. A flexibilidade de horários no hospital é própria da Psicologia, pois essa especialidade não se configura essencial para o funcionamento do serviço. Isso possibilita que as psicólogas tenham liberdade para estabelecer sua grade de horários, diferentemente dos colegas residentes de outras especialidades que

assumem os horários estabelecidos pelos preceptores. Percebi que essa situação constitui uma vivência ambivalente para Violeta. Atender às demandas decorrentes da rotina que escolheu implica em apropriar-se de sua autonomia, pagando o preço por fazer quase tudo sozinha.

Os espaços nos quais pode compartilhar suas percepções sobre o que vivencia na prática são aqueles reservados à preceptoria e à tutoria do programa, mas sua ocorrência não é diária. Ela ressaltou que a orientação de referência poderia ser mais significativa se ocorresse diariamente, pois sente falta de mais espaços para dialogar. Sugeriu, como exemplo idealizado, o sistema de preceptoria da residência médica, em que os residentes acompanham seus preceptores ao longo de uma visita diária aos leitos e setores hospitalares, a fim de discutirem casos e condutas terapêuticas. Demonstrando seu conhecimento dessa rotina, Violeta declarou que costuma acompanhar visitas médicas de rotina, dialogando sobre casos comuns e potencializando sua aprendizagem.

Para ela, a integração entre as residências multiprofissionais e médicas deveria ser mais estimulada por meio da discussão de casos durante visitas técnicas com os preceptores. Compreender minuciosamente o que outro profissional faz e seu modo de intervir poderia fortalecer a parceria entre eles e favorecer a relação interprofissional. Ela percebe que seu interesse em participar das visitas técnicas de outras especialidades conquistou certo respeito diante de alguns profissionais. A exemplo disso, citou que alguns médicos residentes consideram a avaliação da psicóloga como critério para autorização da alta hospitalar do paciente.

Violeta relatou algumas situações em que pôde discutir o acompanhamento de pacientes com a equipe multiprofissional, destacando ser mais positiva a adesão do paciente e sua família ao tratamento. Ela constatou que em alguns casos a própria

evolução do tratamento foi mais significativa quando receberam uma abordagem multiprofissional integrada. Percebi a empolgação de Violeta ao relatar esse tipo de vivência, demonstrando a motivação que compartilha com toda a equipe. Segundo ela, o paciente se sente bem cuidado e a aprendizagem é potencializada de modo coletivo. Seus olhos brilhavam enquanto narrava essas vivências, evidenciando a importância dessa aprendizagem.

O conjunto do que vivenciou na formação em regime de residência contribuiu para que Violeta se tornasse mais assertiva, facilitando-lhe estabelecer prioridades diante da resolução de problemas. No fluxo de acontecimentos do seu programa multiprofissional é impossível prever o que acontecerá, ressaltando que *tudo muda o tempo todo, nada permanece* (sic). Ela admite que se tornou mais leve e menos ansiosa, aprendendo a *lidar com o aqui-agora* (sic). Hoje prefere ir direto ao ponto quando se depara com uma nova demanda, reconhecendo o momento e o modo certo de fazer o trabalho.

Compreendi a trajetória pessoal de Violeta em meio ao fluxo intenso de suas vivências profissionais. A dedicação ao seu aprimoramento despertou um novo modo de ser ao longo de todo o processo em curso, promovendo-lhe crescimento. Nosso encontro se prolongou mais do que o previsto inicialmente, pois ela mesma se autorizou a continuar nosso diálogo, que se mostrava tão significativo para ambas. Reconhecemos a expressiva relevância do encontro e nos despedimos satisfeitas pelo tempo compartilhado.

Narrativa compreensiva VI – Encontro com Verbena.

Era o início de uma tarde chuvosa quando apresentei à Verbena meu interesse por sua experiência como psicóloga residente e expliquei de maneira abreviada qual seria sua participação na pesquisa. Ela me olhava atenta e tranquila, demonstrando estar à vontade com a proposta. Começou relatando a história de sua formação como psicóloga. Percebi que recuperar essa história era parte importante da elaboração de sua experiência atual, como se Verbena resgatasse o sentido de chegar àquele momento profissional.

Ela iniciou a graduação em Psicologia em uma faculdade particular, no interior de outro estado. Após um ano, conseguiu aprovação em outra faculdade por meio de um programa de acesso à universidade privada financiado pelo governo federal. Para manter os estudos, Verbena precisou mudar de cidade.

Graduada há cinco anos, inseriu-se no mercado de trabalho, adquirindo experiência profissional em áreas distintas até se decidir pela área da saúde. Fez um *Master of Business Administration* (MBA) em Gestão de Pessoas e foi contratada por uma empresa, onde trabalhou com recursos humanos por cerca de um ano. Em seguida, trabalhou em um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) durante um ano, aproximadamente. Hoje está no último período da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher. Sua escolha pelo programa considerou a representatividade da instituição de ensino que o oferece. A mudança de estado e a consequente distância da família se somaram às vivências insólitas que a residência lhe proporcionou.

O contato com situações inimagináveis, exigindo-lhe abertura para transformações pessoais e profissionais, é anunciado por Verbena como uma constante na trajetória enquanto residente. Ela percebe a residência como um espaço

de formação *muito curioso* (sic), que transforma a conduta dos residentes na medida em que eles testemunham dimensões novas da profissão e de outras especialidades. Evidenciou a dinâmica dessa transformação a partir de si mesma, pois analisa que amadureceu muito desde o início do curso. Disse que, se nos conhecêssemos ano passado, eu conversaria com outra Verbena, com diferentes perspectivas e compreensões dessa formação.

Reconhece que chegou *muito verde* (sic) à psicologia hospitalar, pois não atuou nem estagiou em serviços de saúde antes da residência. A ajuda de colegas mais experientes foi fundamental para a sua ambientação. A orientação da preceptoria e a discussão de estudos teóricos e de pesquisas sobre a prática hospitalar forneceram-lhe subsídios importantes para que se reconhecesse nessa área. As experiências profissionais relatadas anteriormente não foram suficientes para uma boa adaptação no contexto da saúde. O apoio de pessoas que já estagiaram ou trabalharam em hospitais configurou-se mais relevante do que o tempo transcorrido desde a conclusão da graduação.

Para Verbena, os maiores atrativos dessa especialização são: o reconhecimento da instituição de ensino proponente do programa, o valor da bolsa-auxílio e a aprendizagem proporcionada pela elevada carga horária de dedicação dos residentes. Apesar da clareza sobre tais motivos, relatou que todos pensaram em abandonar o curso em algum momento. Quando as forças pareciam exauridas, o acolhimento do grupo de residentes e o apoio da família foram significativos para que Verbena prosseguisse com essa formação.

Ela considera que uma característica específica da residência está relacionada com a dedicação exclusiva ao programa, pois os profissionais dedicam a maior parte de suas vidas à formação e ao trabalho. Essa imersão promove a riqueza da

experiência e a frustração dos residentes, que analisam criticamente o que acontece no cotidiano dos serviços. Isso possibilita que eles se deparem com situações inusitadas e casos excepcionais. Por meio da sua descrição de alguns casos atendidos, percebi que é recorrente a decepção de Verbena perante as expectativas que tinha em torno das condutas dos profissionais do próprio serviço.

Ela se frustrou com a falta de profundidade das discussões nas aulas teóricas e na tutoria, pois esperava que predominasse um caráter mais científico. Analisa que, se os preceptores tivessem *um pé na universidade, ao invés de dois pés no serviço* (sic), também valorizariam mais a produção científica. No entanto, o conflito de interesses entre universidade e serviço é significativo, desde o início do curso. Para ela, que demonstra interesse genuíno pelo universo acadêmico, as discussões seriam mais proveitosas se partissem apenas como suporte para necessidades provenientes da prática. Complementar as leituras sobre a especialidade profissional, ficaria a cargo dos residentes. Nesse sentido, ela reconhece que o espaço de ensino destinado a todas as profissões tem seu valor, mas sentiu falta de discussões mais específicas à Psicologia. Apesar de cada um conhecer o que o outro faz, ela julga que deveriam ir mais longe na discussão sobre a prática psicológica.

Percebi que a necessidade de um caráter científico que ela aponta nas discussões ligadas à prática está relacionada com o seu projeto de investir em uma formação mais acadêmica. Verbena tem intenção de cursar mestrado em Psicologia. Assim, reconheci seu interesse pelos aspectos mais específicos à ciência psicológica oriundo de sua intenção de seguir um caminho que a conduza ao aprofundamento científico na especialidade, diferente do delineamento multiprofissional encontrado na residência.

Para ela, existem muitos conflitos na prática multiprofissional, como a desarticulação entre a equipe assistencial, os programas de residência médica e os programas multiprofissionais. Alguns médicos assumem uma postura distinta dos demais, mostrando-se abertos para compreender e reconhecer a importância de outras profissões para o cuidado com o paciente. Outros são retrógrados, ensinando práticas antiquadas aos residentes e desmerecendo discussões atuais em torno do risco de algumas técnicas.

Alguns médicos influenciam sobremaneira os residentes e internos, ensinando-os a respeitar as outras especialidades, a ouvir o que elas têm a dizer e a contribuir com o tratamento do paciente. Outros fortalecem preconceitos e discriminação com relação às demais. Ela observa que os médicos mais abertos ao diálogo são aqueles vinculados à universidade, que atuam como professores ou pesquisadores, além de comporem a equipe assistencial do serviço. Sobre essa questão, percebi que a postura respeitosa de alguns profissionais da área médica, que Verbena teve oportunidade de conhecer durante a residência, influenciou a sua expectativa por um modelo de relação exitosa entre as diversas especialidades.

O panorama que Verbena analisou, ao tentar esclarecer como tem sido a experiência de formação em regime de residência, clarificou sua preferência para trabalhar em determinados setores e com algumas equipes. A qualidade da relação interprofissional da equipe interfere na sua dedicação àquele serviço: Verbena se mostra mais aberta e disposta conforme seja maior o envolvimento da equipe com os processos e quanto mais compartilhada for a intervenção. Afirma que as vivências emocionais associadas às mudanças de ambiente de atuação, dentro do programa de residência, interferem na sua saúde orgânica e mental. Durante alguns estágios em setores específicos do hospital, onde encontrava mais entraves nos processos,

ela adoeceu mais vezes. Dessa forma, a rotina de trabalho, prazerosa ou torturante, pode também contribuir ou comprometer sua saúde enquanto trabalhadora da saúde.

Para ela, a organização da rotina em alguns setores compromete a qualidade do vínculo entre residentes e profissionais do serviço. Os horários são divididos entre os locais ao longo dos turnos, gerando desencontros e falhas na comunicação. Isso aumenta o estresse no relacionamento das equipes. Para que a comunicação aconteça bem, ela dedica um tempo especial para discutir a conduta em alguns casos. Confirma pessoalmente se sua solicitação ou encaminhamento chegaram até o profissional de destino. Mesmo assim, persiste a falta de comunicação e o cansaço por dedicar tanto esforço para que a rotina ideal se efetive.

Destacou como o progresso e o retrocesso andam lado a lado na instituição de saúde onde ela atua como residente. Verbena acredita que tais características são mais definidas pela atitude dos profissionais do que pelo avanço da especialidade ou do serviço em si. Muitas transformações significativas originaram-se com as pioneiras turmas de residentes. Alguns caminhos foram desbravados pela turma de Verbena, precisando apenas serem aprimorados pelos residentes sucessores. Frustrou-se, ainda, com os projetos interrompidos devido à falta de profissionais interessados ou à falta de tempo dos que se interessaram. Ela reflete que a maior parte dos bloqueios e dos desafios é uma característica do processo de implantação de um programa de residência.

Apesar dos vários obstáculos percebidos, Verbena se surpreendeu com o companheirismo, observado desde o início do programa, entre os colegas da residência. Alguns meses depois, esse grupo não se mostrava tão coeso quanto no começo e as afinidades foram determinantes para o término ou continuidade das parcerias. A tutoria se configura, no entendimento de Verbena, como o único espaço

para proposição de diálogo e de encontro entre todos os profissionais residentes. Eles estão articulados no serviço, mas pouco integrados como uma equipe completa. É nesse ambiente que trocam experiências e contribuem com as realizações individuais e com o grupo como um todo.

A descrição que Verbena fez das relações estabelecidas ao longo de sua formação e como foram se transformando, evidenciou o impacto que o compartilhamento de experiências exerce sobre ela. Mesmo primando por discussões mais acadêmicas, revelou algumas vezes como se ressentia com o distanciamento dos laços afetivos e de amizade, que pareciam surgir no início do curso. O modo como Verbena relatou como ela e seus colegas foram sendo tomados pela rotina de trabalho e de procedimentos técnicos, assemelhava-se, para mim, ao típico domínio dos protocolos de serviço sobre os processos criativos dos trabalhadores da saúde. Nesse momento, partilhei de seu sentimento de frustração, em alguma dimensão de minha própria experiência como trabalhadora da saúde.

Verbena definiu seu papel como psicóloga nesse contexto como um agente catalisador da comunicação entre a equipe, a família e o paciente. Para ela, é importante que o psicólogo compreenda como o paciente e seus familiares entenderam as orientações, diagnósticos e proposições terapêuticas de outros profissionais.

Primeiro, ela fica atenta ao modo como o paciente e sua família significam as informações e tomam decisões ante as alternativas de tratamento que lhe são oferecidas em cada momento específico. Depois, ela também tenta facilitar o entendimento dessas significações e escolhas pelo restante da equipe, pois acredita que o paciente escolhe o que considera melhor para si, embora ela perceba que isso nem sempre esteja claro para todos os profissionais da equipe. Às vezes, há conflitos

entre pontos de vista, e a psicóloga se revela fundamental nesta mediação, mantendo o foco no processo de adesão ao tratamento.

Seu conceito de tratamento mudou ao perceber que a melhor técnica pode não configurar a opção mais acertada para cada paciente. Isso depende de como o paciente significa seu contexto de vida e sua adaptação àquela intervenção e suas consequências. Recordou a história de uma paciente que estava em coma e o marido dela se mostrou receoso sobre o encaminhamento ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Ele tinha medo de ter que lidar sozinho com a morte da esposa. Antes que se efetivasse o encaminhamento, a paciente faleceu no hospital. Na ocasião, Verbena percebeu como foi importante a assistência no local, contrariando a indicação do tratamento adequado a esses casos. Ela considerou que a recomendação para a paciente não seria ajustada ao seu familiar, podendo desencadear um processo de luto complicado do esposo pela falta de amparo ao lidar sozinho com o processo de morte.

Diante do exemplo selecionado por Verbena, questionei se flexibilizar seus valores e opiniões seria um aspecto importante da experiência dessa formação. Ela respondeu afirmativamente, esclarecendo que tem aprendido a relativizar aquilo que, anteriormente, considerava absoluto. Hoje, depara-se com situações que analisaria de maneira distinta se tivessem ocorrido meses atrás. Enfatizou novamente o caráter dinâmico do curso, anunciado no início de nossa conversa, e como isso potencializou o reconhecimento de sua identidade profissional e seu crescimento pessoal.

Verbena deseja concluir sua especialização em saúde da mulher para, em seguida, tentar a seleção para mestrado. Disse que aprendeu a ter paciência para esperar o momento certo de dedicar-se a um novo projeto, mesmo quando está muito empolgada com ele. Foi significativo para ela conhecer, durante o curso, algumas

peessoas que contribuíram para o seu crescimento. Tutores e preceptores, em especial, são relevantes por compartilharem oportunidades importantes, como eventos acadêmicos. Apesar de vislumbrar muitas oportunidades extracurriculares de aprendizado, o regime do programa de residência a impossibilita de acompanhar tais eventos e de ter acesso a informações mais atualizadas. Identifiquei naquele instante mais uma faceta das frustrações vivenciadas por ela em sua formação.

Ela apresentou seu olhar sobre um campo interessante de experiências significativas ao lado de pessoas que se tornaram importantes, devido à convivência intensa oportunizada pelo programa. Ao mesmo tempo, Verbena demonstrou alegria ao pensar num futuro possível, a ser marcado por novas conquistas. Ficou evidente o modo como as relações interpessoais foram significativas para ela ao longo desse processo de formação em serviço.

Ela sinalizou seu interesse em acompanhar minha pesquisa, solicitando que mantivéssemos contato. Assim, concluímos nosso encontro.

4.2. Narrativa Síntese

Os encontros dialógicos com as psicólogas participantes desta pesquisa proporcionaram uma expressiva aproximação em relação a suas experiências como residentes num curso de formação multiprofissional em saúde. Ao longo dos encontros, elas recapitularam seus processos de formação em Psicologia e a escolha pela área da saúde, relacionando-os com a opção pela residência.

Em princípio, as participantes se reconheceram motivadas pela proposta de capacitação numa área específica da saúde que privilegiasse a aprendizagem teórico-prática propiciada em diversos contextos de atuação profissional. Destacaram que as circunstâncias em que a aprendizagem é articulada na residência são diferentes do que vivenciaram durante a graduação. Essa peculiaridade se manifesta especialmente naquilo que lhes cabe enquanto responsabilidade pela execução do trabalho e pelos procedimentos institucionais concernentes a este.

Elas evidenciaram que desbravar alguns contextos de prática, a fim de se inserirem como profissionais no serviço, implica em priorizar o cuidado de maneira interdisciplinar e transpor barreiras características da disputa entre especialidades. Ao terem que compartilhar ações com outros profissionais, dividindo-se entre os diversos setores do hospital – e face aos inúmeros encaminhamentos que lhes são feitos –, sentem-se exauridas. Defrontam-se com a necessidade de galgar seu próprio espaço nas equipes multiprofissionais. Dessa forma, as vivências no programa de residência contrastam com a expectativa que nutriam em relação a esta formação.

Desde o início da residência, as participantes se sentiram impactadas pela dificuldade em adaptar-se ao cotidiano dos serviços de saúde nos quais há uma dinâmica complexa de ações e procedimentos. Para se apropriarem das particularidades dessa dinâmica, aprenderam um novo vocabulário, novas funções e

conceitos intrínsecos aos contextos da prática. Ponderaram sobre como as experiências anteriores contribuíram para uma melhor apropriação e compreensão desses processos. Apontam como referências os estágios profissionalizantes na saúde realizados durante a graduação e os cursos de aprimoramento profissional em área da saúde.

As participantes apresentaram diferentes posturas quanto ao modo de vivenciar o cenário de imersão como residente. Para aquelas que iniciam a residência recém-graduadas, tudo é novidade. A maneira como encaram as responsabilidades está marcada pela ansiedade e exigência em fazer tudo perfeitamente, ainda que isso pese sobre sua qualidade de vida. Para quem fez outros cursos ou se inseriu no mercado de trabalho antes da residência, há referências que ajudam a enfrentar a situação, deixando-as menos ansiosas. Entretanto, elas avaliam que o tempo transcorrido desde a conclusão do curso de graduação não importa tanto na hora de se defrontarem com a realidade dos serviços, mas sim o tipo de experiências que viveram na área da saúde.

Elas se sentem aturdidas frente às limitações socioculturais da população atendida nos serviços públicos, reconhecendo como os determinantes sociais que influem sobre o binômio saúde e doença estão relacionados com as reincidências de quadros patológicos, especialmente nos casos atendidos em ambulatório hospitalar e nos centros de saúde. Revelaram, ainda, como é difícil oferecer uma atenção psicológica ao terem que enfrentar pela primeira vez determinadas demandas: desde aquelas relacionadas com os cuidados a pacientes politraumatizados ou amputados até o atendimento a mães que asfixiaram acidentalmente seus bebês. Além disso, referem-se também ao acolhimento aos familiares de pacientes atendidos em serviço de urgência ou submetidos a procedimentos diagnósticos mais invasivos. Ao exporem

essas vivências, enfatizaram como é significativa a descoberta de novas facetas da atuação psicológica que instauram um compromisso pessoal inédito com a própria profissão.

Afirmaram que, em determinados momentos, é imprescindível acolher também os próprios colegas residentes de outras especialidades, quando estes são afetados de modo especial com alguma situação vivida, como por exemplo, deparar-se com o luto pela morte de um paciente. Embora também seja difícil para elas enfrentarem as mesmas circunstâncias, percebem a importância de se afastarem de suas angústias para oferecer algum suporte emocional aos colegas.

As abordagens teórico-metodológicas aprendidas no curso de Psicologia continuam a ser referências significativas para identificarem as estratégias de cuidado que melhor se adequam ao jeito singular de serem psicólogas. Entretanto, algumas revelaram sentir falta de discutir ações segundo suas escolas teóricas, conforme habituaram-se desde a graduação. Nesse sentido, as discussões interdisciplinares privilegiadas pelos programas de residência são vistas por elas como insuficientes para o aprimoramento das intervenções psicológicas.

As participantes explicitaram que as aulas teóricas do programa de residência se tornam pouco produtivas, pois a maioria acontece ao final da jornada de trabalho, quando já estão muito cansadas para prestar atenção necessária. Em seus relatos, valorizaram mais as atividades teórico-práticas do que aquelas eminentemente teóricas, afirmando que a aprendizagem ocorrida nos contextos de práticas – como se dá nas visitas técnicas à enfermaria – é potencializada frente às demais.

Elas problematizam o confronto entre perspectivas distintas reunidas pela formação em regime de residência. Ora se veem como captação de mão de obra especializada para suprir as carências dos serviços de saúde, o que se sobrepõe ao

treinamento técnico-científico, ora sentem-se cobradas pelo curso que visa o seu aprimoramento profissional. Desse modo, as participantes se angustiam frente à dúvida acerca de qual propósito estão servindo na condição de residentes.

No tocante às reuniões dos residentes com os tutores dos programas, consideram esses momentos importantes para a integração da equipe, proporcionando-lhes diálogos significativos sobre o que ocorre no dia a dia e reflexões indispensáveis sobre o modelo de serviço e atuação profissional que exercem junto às equipes assistenciais. As participantes percebem que a rotina variada de cada especialidade contribui para que ocorra uma descaracterização da coesão inicial vivida pelo grupo de residentes, que passa a ser resgatada durante os encontros de tutoria. Assim, esses momentos se revelam significativos como uma proposta ímpar de acolhimento às vivências dos residentes. Entretanto, as psicólogas argumentaram não serem suficientes para suprir as inúmeras incertezas que se acumulam no dia a dia.

As experiências vividas como mais significativas ao longo deste percurso são retomadas pela maioria das psicólogas como tema para o trabalho de conclusão de curso. Elas demonstram um grande empenho na elaboração desse trabalho por representar uma oportunidade para expressarem a importância que alguns casos clínicos ou projetos de intervenção assumiram nesse caminho. Algumas concebem esse trabalho como uma marca pessoal deixada na história dos programas.

As psicólogas também relataram as dúvidas vividas em relação a manterem-se no programa de residência até sua conclusão. Os conflitos interprofissionais que se acentuam entre os membros das equipes e nos serviços evidenciam a insegurança sobre suas capacidades, desafiando seus valores pessoais e profissionais. Em algum momento da jornada, disseram ter compartilhado com colegas residentes a ideia de

abandonar essa formação. Elas afirmaram que em parte, a decisão de permanecer ocorre em função da percepção de pertencerem ao grupo, além de pesar o fato de estarem recebendo a bolsa-auxílio oferecida e a valorização social e profissional atribuídas aos programas de residência, em especial quando são realizados em instituições de reconhecido mérito acadêmico. Foi possível perceber que uma dimensão significativa das relações cultivadas nesse ambiente está presente na maneira como as participantes se referem a esse grupo, citando vivências pessoais relacionadas com o coletivo e vice-versa.

Sentirem-se apoiadas pela família, pelos amigos e pelo próprio grupo de residentes é preponderante na retomada do sentido dessa escolha. Assim, as mesmas razões que contribuíram para o ingresso no programa são confirmadas e contribuem para a decisão de concluírem a formação. Algumas delas evidenciaram o papel relevante da psicoterapia como um investimento necessário durante esse processo, potencializando o autoconhecimento e a ressignificação de seus valores. Elas se sentem envolvidas por uma rede de proteção dentro e fora da residência, na qual encontram o apoio necessário para enfrentar as experiências desafiadoras.

As participantes ressaltaram que sentem ser preciso reafirmar suas funções enquanto psicólogas nos diversos contextos de serviço, pois alguns profissionais de outras especialidades esperam que elas realizem uma ação clínica tradicional. Para elas, a atuação da Psicologia na área da saúde assume um caráter *sui generis* diante das demais profissões, contribuindo para que haja incompreensão acerca de seu papel.

A prática psicológica supõe um olhar diferente daquele que aborda apenas o corpo doente em relação ao qual são previstos e realizados procedimentos específicos de diagnóstico e de tratamento, por meio de instrumentos concretos.

Como psicólogas, propõem-se a acolher as vivências subjetivas, atentas aos sentimentos e comportamentos expressos na situação de cuidado ao longo do processo de doença e saúde. Desse modo, sentem-se desrespeitadas ao perceberem que a escuta psicológica é vista, algumas vezes, como uma conversa trivial, que outros profissionais interrompem a qualquer momento para realizar outros procedimentos.

Elas notaram que o desconhecimento que os profissionais mantêm sobre a intervenção psicológica nesse contexto provoca conflitos entre os pontos de vista dos membros das equipes. Lidar com essa realidade implica, para elas, um processo de difícil conciliação entre as ações de cuidado exercidas conjuntamente. Diante disso, as participantes preferem implementar propostas técnico-pedagógicas que esclareçam as contribuições da Psicologia para outras especialidades, mesmo que isso desencadeie ainda mais trabalho para elas. Essas atividades também contribuem para que elas superem a própria falta de conhecimento sobre as outras profissões, num processo de aprendizado mútuo.

Nesse sentido, a autonomia e o respeito desejados pelas participantes precisam ser conquistados no dia a dia das equipes. Se por um lado elas têm liberdade para estabelecer seus horários de trabalho no hospital, por outro, isso se deve ao fato da Psicologia não ser vista como essencial aos diversos setores. A exceção é percebida somente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em que já está consolidada e reconhecida pela equipe assistencial. Nos demais setores da instituição, elas destacaram entraves com os quais se deparam ao implementar atividades, sentindo-se especialmente incomodadas com a prática isolada de muitos especialistas.

Observaram que suas parcerias são balizadas pela atitude pessoal de alguns profissionais, que aderem ao modelo multiprofissional da residência e dispõem-se ao exercício do cuidado de modo interdisciplinar. Evidenciaram ainda como significativa essa relação interprofissional quando envolve o respeito pela especialidade de cada um, a abertura ao diálogo e a troca de conhecimentos que ocorre de maneira menos hierarquizada do que estão habituadas a encontrar no dia a dia dos serviços de saúde.

Nessa conjuntura, o relacionamento das participantes com as equipes assistenciais difere de acordo com o posicionamento que elas assumem em cada situação. Quando adotam uma postura crítica, assumindo uma posição de *expertise*, distanciam-se do restante da equipe, analisando as condutas dos profissionais no trabalho. Quando manifestam uma atitude empática para com os colegas do serviço, realizando o acolhimento de demandas intraequipe, tornam-se cuidadoras. Quando são convocadas para resolver determinadas situações em que a equipe se mostra desorientada, elas orientam sobre a melhor forma de proceder e exercer o cuidado de acordo com as circunstâncias e as demandas específicas.

Elas identificam as práticas que exercem durante a residência com mais ênfase numa perspectiva de Psicologia Hospitalar, revelando perceberem como mais relevantes os processos vivenciados no contexto do hospital em comparação ao vivido nos dispositivos extra-hospitalares. Esclareceram que as ações promovidas nos centros de saúde servem como referência para compreenderem como a rede de atenção à saúde se articula nos diversos serviços. Apesar de considerarem positiva a interação entre as equipes de residentes e assistenciais nesses contextos, não parecem dar tanta importância às atividades desenvolvidas nesses locais como o fazem em relação ao que ocorre no contexto do hospital.

No tocante à experiência de atendimento aos pacientes, as participantes salientaram que a necessidade de suprir a falta de acolhimento de outros profissionais gera uma sobrecarga de trabalho. Elas demonstram indignação com o manejo inadequado dos conteúdos emocionais dos pacientes e seus familiares, principalmente quando percebem que os profissionais relegam essa tarefa à Psicologia de forma indiscriminada.

Ao receber um encaminhamento ou observar a demanda psicológica de um paciente ou seu acompanhante, elas assumem a função de cuidado direto por meio do acolhimento, da escuta ativa ou da intervenção de urgência. O primeiro passo da atenção psicológica desenvolvida pelas participantes consiste no estabelecimento de vínculo com o outro que lhe chega a partir de uma demanda específica. Nesse ínterim, realçam a necessidade de compreender a vivência particular desse outro, qual a relação dela com a queixa apresentada e como esta é considerada pela equipe de saúde.

As psicólogas relataram que a confiança que os pacientes estabelecem com elas permite que eles exponham suas dúvidas sobre os motivos que os levaram à hospitalização e às estratégias de tratamento as quais serão submetidos. Nessa circunstância, revela-se frequentemente a falta de esclarecimento no que se refere às informações prestadas pelos demais profissionais. Diante disso, as participantes assumem a função de mediadoras dessa relação, solicitando e orientando os demais especialistas no desempenho de uma melhor comunicação. Entretanto, revelam que, muitas vezes, torna-se difícil lidar com a hierarquia imposta por alguns especialistas, especialmente os médicos, e com os conflitos decorrentes disso.

Outro aspecto evidenciado pelas participantes foi que a imersão total inerente a um programa de residência acarreta um sério custo à vida social. Elas manifestaram

que ficam restritas ao contexto de ensino em serviço, tendo dificuldades para se atualizarem acerca de outros campos de interesse pessoal. Participam de poucos eventos sociais e acadêmicos, pois o cansaço físico e mental acaba dominando suas horas de folga.

Essa dedicação exclusiva gera sofrimentos que são vividos de modo individual e compartilhados coletivamente pelos residentes, ao assumirem que o cansaço e a insegurança são intrínsecos à experiência de estarem numa formação como esta. Por outro lado, intensifica-se o processo de autoconhecimento, em âmbito pessoal e profissional. Elas se deparam com mudanças subjetivas: ressignificam sua autoimagem e percebem-se menos ansiosas, ao aprenderem a lidar com o que surge a cada momento. Tornam-se mais flexíveis quanto aos seus valores e expectativas, revendo seus próprios projetos de vida. Reconhecem seus limites com mais clareza, respeitando mais a si mesmas e promovendo autocuidado por meio da psicoterapia ou valorizando distintamente o modo como desfrutam da companhia dos amigos e familiares.

Elas se sentem a todo momento confrontadas na sua capacidade como profissionais para o atendimento às demandas que lhes são encaminhadas. Assim, a confiança em si mesmas é colocada à prova frente às competências exigidas diante de cada situação. Entre as transformações profissionais, analisaram o conjunto de habilidades e condutas desenvolvidas ao longo do curso que também modificaram a maneira de atuar. Elas aprenderam a criar estratégias interventivas, perceberam seu potencial para se adaptarem às mudanças, redescobriram suas afinidades com a área da saúde e refinaram suas preferências quanto aos setores, tipos de trabalho e de equipes profissionais com as quais almejam trabalhar.

As participantes vislumbram dois caminhos possíveis à guisa de panorama

futuro: a inserção imediata no mercado de trabalho após a residência ou o aprofundamento em área específica por meio de nova capacitação ou mestrado. Sentem-se compromissadas em exercer um cuidado diferenciado aos pacientes, assim como refletem sobre a preparação do psicólogo que pretende se inserir na área da saúde. Elas demonstram a intenção de assumirem carreiras profissionais que contribuam para a melhoria das condições futuras da saúde em geral ou da Psicologia nesse contexto.

Foi possível apreender que a formação em regime de residência contribui para que elas se percebam mais capazes para enfrentar os desafios do mundo do trabalho. A experiência dessas psicólogas nesse campo é marcada pela ambivalência vivida em relação à posição que ocupam nas equipes pelas quais passam nos diversos contextos de serviço e quanto ao reconhecimento profissional que percebem associado ao papel da Psicologia na saúde, à formação multiprofissional e ao cuidado especializado. Elas se referiram à residência como uma alternativa que lhes proporcionou conquistas significativas, ao reunir aspectos que consideram primordiais para uma formação profissional bem consolidada.

Capítulo 5: Interpretando a experiência vivida pelas psicólogas residentes e estabelecendo interlocução com outros pesquisadores

Neste capítulo serão analisados os elementos estruturais que compõem as vivências das psicólogas participantes em relação ao fenômeno em foco nesse estudo. A dedicação integral à formação em serviço consiste em aspecto central em que se estruturam as vivências nos programas de residência em saúde. Ao longo dos dois anos de curso, os profissionais residentes atuam nos três níveis de atenção em que está organizado o Sistema Único de Saúde, desempenhando atividades em diversos contextos com a finalidade de desenvolverem conhecimentos e habilidades para o trabalho.

As psicólogas participantes estabeleceram novas relações profissionais, descobriram as particularidades do campo de atuação e as fronteiras entre as áreas envolvidas. O cansaço devido ao cotidiano com muitas atividades e o esforço para aprender novos conceitos e processos de trabalho são exaustivos. Há pouco tempo para si e para o lazer, o que as fez sentirem-se isoladas do mundo externo. Devido a esse conjunto de circunstâncias, a experiência como residente implica em um sofrimento vivido individualmente e compartilhado com os colegas. Mas, também, possibilita sentimentos de autorrealização em decorrência de terem transposto obstáculos e se apropriado dos próprios limites e capacidades ao longo da formação em serviço.

Destacadas essas características presentes na dinâmica do processo de formação, serão elencados os elementos significativos que emergiram dessa experiência e as possíveis interlocuções com outras pesquisas. Os elementos serão apresentados em tópicos, embora cada um deles esteja interligado aos demais no conjunto da experiência das participantes. O percurso compreensivo que se pretende

traçar a partir das narrativas da pesquisadora visa comunicar os significados atribuídos às vivências reveladas nos encontros dialógicos com cada participante.

5.1. Transformação pessoal e profissional

O processo de transformação em âmbito pessoal e profissional se configura como o primeiro elemento constituinte dessa experiência de formação. As participantes relataram reconhecer suas limitações pessoais frente à realidade vivida no campo de trabalho, deparando-se com sentimentos e sensações contraditórios decorrentes das demandas que se apresentam. A dinâmica do programa propicia um contato significativo com circunstâncias desafiadoras que desencadeiam amadurecimento pessoal, modificando a percepção que mantinham de si mesmas e da profissão.

A dedicação exclusiva inerente aos programas de residência contribuiu para que as psicólogas desenvolvessem uma aprendizagem significativa sobre competências profissionais, ao se depararem com a complexa dinâmica dos serviços. As vivências em cada contexto de prática assumiram a conotação de desafios pessoais, desencadeando determinadas mudanças na vida das participantes. O cansaço e a insegurança se revelaram como vivências intrínsecas a esse tipo de especialização, estando relacionados com o modo como as participantes intensificaram a dedicação aos contextos de ensino em serviço.

Elas analisaram as próprias competências e valores profissionais, aprendendo a caminhar com autonomia, ao assumir a responsabilidade pela execução do seu trabalho e dos procedimentos institucionais concernentes a este. Perceberam-se exercitando uma prática psicológica diversa daquela identificada na graduação ou nos demais contextos por onde passaram, apropriando-se de maneira singular do ser psicóloga na área da saúde.

Ao perceberem seu próprio potencial para se adaptar às mudanças, foram gradualmente deixando de lado as angústias que as atormentaram no início do processo e passaram a exercer as atividades de maneira criativa. Passaram a ter maior respeito por si mesmas e a se cuidarem mais. Perceberam-se menos ansiosas e mais flexíveis, reconhecendo novos valores e expectativas sobre o que surge a cada momento. Desse modo, o processo de amadurecimento pessoal ocorreu à medida que elas vivenciaram a superação dos conflitos.

Pesquisadores afirmam que as situações de sofrimento sobressaem em relação às vivências de prazer no exercício da formação de residentes. Evidenciam que o que leva os residentes a vivenciarem situações de sofrimento são: a maior responsabilização no processo de aquisição de novos conhecimentos, o número excessivo de atividades assumidas no serviço, o pouco reconhecimento da equipe e a dificuldade para realizar atividades concernentes a outros profissionais. Em contrapartida, a valorização do trabalho por meio das atividades multiprofissionais desenvolvidas pode desencadear vivências de prazer e satisfação nos residentes (Fernandes, Beck, Weller, Viero, Freitas & Prestes, 2015).

Entende-se que o processo de implantação e regulamentação de programas de residência multiprofissional no Brasil assemelha-se, em alguns aspectos, ao da residência médica no que diz respeito às motivações. Dentre eles destacam-se: a necessidade de qualificação profissional para atuação em determinados setores da saúde pública e a estratégia de treinamento em serviço. Tais aspectos qualificam a residência como um programa hierárquico de treinamento prático que reproduz a tradição presente na dinâmica relacional entre internos, residentes, preceptores e tutores.

Ao refletirem sobre sua trajetória na residência, as participantes constataram que esse processo desencadeou uma transformação pessoal e profissional. Elas destacaram que somente conseguiram vislumbrar esse panorama de mudanças ao terem concluído ou estarem em vias de conclusão do curso. Nesse sentido, atenta-se para o processo de autoconhecimento proporcionado por essa experiência.

Bondía (2002) esclarece a importância de um instante reflexivo para que o sujeito se dedique à contemplação de sua experiência, contestando o ritmo acelerado que se costuma viver cotidianamente. Esse autor afirma que o excesso de trabalho movido pelo imperativo da produção e da informação leva o sujeito a se distanciar de si mesmo, necessitando reestabelecer a relação consigo e com o que realiza para acessar os sentidos daquilo que vivencia.

Na obra intitulada *Liberdade para aprender*, Rogers (1969/1977) esclarece que algumas estratégias pedagógicas contribuem sobremaneira para que ocorra aprendizagem significativa. Algumas delas seriam: lidar com problemas percebidos pelos alunos como reais, a organização de grupos de facilitadores para acompanhar o processo dos aprendizes, a orientação para uma pesquisa autodirigida, o estímulo à aprendizagem experiencial e a autoavaliação. Levando-se em conta o que foi destacado no presente estudo em relação às vivências de ensino em serviço, constata-se que essa modalidade de formação é propiciadora de mudanças pessoais e profissionais em função de contemplar a aprendizagem significativa.

Primeiramente, o enfrentamento de problemas em situação natural propiciou às participantes um refinamento de sua capacidade perceptiva acerca do que se afigurava com relevância para a sua aprendizagem profissional. A confrontação com as demandas e exigências do serviço desencadeou uma aprendizagem autoiniciada. As psicólogas identificaram os setores que mais despertaram seus interesses e como

teriam que se organizar para concretizar seus projetos de intervenção. Alguns desses elementos foram por elas mencionados nos Trabalhos de Conclusão de Curso, preparados a partir das experiências significativas vividas ao longo dos dois anos de residência.

A presença de grupos de facilitadores apontada por Rogers (1969/1977) pôde ser exercida pelas equipes de residentes que se propuseram a elaborar e executar projetos interventivos comuns em relação a um mesmo setor. A corresponsabilidade pela realização das etapas desses projetos potencializa a troca de conhecimentos ao se depararem com desafios próprios da realidade do trabalho institucional. A própria identificação com o grupo de trabalho advém das vivências compartilhadas, que lhes possibilitam encarar seus limites, exigindo de si mesmas a superação de antigos entraves pessoais.

O envolvimento colaborativo de tutores e preceptores é evidenciado como facilitador dessa dinâmica de descobertas. A orientação das pesquisas que as residentes realizavam possibilitou que se empenhassem na aprendizagem autodirigida, ao buscarem respostas para os problemas que precisavam resolver por conta própria. Ao desenvolver suas estratégias de ação, tendo que justificá-las para os profissionais com quem precisavam firmar parcerias, promoveu-se uma apropriação de conceitos e funções específicos a cada contexto de atuação. Rogers (1969/1977) enfatiza que os conceitos adquiridos dessa forma têm mais profundidade, compreensão e durabilidade porque partem da necessidade empírica percebida pelo aprendiz.

A satisfação pela descoberta autodirigida relatada pelas participantes também se aproximou dos resultados de uma aprendizagem autônoma e experiencial, sinalizados pela proposta rogeriana. Nessa perspectiva, o aprendiz experiencia no

campo de prática os critérios que se mostram significativos a cada situação em particular. Assim, o profissional que vivencia a aprendizagem autoiniciada assume a responsabilidade por esse processo, exercitando uma autoavaliação a partir dos resultados de sua prática e dos *feedbacks* dos preceptores que acompanham essa importante caminhada.

Segundo Morin (1921/2006), a educação deve ser transformadora da realidade do sujeito, superando a expectativa de uma simples aquisição de conhecimentos. O processo educativo deve despertar a responsabilidade e a solidariedade, promovendo uma mudança significativa no sujeito. Nesse sentido, entende-se a elaboração realizada pelas participantes, especialmente quando admitiram que essa experiência fortaleceu-lhes a identificação com a área profissional. Elas reconheceram com mais clareza suas práticas, funções, habilidades e processos de trabalho, assumindo o que deverão priorizar em suas carreiras. Passaram a se apropriar da profissão, tendo as próprias vivências como parâmetros.

Em estudo sobre a experiência de psicólogos em residência multiprofissional em saúde, com foco nos significados atribuídos por preceptores e residentes ao trabalho, pesquisadores destacaram que os residentes melhoraram a qualidade e a resolutividade na realização do seu trabalho, apesar dos conflitos apontados no campo de atuação (Lima & Santos, 2012). Pode-se afirmar que a aprendizagem propiciada pelo ensino em serviço, conforme ocorre nessa residência, estimula a criação de estratégias autoiniciadas e experienciais.

Em diferentes níveis, a aprendizagem significativa é, então, promovida pelos relacionamentos estabelecidos entre o residente e o tutor ou preceptor. Além disso, a própria equipe de residentes consiste em grupo de facilitação dessa aprendizagem e mudança profissional. Assim, as vivências das participantes evidenciaram um

processo dinâmico de adaptação às distintas realidades encontradas nos dispositivos assistenciais de saúde. As psicólogas assumiram seus próprios interesses de modo significativo e mais congruentes consigo mesmas, destacando-se uma maior segurança na trajetória profissional assumida e na capacidade pessoal para superar desafios.

Admitir uma missão de cuidado consigo, com o outro e com a profissão sinaliza o plano de fundo dessa experiência vivida enquanto uma marca existencial. As mudanças ressaltadas pelas participantes reúnem aspectos particulares que conduzem a um compromisso diferenciado consigo e com a profissão, socialmente mais implicadas com métodos que visam à saúde integral. Essa trajetória de crescimento pessoal desvela um processo de integração da personalidade em que se evidencia a ressignificação do sentido da autonomia vivida por elas.

Esse tipo de transformação pode ser analisado segundo o referencial da Abordagem Centrada na Pessoa, que considera o *self* como fator básico da formação da personalidade, podendo reorganizar-se a partir do campo perceptivo. São as forças integrativas do ego que determinam o comportamento humano. Rogers (2010, p. 56) afirma que as mudanças comportamentais ocorrem quando “o indivíduo adquire uma visão diferente de seu mundo de experiência, inclusive de si próprio”.

Analisando o processo de mudança de personalidade de clientes em psicoterapia, esse autor observou que as alterações de comportamento são resultantes da reorganização perceptiva do *self* sobre si mesmo ou sobre a realidade vivida, não sendo fruto de fatores externos, mas partindo do núcleo de referência da própria pessoa. A necessidade de elaborar as situações vividas torna a pessoa mais consciente da sua experiência, sinalizando as mudanças comportamentais que ocorreram mediante as circunstâncias inusitadas e que passaram a ser incorporadas

em seu modo de ser.

Rogers (2010, p. 54) declarou, ainda, que: “Quando o *self* se vê capaz de reorganizar seu próprio campo perceptual, ocorre uma marcante mudança na confiança básica”. Nesse sentido, pode-se compreender o processo de transformação profissional das participantes como uma manifestação da confiança em si mesmas, que assumiu dimensões distintas à medida que elas encaravam novas habilidades, desenvolvendo-se no cotidiano.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que as vivências como residentes foram significadas pelas participantes em seus processos de atualização experiencial. Rogers (1961/1997, 1962/1977, 1978) argumenta que, ao se atualizar no sentido de uma maior complexidade conforme a tendência formativa universal, a pessoa se torna menos rígida e potencializa sua capacidade de adaptação, elaborando suas vivências de modo integrado, respeitando e aceitando a alteridade em sua relação com o mundo.

Amatuzzi (2007) enfatiza que os significados produzidos a partir da experiência permitem ampliar as possibilidades de compreensão acerca da ação e de sua complexidade, não a restringindo a mera manifestação de comportamentos. Esse autor afirma que “há sempre mais na experiência vivida do que no significado que dela construímos” (p. 9). Assim, os elementos significativos revelados nos encontros dialógicos entre a pesquisadora e as participantes não esgotam a experiência em sua totalidade.

5.2. Apropriação de Um Modo de Ser Psicólogo que Privilegia a Atenção Integral ao Paciente por Parte da Equipe Multiprofissional

A integração de profissionais provenientes de oito ou nove formações diferentes, desenvolvendo ações pedagógicas e trabalho em equipe, revela outro elemento estrutural nessa experiência de formação. As psicólogas participantes atualizaram suas experiências como residentes convivendo com e em equipes multiprofissionais. Elas precisaram elaborar e executar ações de cuidado com os residentes de outras especialidades, além de atuarem lado a lado com as equipes assistenciais – que por sua vez também são multiprofissionais. As vivências em equipe propiciaram às participantes uma apropriação da prática psicológica diferente em relação às concepções que mantinham antes de ingressarem nesta formação.

As aulas teóricas englobam, em muitos momentos, as turmas de todos os programas, a fim de contemplar os eixos transversais que priorizam conceitos comuns às linhas de cuidado na rede assistencial à saúde. As atividades teórico-práticas e práticas são realizadas em microequipes, integrando os residentes de acordo com o setor ou a carga horária estabelecidos com a preceptoria. O trabalho desempenhado na residência deve estar integrado às equipes assistenciais que atuam em cada dispositivo de saúde. Assim, as participantes se depararam continuamente com a necessidade de estabelecerem uma relação interprofissional satisfatória, para que pudessem cumprir suas obrigações.

Em alguns setores, a atuação multiprofissional ocorre de modo interdisciplinar e os profissionais mantêm uma atitude pessoal de abertura a outros saberes. Nesses contextos, há o reconhecimento de que a Psicologia está consolidada na assistência à saúde. No entanto, ainda existem entraves impostos pela prática isolada de especialistas que insistem em hierarquizar os saberes e as intervenções terapêuticas.

As parcerias interprofissionais ocorrem quando há respeito mútuo pela especialidade e disponibilidade para a troca de conhecimentos.

Nessa perspectiva, o contexto de formação se configura conforme o modelo de educação interprofissional implantado, ou seja, no caso da residência multiprofissional, valoriza-se a construção de práticas coletivas em prol do cuidado interdisciplinar na saúde. A experiência vivida pelas participantes possibilitou uma ressignificação acerca do modo de ser psicóloga em equipe multiprofissional da saúde que privilegia uma visão de cuidado que leva em consideração a pessoa do paciente integralmente.

Passos (2013) esclarece que a origem da prática multidisciplinar remete à transição da medicina de especialidades para a medicina integral, numa tentativa de superação do saber fragmentado e da interferência parcial ao sujeito adoecido. As ações terapêuticas e preventivas, exercidas de modo integrado pelas diversas especialidades que compõem a equipe de saúde, privilegiam uma visão global do paciente e remetem ao conceito de integralidade do cuidado preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Dessa forma, a organização do trabalho em saúde deve priorizar uma perspectiva multiprofissional.

Esse autor argumenta que o método da formação em saúde deve contemplar uma clínica não sustentada pelas especialidades, mas que inclua a participação dos diferentes sujeitos envolvidos, a análise e gestão dos conflitos, bem como o coletivo composto pela heterogeneidade. Ele afirma que “um saber-fazer é um saber que se faz na experiência, sem distância, saber imediato ao que acontece, isto é, um saber *da* experiência” (Passos, 2013, p. 218). Portanto, as modulações desse saber-fazer experiencial apontam para uma perspectiva atual de um cuidado que atua de modo transversal entre os múltiplos saberes.

Para que haja um intercâmbio eficiente entre as categorias profissionais na saúde, estudos apontam que a Educação Permanente em Saúde se configura como uma importante estratégia para promover o aprimoramento da prática interdisciplinar (Bispo, Tavares & Tomaz, 2014; Lima & Rozendo, 2015). Pesquisas recentes assinalam que o aumento de categorias profissionais atuando conjuntamente promove o fortalecimento das ações de saúde e a resolutividade no enfrentamento de problemas (Domingos, Nunes & Carvalho, 2015; Motta & Pacheco, 2014).

Atualmente, a educação interprofissional consiste em uma proposta metodológica que se destaca em iniciativas internacionais ao transformar o trabalho multiprofissional em saúde objetivando a integralidade, interdisciplinaridade e atenção centrada no paciente (Reeves, Zwarenstein, Goldman, Barr, Freeth, Hammick & Koppel, 2008; World Health Organization, 2010).

Pesquisadores contemporâneos consideram que as qualificações técnicas desenvolvidas por equipes multiprofissionais, como ocorre na residência, podem ser consideradas exemplos de educação interprofissional, em razão da prática colaborativa que é estimulada em seu contexto (Motta & Pacheco, 2014; Peduzzi, Norman, Germani, Silva & Souza, 2013).

Alguns residentes afirmam em relato de experiência que a residência contribui com a significação da aprendizagem profissional, exercitando uma articulação entre saberes. Destacam que a residência multiprofissional amplia o modelo tradicional de qualificação profissional, possibilitando que o residente exerça os conhecimentos adquiridos na graduação de maneira conjunta com outras concepções (Morais, Castro & Souza, 2012). Nesse estudo, os aspectos da atuação interdisciplinar bem-sucedida são discutidos como um resultado da relação interprofissional em equipe.

No tocante à interdisciplinaridade, é importante retomar as bases conceituais propostas por Japiassu (1976). Esse autor esclarece que numa categoria estrutural, não há supremacia de um saber sobre outro, pois ambos compartilham métodos, podendo haver combinação entre disciplinas que convergem para a resolução de problemas comuns. Portanto, “o enriquecimento é mútuo” e “as trocas são recíprocas” (p. 81).

Existem diferentes modalidades de colaboração interdisciplinar que reúnem critérios para que se desenvolva uma passagem gradual que perpassa o nível multi e o pluridisciplinar. A multidisciplinaridade traduz a justaposição das ciências e dos métodos de se estudar o fenômeno, não as articulando como um conjunto de saberes. É necessário um refinamento sistemático para se chegar a uma prática coletiva interdisciplinar, originada a partir do diálogo. Esse processo deve envolver uma harmonização dos vocabulários especialistas, chegando a uma linguagem interdisciplinar própria, mesmo que esteja fundada sobre a competência de cada especialidade (Japiassu, 1976).

Nesse sentido, entende-se que a aprendizagem que se dá de maneira coletiva na residência proporciona aos profissionais um treinamento sistemático na direção de uma prática interdisciplinar. No entanto, a maneira como cada profissional significa esse processo difere conforme sua percepção sobre cuidar e seu compromisso com essa proposta, haja vista os diversos tipos de parceria implementados pelas psicólogas de acordo com os níveis de interação interprofissional percebidos nos serviços.

As participantes sinalizaram que essa articulação se tornou mais evidente entre os membros da equipe de residentes do que entre as equipes assistenciais. Houve certa concordância com os resultados apontados por Morais, Castro e Souza (2012),

no que se refere às características da prática profissional: abertura para o diálogo e compreensão entre os saberes advindos de categorias profissionais diferentes, ampliação do conhecimento sobre as especialidades envolvidas, aprimoramento das discussões de casos clínicos e da articulação de estratégias de cuidado.

Ainda assim, a experiência em equipe foi vivenciada de maneira ambígua pelas participantes: ora sentiram-se parte essencial de um coletivo coeso, ora perceberam-se como um organismo isolado. Desse modo, revelaram vivências singulares em meio ao trabalho em equipe, a despeito de se sentirem muito satisfeitas por participarem de um grupo. A respeito de processos pessoais instaurados a partir de vivências grupais, Amatuzzi (2010) esclarece que grupos e pessoas podem se potencializar mutuamente, embora não signifique que compartilham, necessariamente, os mesmos processos. Nessa direção, considera-se que as transformações pessoais percebidas como elemento significativo dessa experiência estão intimamente relacionadas com os processos desencadeados no grupo de residentes.

O referido autor afirma que um grupo pode modificar-se de acordo com as influências que incidam sobre ele, destacando o caráter relacional de todo processo humano. Assim, pode-se compreender que as transformações profissionais vividas pelas participantes, ao mesmo tempo que influenciaram, foram influenciadas pela mudança ocorrida no grupo de residentes. Elas perceberam que a profissão exercida em parceria com outras áreas potencializa seu poder de ação e eficácia, revelando suas particularidades a partir do que vivenciam coletivamente. Cada profissional aprende com o outro, identificando como pode construir um cuidado mais completo, em que se considere o ser humano em sua totalidade.

Silva (2003) pontua a importância de se discriminar os diferentes níveis de integração da equipe multiprofissional em saúde. No nível epistemológico destaca-se

a difícil missão de conceber uma unidade por meio da comunicação entre as disciplinas. Para desenvolver uma interação interdisciplinar, as especialidades retomam a si mesmas para reconhecer seu núcleo de saber e superar as fronteiras com outras áreas.

Conforme observou-se nos relatos das participantes, a atuação profissional no coletivo dos residentes se caracteriza pela interdisciplinaridade. Isso é evidenciado pelo reconhecimento que as participantes compartilharam sobre serem as reuniões de tutoria um auxílio significativo à troca de percepções e experiências cotidianas. As psicólogas também demonstraram um compromisso singular com a integração dos pontos de vista entre os profissionais.

Em relação aos aspectos de organização (Silva, 2003), as mudanças que elas perceberam nos processos de trabalho foram diferentes nas equipes assistenciais, se comparadas com as equipes formadas pelos residentes. Embora mencionassem a implementação dos mesmos procedimentos, a integração era maior e a mudança mais rápida em suas vivências com os colegas de formação. A título de exemplo, elas citaram o aumento de interconsultas, o prontuário compartilhado, as reuniões para discussão de caso, os projetos de intervenção conjunta, o acolhimento multiprofissional, os atendimentos e as visitas ao leito em equipe.

No que diz respeito à hierarquia, atenta-se para as relações de poder entre profissionais de distintas especialidades, vislumbradas em procedimentos técnicos e distribuição de postos de trabalho, cargos e funções no serviço (Silva, 2003). O exemplo citado pelas participantes, acerca dos projetos de intervenção constantemente modificados pela equipe assistencial, assinala certa hierarquização de poder. A autonomia do residente é relativizada pelo domínio do profissional assistente ou dos preceptores. Não houve referência a este fenômeno em relação às

categorias profissionais dos residentes em saúde, mas algumas participantes mencionaram que o domínio da Medicina sobre as outras áreas gera incômodo nas atividades cotidianas.

Em estudo desenvolvido no contexto brasileiro acerca da integração curricular entre diferentes programas de residência, Motta e Pacheco (2014) destacaram que a organização de uma rotina de atividades que estimule o diálogo e a compreensão entre os pontos de vista de cada área implica em práticas mais colaborativas entre os profissionais. Quando discutem casos e desenvolvem um plano terapêutico conjunto, todos os especialistas, inclusive os médicos, potencializam a atenção centrada no paciente e a colaboração entre si.

Esse estudo ressalta que a integração deve ser estimulada em todos os atores da residência, sendo fundamental a participação dos preceptores nesse processo. No presente estudo, duas participantes mencionaram vivências significativas ao buscarem maior integração com os residentes da Medicina, mas essa iniciativa não se originou da interação entre os preceptores das áreas.

No tocante a relacionamentos, destacam-se entraves na comunicação que podem estar ligados ao uso de linguagem técnica e enfoques éticos distintos entre as especialidades (Silva, 2003). Na presente pesquisa, as participantes enfatizaram a necessidade de conquistar seu próprio espaço, especialmente nas equipes que não conheciam a atuação do psicólogo na saúde. Elas se sentiram menos inseguras quando obtinham êxito ao explicar sua intervenção técnica no contexto compartilhado pelo grupo de residentes. Dessa forma, consideravam que o coletivo superava as particularidades de cada área, quando se empenhava como um grupo coeso, em que os saberes especialistas se encontravam em trânsito constante. As especificidades

não eram negligenciadas, pois potencializavam a qualidade do trabalho interdisciplinar.

Alguns autores argumentam que a visão polarizada de que o paciente estaria dividido entre uma dimensão orgânica e outra psíquica prejudica a ação clínica de qualquer profissional, sendo necessário refletir uma ontologia que oriente uma intervenção terapêutica mais ampla (Agreli, Peduzzi & Silva, 2016; Cunha, 2007; Sundfeld, 2010). Nessa direção, o conceito de clínica ampliada, adotado nas políticas públicas de saúde no Brasil, visa uma estratégia de cuidado que possibilita a criação de um campo comum aos diversos profissionais que potencializa o desenvolvimento de um vínculo relacional da equipe com o paciente.

Entendida como uma diretriz de atuação dos profissionais da saúde, a clínica ampliada prima pela articulação e diálogo de diferentes saberes para promover a compreensão dos processos de saúde, da necessidade e participação dos usuários nas condutas terapêuticas (Brasil, 2009b; 2009c). Para alguns pesquisadores, ela foi introduzida como uma estratégia de cuidado que contribui com a integralidade da assistência, superando os modelos de protocolos e rotinas hospitalares característicos de práticas fragmentadas (Bonfada, Cavalcante, Araujo & Guimarães, 2012).

No entanto, é válido salientar que a prática clínica tem sido foco de discussão desde sua implementação na Psicologia. Moreira, Romagnoli e Neves (2007), ao discutirem a origem e atualização da clínica psicológica, enfatizam uma concepção que atribui especial relevância à dimensão ética da atuação profissional, destacando-a enquanto uma postura política diante do humano que é assumida pelo profissional que a exerce. Em estudo sobre o conceito de clínica psicológica na saúde pública brasileira, Cambuy e Amatuzzi (2012, p. 678) afirmam: “A ampliação da clínica não

se dá, portanto, a partir de uma simples mudança de espaço, do consultório para a comunidade, mas principalmente por uma mudança do olhar ante ao sofrimento psicológico”. Logo, considera-se este um ponto de reflexão intrínseco à constituição da Psicologia como profissão e ciência.

Pesquisadores contemporâneos ressaltam o caráter precursor da Fenomenologia na condição de paradigma e método norteadores de significativas contribuições à assistência na saúde pública brasileira. A atitude fenomenológica de busca pelas necessidades, significados e sentidos atribuídos pelos sujeitos ao fenômeno saúde/doença consiste em importante alicerce à disponibilidade, abertura e criatividade profissional necessárias à clínica contextualizada (Gomes, Paiva, Valdés, Frota & Albuquerque, 2008; Silva & Cardoso, 2013). Sua qualidade compreensiva e interpretativa considera a intersubjetividade e o respeito ao ser humano, aspectos geralmente valorizados pelos psicólogos.

Para Sundfeld (2010, p. 1094): “A psicologia pode instigar uma escuta mais sensível e atenta às necessidades e dispositivos comunitários que, por sua vez, são capazes de provocar importantes indagações e rupturas ao saber-fazer estabelecido das equipes”. Corroborando com essa afirmação, os relatos das participantes expressaram uma descoberta relevante de como se permitir ser afetada e afetar a equipe de trabalho por meio de uma escuta ativa e acolhedora dos processos relacionais.

Assim, a formação vivenciada pelas psicólogas desse estudo revelou interações colaborativas de acordo com o que é preconizado pelo modelo de educação interprofissional. O contato possibilitado com os diferentes campos de prática contribuiu para que desenvolvessem habilidades e ferramentas técnicas compartilhadas em prol da melhor qualidade e resolutividade de suas ações. Essa

dinâmica facilitou uma compreensão sobre o que é ser psicóloga no amplo processo de interação com outras profissões, desvelando um modo de ser psicóloga que privilegia a construção de práticas coletivas em prol da interdisciplinaridade a fim de promover uma atenção centrada no paciente que o considere de modo integral.

5.3. A Atenção Psicológica Compreendida a Partir do Desenvolvimento de Estratégias Voltadas às Necessidades da Rede Assistencial à Saúde

Planejar e concretizar projetos na perspectiva interdisciplinar, além de implementar o cuidado de acordo com o que está preconizado nos diversos níveis de complexidade do sistema público, evidenciaram uma aprendizagem experiencial em torno do ser psicólogo nesse contexto. Essa profissão passou a ser vista pelas participantes de modo singular entre as demais que convivem na formação multiprofissional. O processo de apropriação das estratégias de intervenção psicológica articuladas com o compromisso ético com o paciente e a equipe de trabalho configurou o terceiro elemento estrutural da experiência em foco.

O cuidado envolve desde a promoção à saúde e prevenção de doenças até a reabilitação dos usuários do Sistema Único de Saúde, passando por diferentes contextos assistenciais. Em cada local onde os residentes se inserem, devem contribuir para a melhoria das condições de saúde de pessoas e grupos específicos. Os tipos de intervenção e a coordenação do cuidado modificam-se de acordo com o nível de atenção e a população atendida.

Dessa forma, ressaltam-se distintas perspectivas da atenção psicológica, em que a complexidade característica de cada ponto do sistema pode ser vista a partir do que se revela como significativo pelo profissional que a exerce. A motivação diante dos desafios que a residência impõe liga-se ao compromisso social com os pacientes

da rede pública, que se revelam em sua vulnerabilidade em vários aspectos que demandam atenção.

As vivências assinaladas pelas participantes conduziram-nas a fortalecer a identificação com algumas subáreas da saúde, sobressaindo-se a Psicologia Hospitalar como ênfase predominante entre elas. Embora a formação contemple todos os níveis da rede de atenção, consideram que a alta complexidade tecnológica e a interação de vários especialistas são potencialidades que fazem do hospital um ambiente de cuidado por excelência.

A experiência das participantes evidenciou o fato de que ainda sobrevive uma visão sobre a instituição hospitalar como lugar idealizado para o cuidado, confirmando a tradição da Psicologia Hospitalar como subespecialidade peculiar no contexto brasileiro. Kind (2010) argumenta que as discussões em torno das ambiguidades existentes entre as especialidades hospitalar e clínica, no tocante às definições propostas pelo Conselho Federal de Psicologia, ressaltam a aderência da prática hospitalar do psicólogo às especialidades médicas.

Simonetti (2016, p. 157) afirma que “o ambiente hospitalar é adverso à atividade psicoterapêutica”, exigindo flexibilidade e criatividade do profissional para que desempenhe sua ação de cuidado. A postura do psicólogo clínico tradicional não se adequa aos contextos da saúde pública. Nesse campo, o psicólogo deve ir ao encontro da demanda, seja por meio da atuação conjunta com a equipe assistencial ou pela participação ativa no cotidiano da instituição, reconhecendo a demanda quando ela surge.

Para esse autor, o psicólogo deve auxiliar o paciente no processo de elaboração, dando especial atenção aos aspectos psicológicos e às relações que se estabelecem nesse contexto, conforme foi mencionado pelas participantes do

presente estudo. Além disso, foi na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que elas identificaram uma prática psicológica bem consolidada, cuja equipe hospitalar reconhecia as contribuições da Psicologia e respeitava sua participação nas decisões terapêuticas.

Na dinâmica hospitalar em que prevalecem as subespecialidades médicas, como estruturas organizativas institucionalizadas, cada setor convoca uma atenção psicológica distinta. O pronto-socorro é o lugar das urgências e imprevisibilidades, onde o psicólogo intervém após o controle dos riscos à vida do paciente. A Unidade de Terapia Intensiva é o setor em que estão concentradas tensões próprias ao cuidado ininterrupto no limite entre a vida e a morte do paciente, onde se exige eficiência de ações profissionais mediante a intensidade característica dos riscos, os tipos de tratamento e a atenção específica que se deve dispensar aos pacientes. A atenção psicológica consistirá no suporte necessário aos conteúdos subjetivos mobilizados internamente ao setor, pela equipe e pacientes, e externamente, pelos familiares e acompanhantes dos internos (Simonetti, 2016).

Almeida e Silva (2015) observam que o atendimento clínico a funcionários da instituição hospitalar descaracteriza a prática psicológica nesse contexto, que deve estar voltada ao usuário do serviço de modo prioritário. Entretanto, torna-se comum que esta atenção contemple as equipes envolvidas no processo de trabalho, extrapolando o centramento no paciente, conforme foi mencionado pelas participantes do presente estudo.

O cuidado com o paciente e seus familiares ou acompanhantes reúne distintas atribuições à prática psicológica, mediante a situação de adoecimento, hospitalização e de tratamento especializado. As participantes destacaram o acolhimento, a escuta ativa e a intervenção de urgência, além de exercerem a função de mediadoras da

comunicação entre pacientes e profissionais. Entre as principais demandas citadas, enfatizaram: a comunicação de más notícias relativas à condição de saúde do paciente, as implicações de se tornar pai ou mãe, o sofrimento emocional decorrente de uma situação-limite (acidentes, traumas e mortes) ou devido ao próprio tratamento (cirurgias e terapias invasivas).

Um relato da experiência de psicólogas em residência multiprofissional em Oncologia destacou que a atenção psicológica ofertada deve envolver uma proposta de escuta e manejo clínico que considere a atenção integral à saúde difundida na residência. Moraes, Castro e Souza (2012, p. 395) destacam que as residentes trabalharam “de modo a destinar ao paciente uma escuta capaz de oferecer o manejo de seu sofrimento (...), possibilitando a emergência do sujeito como um todo, para além de sua patologia, considerando sua particularidade com base em uma visão integral”.

O trabalho do psicólogo junto às famílias e acompanhantes dos pacientes hospitalizados contempla o acolhimento às vivências emocionais das pessoas impactadas pelo processo de adoecimento e internação de um ente querido. Destaca-se, também, a mediação que o psicólogo assume nas relações entre os pacientes, seus familiares e a equipe multiprofissional. Santos, Neves e Linhares (2015) ressaltam que os acompanhantes podem, quando bem assistidos, ajudar significativamente no processo de restabelecimento do paciente.

Pesquisadores esclarecem que o trabalho do psicólogo hospitalar é definido pelo contexto no qual ele atua, diferenciando-se da perspectiva mais abrangente da Psicologia da Saúde (Azevêdo & Crepaldi, 2016; Melo, 2015). No hospital, a assistência se direciona ao tratamento e diagnóstico de doenças de ordem física e os procedimentos voltados a isto tornam-se mais relevantes do que a subjetividade da

pessoa. Enquanto que, no âmbito da saúde em geral, consideram-se os três níveis da rede de atenção e todos os serviços que compõem cada um deles.

Ressalta-se que, no exercício da atenção psicológica na saúde pública, considerar os aspectos sociais do paciente e sua família, torna-se um imperativo. Ferreira Neto (2010, p. 395) afirma que a inserção dos psicólogos nas políticas públicas de saúde o confrontaram com segmentos da população diferenciados da clientela de classe média, a qual estava associada à prática clínica tradicional. Esse encontro promoveu rearranjos no modo de atuação e na formação, “demandando o desenvolvimento de uma articulação necessária entre a prática clínica e o contexto mais ampliado da saúde coletiva”.

Para Cunha (2007), a prática clínica na Atenção Básica estabelece um fluxo diferente do hospitalar, incorporando terapêuticas diversas. Utilizar o conhecimento biomédico de modo excludente torna-se insuficiente e ineficaz para exercer o cuidado nesse contexto, já que o vínculo e o acompanhamento terapêutico não devem hierarquizar as dimensões de sofrimento do paciente.

Nesse contexto, as participantes precisaram encarar a realidade sociocultural vivenciada pelo paciente em sua conjuntura própria, o que evidenciou para elas a circunstância de vulnerabilidade social da comunidade atendida. Miranda e Mourthé (2015, p. 131) esclarecem que “o acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram este serviço, com presteza e atenção”, atribuindo-se a todos os profissionais a responsabilidade por esta prática. As visitas domiciliares e atividades comunitárias realizadas diferem profundamente da intervenção desenvolvida no hospital, onde o paciente está distante da sua situação natural.

Passos, Hilbert e Duarte (2014) declaram que a prática psicológica no contexto da saúde pública deve extrapolar o modelo clássico de atenção clínica, delimitado por contextos específicos e intervenções isoladas. Nessa perspectiva, a continuidade da assistência dependerá do que for revelado nesse processo, incluindo as discussões interdisciplinares baseadas em métodos interativos.

Nesta pesquisa, percebeu-se que as participantes reproduzem uma visão tradicional do hospital em comparação com os demais serviços extra-hospitalares. A continuidade do cuidado interprofissional foi mencionada como vivência interna ao hospital, entre setores específicos. Para Mendes (2010; 2011), a fragmentação entre os pontos de atenção à saúde e a difícil comunicação entre as equipes caracteriza um sistema de saúde pouco integrado enquanto rede assistencial.

A prática psicológica exercida sob diversas formas fez com que as participantes duvidassem da capacidade resolutiva e da eficácia de sua profissão, em relação às demandas psicossociais. Pode-se entender que a menção à carência de espaços para discussão eminentemente psicológica, relatada por elas, refere-se a dificuldade em retomar referências teóricas e modelos de prática específicos da profissão.

Com frequência, encontra-se uma ênfase em textos acadêmicos sobre a necessidade de adaptação curricular dos cursos de graduação em Psicologia às mudanças socioculturais e ao avanço científico, tendo-se em vista que ainda existe uma expectativa de que a educação continuada supra a insuficiência da formação. Argumentam a favor de uma reorientação da estrutura dos cursos em direção à realidade do setor público brasileiro e aos movimentos populares, distanciando-se do modelo profissional liberal (Bernardes, 2010; Witter & Ferreira, 2010).

Vale ressaltar que as diretrizes curriculares da Psicologia no Brasil preveem a atualização frequente dos cursos, a fim de que a revisão de suas bases científicas contribua para seu desenvolvimento como ciência e profissão. Desde 1998, a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) vem discutindo o desenvolvimento e o aprimoramento da formação em Psicologia no país, considerando o compromisso com a realidade social (Costa Neto, 2014). Além dessa iniciativa, existe, desde 1983, a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), que objetiva estimular a formação de profissionais voltados à produção científica e ao ensino nos níveis de mestrado e de doutorado, colaborando com o aprimoramento científico da profissão.

O esforço dessas entidades e o respaldo das diretrizes curriculares mostram que o caminho para a reestruturação do ensino em Psicologia é longo e difícil, especialmente no que tange ao estabelecimento de estratégias concretas que viabilizem as contribuições da profissão para com a sociedade e com as políticas públicas voltadas à saúde.

Nessa direção, Dimenstein e Macedo (2010) sinalizam que a crescente produção científica voltada à área da saúde, desde a década de 1980, reflete as práticas implementadas nesse campo e influencia discussões na formação acadêmica do psicólogo. Entretanto, destacam que são necessárias pesquisas mais propositivas sobre novos modelos de cuidado, contribuindo para o aprofundamento teórico no campo da implementação de políticas.

5.4. Tensão Entre as Estratégias de Ensino e de Serviço

Na experiência das psicólogas participantes dessa pesquisa, evidenciou-se uma tensão para equilibrar os interesses relativos ao aprimoramento técnico e à atuação nos serviços de saúde, revelada como um elemento experiencial significativo. Para elas, os programas de residência multiprofissional expõem fragilidades internas referentes à pactuação das atividades de ensino e sua articulação com as rotinas de trabalho na rede de saúde.

Apesar de oferecerem bases conceituais que orientam o trabalho interdisciplinar a ser desenvolvido nos campos da prática, as aulas teóricas ocorrem em horários em que o grupo de residentes já se encontra bastante cansado da jornada de afazeres e isto prejudica a dedicação às atividades de aprendizagem teórica. Assim, a realidade dos serviços se sobrepõe às ações pedagógicas tradicionais.

As participantes relataram diversas situações em que se atrasaram ou saíram da aula devido à convocação por parte da equipe assistencial para realizarem atendimentos a determinadas demandas. Dessa forma, o compromisso com o trabalho se revelou mais significativo do que aquele concernente às situações formais de ensino. A aprendizagem teórico-prática conforme ocorre nos dispositivos de atenção, a partir de discussões interprofissionais envolvendo os casos atendidos, foram reveladas de modo mais significativo que aquela propiciada em ambiente eminentemente teórico. No entanto, boa parte dessas iniciativas é implementada pelos próprios residentes, que ainda enfrentam entraves por parte das equipes assistenciais para não privilegiarem o processo de formação no próprio serviço de saúde.

A carência de profissionais nos dispositivos de saúde desencadeia uma série de atribuições que a equipe assistencial impõe aos residentes, que passam a assumir

ocupações extras, além daquelas que lhes são características. As participantes ponderaram que esta circunstância tornou a inserção em alguns contextos mais problemática. Essa realidade se agrava quando os preceptores se submetem à coordenação do serviço, desconsiderando as funções e direitos regimentais dos residentes.

Tal conjuntura se torna mais comum no ambiente hospitalar, onde os arranjos hierárquicos são mais característicos. Além disso, a maioria dos programas de residência médica, existentes há mais de 30 anos na instituição na qual as participantes estão ou estiveram inseridas, desenvolve-se predominantemente no hospital e conserva uma estrutura de hierarquia tradicional. Assim, a convivência entre os grupos que seguem modelos de formação distintos na mesma instituição fica prejudicada pela resistência dos membros da equipe assistencial em assimilar novos modelos. A obrigatoriedade do cumprimento de 20% da carga horária da residência às atividades teóricas e teórico-práticas – conforme é preconizada pelas diretrizes nacionais dos programas – revelou-se como motivo de enfrentamento entre o grupo de residentes e alguns profissionais do hospital.

As participantes evidenciaram esse aspecto, problematizando a necessidade de mão de obra qualificada nos diversos pontos da rede de atenção e a maneira como foram imputadas a suprir essa carência. A respeito dessa vivência, aparentemente particular ao grupo de participantes da pesquisa, atenta-se para uma aproximação com o que tem sido discutido em âmbito nacional nos fóruns de residentes da saúde. A Carta aberta – proveniente do VI Encontro Nacional de Residências em Saúde (2016) – destaca a necessidade de implementação de políticas institucionais de integração ensino e serviço, primando pelo reconhecimento, apoio e incentivo à

função de tutoria e preceptoria, além de estrutura adequada para seu exercício profissional e educação permanente.

Goldenberg e Saravalle (2013) ressaltam aspectos do modelo dialógico de educação como elementos à superação do modelo tradicional, especialmente naquilo que concerne à valorização dos espaços de relação interpessoal nos serviços de saúde. Essas autoras enfatizam que a assistência integral e contínua deve estar em consonância com os referenciais teórico-metodológicos que orientam a transformação das práticas educativas em saúde. Para tanto, faz-se necessário priorizar a comunicação aberta e respeitosa entre os atores envolvidos nos contextos da saúde.

Pesquisas recentes apontam para as potencialidades e desafios que fazem dos modelos de educação interprofissional importantes caminhos de articulação entre as profissões para fins de integralidade do cuidado nos serviços de saúde (Peduzzi, Norman, Germani, Silva & Souza, 2013; Reeves, Zwarenstein, Goldman, Barr, Freeth, Hammick & Koppel, 2008).

Na perspectiva de suas potencialidades, destacam-se: a indução de projetos curriculares “que priorizem discussões e vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde”, a relevância de uma “cultura de ensino-aprendizagem” em que os saberes são compartilhados, a “valorização da intersectorialidade” e a “proposta formativa que articule metodologias ativas de ensino” (Batista, Rossit & Batista, 2013, p. 41).

No caso da presente pesquisa, observou-se que os projetos curriculares dos programas propõem espaços que privilegiem a relação dialógica intraequipes de residentes e a troca de saberes por meio de módulos de aprendizagem integrados, mas o envolvimento das equipes assistenciais nesse propósito fica a cargo do serviço.

A intersectorialidade foi sinalizada pelas participantes como uma sistemática de referência e contrarreferência que elas realizam entre si, a depender da dinâmica dos setores que ocupem. As metodologias ativas de ensino são potencializadas no desenvolvimento de projetos de intervenção interprofissional nos serviços. A participação da universidade nas estratégias de ensino possibilita que os residentes usufruam de uma infraestrutura institucional adequada para atender à finalidade da tutoria e das aulas teóricas.

No tocante aos desafios da educação interprofissional apontados pelos pesquisadores, ressaltam-se: uma cultura universitária caracterizada pela fragmentação dos saberes, o difícil estabelecimento de relações horizontais entre os profissionais de saúde, os obstáculos à construção coletiva de projeto pedagógico e o investimento necessário ao desenvolvimento de docentes (Batista, Rossit & Batista, 2013, p. 42).

Em consonância com esse estudo, as complicações relativas ao processo de adaptação dos profissionais à dinâmica interprofissional discutida na presente pesquisa foram apresentadas pelas participantes como aspectos herdados dos cursos de graduação, quando os saberes foram apresentados de modo fragmentado. As divergências entre serviço e ensino foram desveladas nesse estudo como entraves ao desenvolvimento de um bom relacionamento entre as participantes e as equipes assistenciais em alguns contextos. Considera-se que os módulos de disciplinas integradas de todas as áreas de concentração ou de todas as profissões de um mesmo programa adotam conceitos atuais sobre o trabalho em equipe multiprofissional e o ensino interdisciplinar. Em contrapartida, os serviços convocam os profissionais a executarem o trabalho focado nos modelos de produção predominantes em cada instituição de saúde.

A construção, o acompanhamento e a avaliação coletiva dos projetos pedagógicos fica a cargo da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), que privilegia as deliberações da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). As participantes não referiram espaços em que houvesse a colaboração mútua para o desenvolvimento desse objetivo. No tocante à formação, a instituição universitária prioriza que as funções pedagógicas sejam assumidas por docentes que tenham envolvimento com a graduação por meio de disciplinas práticas ou pesquisas, além da coordenação dos programas de RMS promoverem espaços de integração aos tutores e preceptores.

Diante dos resultados apontados em estudo sobre o exercício da preceptoría em modalidade de educação interprofissional de graduandos, Lima e Rozendo (2015) afirmam, entre os principais desafios, o despreparo para desenvolver ações pedagógicas e trabalhar com grupos de diferentes categorias profissionais, por meio de metodologias ativas. Essas autoras enfatizam a importância de investimentos na capacitação pedagógica dos preceptores como alternativa de aprimorar os modelos de formação permanente.

Estudos recentes discutem, também, a necessidade de se gerar espaços de interação nos cenários de prática da residência para que o preceptor se conscientize do seu protagonismo frente às práticas curriculares dos residentes, especialmente no que diz respeito à interdisciplinaridade que deve pautar as ações integradas (Bispo, Tavares & Tomaz, 2014).

Segundo Francisco e Bastos (2010), o modelo clássico que privilegia a postura tecnicista desarticula a produção de conhecimentos e a prestação de serviços. A necessidade de atualização da Psicologia envolve uma alteração estrutural no modelo da formação para gerar mudanças nas dimensões científica e prática da profissão.

Esses autores orientam quatro tendências para uma maior integração entre o processo de formação, o exercício prático e a construção do conhecimento: (1) articulação do trabalho do psicólogo com outros profissionais por meio de equipes multidisciplinares; (2) exercício profissional que viabilize ação preventiva ou capacitação de indivíduos e grupos; (3) aperfeiçoamento contínuo para evitar práticas obsoletas; (4) estratégias atuais para lidar com a dinâmica sociocultural e suas novas demandas.

Consoante aos autores supracitados, Miranda e Mourthé (2015) ressaltam que o trabalho do psicólogo na saúde pública implica em conhecer as políticas vigentes no país, criar ou adaptar protocolos que contribuam com a equipe, além de colaborar com espaços de troca interdisciplinar. Nessa perspectiva, discute-se como a residência multiprofissional deve privilegiar os princípios do Sistema Único de Saúde, postos como diretrizes norteadoras da Educação Permanente em Saúde.

Nesse sentido, Mendes (2011) considera que a forma fragmentada, reativa e focada nas condições agudas que tem sido caracterizada a atenção à saúde no sistema brasileiro pode ser transformada pela reconfiguração em redes. A residência multiprofissional em saúde, proposta em acordo com esse modelo, deve promover uma maior integração entre os pontos de atenção, atendendo às exigências características de cada nível de complexidade.

Entretanto, as participantes enfatizaram não haver uma discriminação coerente com o que se preconiza como modelo de rede assistencial e política de cada serviço. As ações de cuidado em cada setor são vistas de modo compartimentalizado, assumindo funções distintas na proposta de ensino, especialmente devido à sistemática organizacional da instituição hospitalar.

Considerações Finais

O interesse da pesquisadora em desenvolver estudos sobre a Psicologia da Saúde, e como esta se contextualiza no campo da saúde pública brasileira, originou-se da experiência vivida como psicóloga em equipe multiprofissional de apoio na Estratégia de Saúde da Família e como supervisora de estágio profissionalizante em Psicologia Clínica.

A realização desta pesquisa permitiu uma aproximação significativa com a realidade vivenciada por psicólogos em seus processos de formação multiprofissional em caráter de residência na área da saúde. Evidenciou-se a atual conjuntura desses programas na realidade brasileira e como se configuram enquanto proposta de educação permanente que prima pela prática interprofissional colaborativa.

O objetivo de formar profissionais qualificados para atuarem no Sistema Único de Saúde situa essa estratégia de ensino em serviço no rol de iniciativas que almejam implementar uma rede assistencial que opere mudanças positivas nos dispositivos de saúde no Brasil. Nota-se que a dinâmica sociopolítica dos programas de residência multiprofissional recebe uma atenção especial das pesquisas acadêmicas em Saúde Coletiva. Observa-se, também, que a maioria dos estudos que focaram a inserção da Psicologia nesse contexto privilegiou a descrição e problematização dos modelos de práticas psicológicas, a representação atribuída a determinadas funções e papéis sociais ou a investigação dos processos de trabalho dos atores envolvidos nessa formação.

A investigação de uma dimensão pouco explorada dessa proposta de formação, a vivência subjetiva dos residentes, tornou-se necessária e possível a partir dos pressupostos fenomenológicos que a embasaram. No delineamento desse estudo compreensivo sobre a experiência de formação de psicólogos, a atitude de

aceitação empática da pesquisadora se mostrou fundamental para a configuração dialógica dos encontros. A escuta ativa dos conteúdos vivenciais proporcionou que as singularidades do fenômeno vivido pelas participantes fossem esclarecidas à medida que se revelavam no diálogo com a pesquisadora.

O interesse genuíno pelo que se desvelava a partir da questão norteadora proporcionou um ambiente livre e acolhedor às expressões e sentimentos. Cada participante, a seu modo, narrou o próprio percurso de formação profissional na Psicologia, retomando desde o princípio da escolha pela especialização na área da saúde. Isso permitiu um contato expressivo com os significados atribuídos às trajetórias experienciais e os sentidos desse processo para elas.

A retomada da trajetória experiencial realizada pelas participantes, a partir da relação dialógica desse encontro, também promoveu uma maior sensibilização da pesquisadora às questões relativas ao processo de formação profissional. O mergulho nas vivências alheias incentivou uma abertura significativa aos elementos sensíveis que fazem do caminho de mudanças profissionais uma jornada transformadora, que se revela enquanto processo pessoal subjacente. As narrativas desses encontros, no entanto, por mais próximas que se mostrem dos conteúdos vivenciados intersubjetivamente, não contemplam toda a vivacidade daquilo que emergiu ao longo das conversas. Sem dúvida, as expressões acerca dos sentimentos e impressões despertados nesses encontros falam mais alto do que as palavras escritas podem refletir.

O ato reflexivo que visa a suspensão de conteúdos prévios aos encontros dialógicos, para se chegar à essência do fenômeno em foco, evidenciou-se como relevante contribuição da Fenomenologia ao campo das pesquisas envolvendo a formação profissional na saúde. Tendo em vista o necessário distanciamento das

questões que atravessam interesses pessoais ou políticos que atribuem vieses anticientíficos aos estudos, os fundamentos epistemológicos que embasaram essa pesquisa soblevam os cuidados éticos que norteiam a atitude do pesquisador e fortalecem o compromisso social do ato de pesquisar.

Desse modo, os encontros dialógicos evidenciaram a potencialidade da compreensão empática de acordo com os pressupostos éticos da Abordagem Centrada na Pessoa, trazendo à tona o cerne da experiência pessoal carregada dos aspectos estruturais da experiência humana. A elaboração e o refinamento das narrativas adquiriram uma conotação artesanal ao processo de descrição e síntese dos elementos essenciais visados pela pesquisa fenomenológica.

A análise desses elementos gerou reflexões em torno dos significados atribuídos pelas participantes à formação multiprofissional em residência, esclarecendo acerca da importância de se pensar espaços que promovam o acolhimento aos profissionais residentes ao longo do curso. Nesse sentido, atenta-se para as transformações pessoais e profissionais vividas pelas participantes marcadas pelo sofrimento concomitante às circunstâncias propiciadoras de aprendizagem significativa.

Alguns aspectos apontados pelas participantes são contemplados como reivindicações presentes na carta aberta do Fórum Nacional de Residências Multiprofissionais (2016), embora nenhuma delas tenha participado desse evento, tampouco tenha revelado alguma implicação política dessa magnitude. Essa realidade pode ser compreendida pela perspectiva da vivência grupal que apresenta elementos experienciais comuns a esse processo.

Destaca-se a necessidade de elaboração de estratégias metodológicas de ensino que considerem a participação ativa dos atores envolvidos, de maneira a

contribuírem com o aprimoramento dos cursos. Entende-se que o movimento reivindicatório presente nos fóruns regionais e nacionais de residentes contempla discussões importantes para o avanço da política nacional que regulamenta as residências multiprofissionais. Entretanto, a realidade particular de cada programa e das instituições envolvidas deveria ser ponto central de reflexão e diálogo entre os atores envolvidos em cada local.

Os significados atribuídos ao ser psicólogo na área da saúde, atuando em equipe multiprofissional de modo colaborativo, relacionam-se às práticas de atenção psicológica que prezam pela integralidade do cuidado na rede assistencial à saúde. Contudo, a identificação com a subespecialidade da Psicologia Hospitalar pode ser percebida como um resquício da visão ainda fragmentada de saberes que tende a privilegiar o modelo médico predominante nesse contexto de atuação. Ao mesmo tempo que o psicólogo demonstra superar uma visão psicologizante do indivíduo, reconhecendo as múltiplas dimensões merecedoras de atenção, pode contribuir com a permanência de uma perspectiva de cuidado centralizada no papel do médico. Tais aspectos revelam o caráter processual da apropriação desse lugar pela Psicologia.

A criação de espaços e circunstâncias que promovam a discussão e a prática pluridisciplinares, desde a graduação, pode contribuir para com a reflexão crítica da Psicologia como profissão e ciência. A difusão de pesquisas e projetos de extensão universitária que socializem o conhecimento podem potencializar a geração de iniciativas de educação permanente em saúde. Assim como o desenvolvimento de pesquisas que problematizem a relevância da supervisão na prática psicológica pode ampliar a discussão acerca da importância desse espaço para potencializar a formação desse profissional, inclusive em contextos multiprofissionais.

As vivências de conflito entre as dimensões do ensino e do serviço ressaltam uma problemática presente nos debates políticos sobre a regulamentação de residências propostas por instituições dedicadas exclusivamente ao serviço. Destaca-se aqui a participação da instituição universitária como propiciadora de recursos ambientais e humanos necessários ao exercício crítico e reflexivo da formação, contrapondo-se à dinâmica do serviço, que ainda se mostra demasiadamente carente de profissionais que operacionalizem a política de cuidado vigente no país. Ressalta-se, ainda, que esse tensionamento resvala na própria concepção que o profissional residente mantém sobre o seu fazer, dificultando o reconhecimento da sua função em cada etapa e local de atuação.

Outro ponto que merece destaque nesse estudo consiste na atenção dada ao protagonismo que se revelou nos relatos das participantes, quando acolhidas como pessoas inteiras que atravessam um processo humano significativo. Logo, cabe ressaltar o sentido mais experiencial dessa formação, que se sobressai em relação à dimensão política tão explorada nas pesquisas sobre educação em saúde. Portanto, propõe-se que os cursos de residência criem espaços para acolher a experiência de aprendizagem dos profissionais envolvidos, desde o primeiro ao último ano, a fim de potencializar a autonomia e a criatividade despertadas no encontro empático de subjetividades.

Finalmente, deve ser enfatizado que o caráter compreensivo desse estudo fenomenológico se centrou nos elementos vivenciais das participantes, desvelando modos singulares de apropriação da profissão nos encontros dialógicos com a pesquisadora. Dessa maneira, destacou-se que a Psicologia se mostra multifacetada enquanto modo de atuação e foco de atenção e cuidado, assumindo olhares e posturas diversas, além de elevada adaptabilidade ao contexto. No entanto, arrisca-

se a possibilidade de ser vista como uma profissão que subjaz e se mimetiza às demais, quando o profissional não assume claramente sua proposta ou seu lugar na equipe multiprofissional. Espera-se que os resultados estimulem reflexões criativas no âmbito da residência multiprofissional como modalidade de formação transformadora do ser psicólogo na área da saúde.

Referências

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*, 20(59), 905-916. doi: 10.1590/1807-57622015.0511
- Aguilar-da-Silva, R. H., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: Aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, 16(1), 165-184. doi: 10.1590/S1414-40772011000100009
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2005). Narrativas: o gesto do sonhador brincante. *Anais do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise*. São Paulo, SP. Retirado de <http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2013/09/aiello-vaisberg-e-machado-IV-ENC-LAT-DOS-ESTADOS-GERAIS-DA-PSICAN%C3%81LISE-2005.pdf>
- Ales Bello, A. (2004). *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião*. (M. Mahfoud, & M. Massimi, Org. e Trad.). Bauru, SP: Edusc.
- Ales Bello, A. (2006). *Introdução à Fenomenologia* (Ir. J. Garcia, & M. Mahfoud, Trad.). Bauru, SP: Edusc.
- Ales Bello, A. (2014). *Edith Stein: a paixão pela verdade*. Curitiba, SC: Juruá.
- Ales Bello, A. (2015). *Pessoa e Comunidade: comentários: psicologia e ciências do espírito de Edith Stein*. Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Almeida, M. C., & Silva, R. M. A. (2015). Psicanálise e instituição: experiência no programa de residência multiprofissional em saúde. In L. C. Santos, E. M. F. Miranda, & E. L. Nogueira. (Org.). *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional*, (pp. 101-114). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Alves, L. C. R. (2013). A consciência na fenomenologia husserliana. *Theoria - Revista*

Eletrônica de Filosofia, V(13), 112-124. Retirado de

http://www.theoria.com.br/edicao13/a_consciencia_na_fenomenologia_husserlian_a.pdf

Alves, R. F., Lima, A. G. B., Souza, F. M., Ernesto, M. V., & Silva, R. P. (2011). A saúde do homem na interface com a Psicologia da Saúde. In R. F. Alves (Org.), *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 147-168). Campina Grande, PB: Eduepb.

Alves, R. F., & Eulálio, M. C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In R. F. Alves (Org.), *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online] (pp. 65-88). Campina Grande, PB: Eduepb. Retirado de <http://static.scielo.org/scielobooks/z7ytj/pdf/alves-9788578791926.pdf>

Amatuzzi, M. M. (2007). Experiência: um termo chave para a Psicologia. *Memorandum*, 13, 08-15. Retirado de

<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/01Amatuzzi.pdf>

Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 26(1), 93-100. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a10v26n1.pdf>

Amatuzzi, M. M. (2010). *Por uma psicologia humana* (3. ed). Campinas, SP: Alínea.

Amatuzzi, M. M. (2012). *Rogers: ética humanista e psicoterapia* (2. ed). Campinas, SP: Alínea.

Araújo, M. G. C. (2002). Subjetividade, crise e narratividade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 2(1), 79-91. Retirado de

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v2n1/07.pdf>

- Azevêdo, A. V. S., & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 573-585. doi: 10.1590/1982-02752016000400002
- Batista, K. B. C., & Gonçalves, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 884-899. doi: 10.1590/S0104-12902011000400007
- Batista, S. H., Rossit, R., & Batista, N. A. (2013). Educação interprofissional, interdisciplinaridade e a formação em saúde: potências e desafios. In G. T. R. Silva (Org.), *Residência multiprofissional em saúde: vivências e cenários da formação* (pp. 29-46). São Paulo, SP: Martinari.
- Barreira, C. R. A., & Ranieri, L. P. (2013). Aplicação de contribuições de Edith Stein à sistematização de pesquisa fenomenológica em psicologia: a entrevista como fonte de acesso às vivências. In M. Mahfoud, & M. Massimi (Eds.), *Edith Stein e a Psicologia: Teoria e Pesquisa* (pp. 449-466). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Benjamin, W. (1994). *O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo, SP: Brasiliense. (Original publicado em 1985).
- Bernardes, A. G., & Guareschi, N. M. F. (2010). Práticas psicológicas: enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. *Estudos de Psicologia*, 15(3), 269-276. doi: 10.1590/S1413-294X2010000300006
- Bezerra, M. E. S., & Bezerra, E. N. (2012). Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na Abordagem Centrada na Pessoa. *Revista do NUFEN* [online]. 4(2), 21-36. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a04.pdf>

- Bispo, E. P. F., Tavares, C. H. F., & Tomaz, J. M. T. (2014). Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 337-350. doi: 10.1590/1807-57622013.0158
- Bohart, A. C. (2013). The actualizing person. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, & G. Wyatt (Eds.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy & Counselling* (2 ed., pp. 84-101). Palgrave Macmillan: New York-USA.
- Böing, E., & Crepaldi, M. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. doi: 10.1590/S1414-98932010000300014
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 20-28. doi: 10.1590/S1413-24782002000100003
- Bonfada, D., Cavalcante, J. R. L. P., Araújo, D. P., & Guimarães, J. (2012). A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), 555-560. doi: 10.1590/S1413-81232012000200028.
- Brasil. Casa Civil. (2005a). 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*, Atos do Poder Legislativo, jun.05, Seção 1, p.1-2.
- Brasil. Ministério da Educação. (2007a). Resolução nº 1 de 8 de junho de 2007. Estabelece normas de curso de especialização *latu sensu*, em nível de especialização. *Diário Oficial da União*, mai.07, Seção 1, p.9.

Brasil. Ministério da Educação. (2014b) Resolução nº 7 de 13 de novembro de 2014.

Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de residência em área profissional da saúde. *Diário Oficial da União*, nov.14, Seção 1, p.12-13.

Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. (2014c). Resolução nº 5 de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial da União*, nov. 14, Seção 1, p. 34.

Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. (2014d). Resolução nº 7 de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial da União*, nº 222, nov. 14, Seção 1, p. 12.

Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. (2015). Resolução nº 1 de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. *Diário Oficial da União*, nº 138, Seção 1, p. 16.

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Afirma a aprovação da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde” como instâncias

loco-regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. Reunião Ordinária nº 137 do Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). 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*, nº 32, fev.04, Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. (2005b). Portaria

Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, nº 212, nov.05, Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. (2005c). Portaria

Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. *Diário Oficial da União*, nº 212, nov.05, Seção 2.

Brasil. Ministério da Saúde. (2005d). Princípios e Diretrizes para a gestão de trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª edição, Brasília, pp. 98.

Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. (2007b). Portaria

Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, nº 10, jan 2007, Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. (2007c). Decreto de 20 de junho 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, jun.07, Seção 1, p.16.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009a). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Recuperado em Março de 2016 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009b). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Cadernos de Atenção Básica 27. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009c). *Clínica ampliada e compartilhada*. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica.

Brasil. Poder Executivo. (2012b). Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União*, abr.12, Seção 1, p. 24-25.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012c). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, jun.13, Seção 1, p. 59-62.

- Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. (2014a). Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Atualiza o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e inclui áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial da União*, nº 248, dez.14, Seção 1.
- Brasil. (2016). Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União*, nº 98, maio 16, Seção 1, 44-46.
- Brito-Silva, K., Bezerra, A. F. B., & Tanaka, O. Y. (2012). Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface*, 16(40), 249-260. doi: 10.1590/S1414-32832012005000014.
- Buber, M. (1982). *Do diálogo e do dialógico* (M. E. S. Queiroz, & R. Weinberg, Trad.). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Calil, R. C. C., & Arruda, S. L. S. (2004). Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In S. Grubits, & J. A. V. Noriega (Org.), *Método qualitativo: epistemologia, complementaridades e campos de aplicação* (pp. 173-213). São Paulo, SP: Vetor.
- Cambuy, K., & Amatuzzi, M. M. (2012). Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 674-683. doi: 10.1590/S0102-71822012000300020
- Campos, G. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002
- Campos, F. C. B., & Guarido, E. L. (2010). O Psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em*

diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica (pp. 81-103).

São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar:

definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia, Ciência e*

Profissão, 24(3), 48-57. doi: 10.1590/S1414-98932004000300007

Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: descentralização e

disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*,

10(4), 975-986. doi: 10.1590/S1413-81232005000400020

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004a). O quadrilátero da formação para a

área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de*

Saúde Coletiva, 14(1), 41-65. doi: 10.1590/S0103-73312004000100004

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004b). Mudança na graduação das

profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*,

20(5), 1400-1410. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500036

César, C. M., & Santos, C. W. A. (2013). A noção de crise em Husserl e a discussão

acerca de sua superação. *Revista de Estudos Filosóficos*, 10, 54-62. Retirado

de <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/art5-rev10.pdf>

Cezar, P. K., Rodrigues, P. M., & Arpini, D. M. (2015). A Psicologia na Estratégia de

Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicologia: Ciência*

e Profissão, 35(1), 211-224. doi: 10.1590/1982-3703000012014

Chiaverini, D. H. (Org.) (2011). Guia prático de matriciamento em saúde mental.

Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde

Coletiva.

Conselho Federal de Psicologia. (2006). Relatório final do I Fórum Nacional de

Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o

SUS. Retirado de <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-publica.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (2001). Resolução nº 2 de 10 de março de 2001. Altera e regulamenta a Resolução nº 14/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Recuperado em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2007a). Resolução nº 13 de 14 de setembro de 2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Recuperado em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2007b). Resolução nº 15 de 19 de setembro de 2007. Dispõe sobre o credenciamento de cursos de Residência em Psicologia na área de Saúde e revoga a Resolução CFP nº 009/2000. Recuperado em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/09/resolucao2007_15.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2007c). Resolução nº 16 de 19 de setembro de 2007. Dispõe sobre a concessão do título de especialista para os profissionais egressos dos programas de residência credenciados pelo CFP. Recuperado em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/09/resolucao2007_16.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2016). Resolução nº 3 de 5 de fevereiro de 2016. Altera a Resolução CFP nº 013/2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Recuperado em:

<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-003-2016.pdf>

Cooper, M., & Bohart, A. C. (2013). Experiential and phenomenological foundations.

In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, & G. Wyatt (Eds.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy & Counselling* (2 ed., pp. 102-117). Palgrave Macmillan: New York-USA.

Costa Neto, S. B. (2014). Desafios da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia para a qualificação do ensino na saúde pública. *Revista de Educação, Ciência e Cultura*, 19(2), 123-131. Retirado de:

<http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Educacao/article/view/1855/1230>

Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Cunha, G. T. (2007). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo, SP: Hucitec.

Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, 20(4), 961-970. doi: 10.1590/S0104-12902011000400013.

Cury, V. E. (1987). *Psicoterapia Centrada na Pessoa: evolução das formulações sobre relação terapeuta-cliente* (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Cury, V. E. (1993). *Abordagem centrada na pessoa: Um estudo sobre as implicações dos trabalhos com grupos intensivos para a Terapia Centrada no Cliente* (Tese de Doutorado não-publicada). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, SP.

- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2010). Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 207-234). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 232-245. doi: 10.1590/S1414-98932012000500017
- Domingos, C. M., Nunes, E. F. P. A., & Carvalho, B. G. (2015). Potential of multiprofessional residency on family healthcare: the view of healthcare workers. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1221-1232. doi: 10.1590/1807-57622014.0653
- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 371-378. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf>
- Ellery, A. E. L., Bosi, M. L. M., & Loiola, F. A. (2013). Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 187-196. doi: 10.1590/S0104-12902013000100017
- Fernandes, M. N. S., Beck, C. L. C., Weller, T. H., Viero, V., Freitas, P. H., & Prestes, F. C. (2015). Sofrimento e prazer no processo de formação de residentes multiprofissionais em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4), 90-97. doi: 10.1590/1983-1447.2015.04.50300
- Ferreira Neto, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: Análise de alguns impasses. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403. doi: 10.1590/S1414-98932010000200013

- Ferreira, R. C., Varga, C. R. R., & Silva, R. F. (2009). Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1), 1421-1428. doi: 10.1590/S1413-81232009000800015
- Figueiredo, L. C. M., & Santi, P. L. R. (2008). *Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência* (3 ed.). São Paulo, SP: Educ.
- Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25. Retirado de http://www.psyking.net/HTMLobj-3824/Debating_Phenomenological_Research_Methods.pdf
- Flick, U. (2009). *Desenho de pesquisa qualitativa*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fórum Nacional de Residências em Saúde (2016, 8 de julho). Carta aberta. VI Encontro Nacional de Residências em Saúde.
- Francisco, A. L., & Bastos, A. V. B. (2010). Conhecimento, formação e prática: o necessário caminho da integração. In Conselho Federal de Psicologia (Câmara de educação e formação profissional), *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços* (pp. 69-86). Campinas, SP: Alínea.
- Freire, E. (2013). Empathy. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, & G. Wyatt (Eds.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy & Counselling* (2 ed., pp. 165-179). Palgrave Macmillan: New York-USA.
- Frota, A. M. M. C. (2012). Origens e destinos da Abordagem Centrada na Pessoa no cenário brasileiro contemporâneo: reflexões preliminares. *Revista da Abordagem Gestáltica*. 18(2), 168-178. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v18n2/v18n2a07.pdf>

- Gendlin, E. T. (1997). *Experiencing and the creation of meaning: a philosophical and psychological approach to the subjective*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press. (Original publicado em 1962).
- Goldenberg, P., & Saravalle, D. V. N. (2013). Educação em saúde: em direção à construção de novas vivências. In G. T. R. Silva (Org.), *Residência multiprofissional em saúde: vivências e cenários da formação* (pp. 17-28). São Paulo, SP: Martinari.
- Gomes, A. M. A., Paiva, E. S., Valdés, M. T. M., Frota, M. A., & Albuquerque, C. M. (2008). Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 143-152. doi: 10.1590/S0104-12902008000100013
- Goto, T. A. (2007). *A (re)constituição da psicologia fenomenológica em Edmund Husserl* (Tese de doutorado). Retirado de http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/index.php
- Goto, T. A. (2008). *Introdução à Psicologia Fenomenológica: A nova Psicologia de Edmund Husserl*. São Paulo, SP: Paulus.
- Goto, T. A. (2013). Fenomenologia, mundo-da-vida e crise das ciências: a necessidade de uma geografia fenomenológica. *Geograficidade*, 3(2), 33-48. Retirado de <http://www.uff.br/posarq/geograficidade/revista/index.php/geograficidade/article/view/102/pdf>
- Granato, T. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25(1), 17-35. doi: 10.1590/S0103-56652013000100002

- Holanda, A. F. (2014). *Fenomenologia e humanismo: reflexões necessárias*. Curitiba, PR: Juruá.
- Husserl, E. (2006). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia pura* (M. Suzuki, Trad.). Aparecida, SP: Ideias & Letras. (Original publicado em 1913).
- Husserl, E. (2008). *A crise da humanidade europeia e a filosofia* (3 ed.). (U. Zilles, Int. e Trad.). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS. (Original publicado em 1977).
- Husserl, E. (2012). *A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: Uma introdução à filosofia fenomenológica*. (D. F. Ferrer, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Forense. (Original publicado em 1954).
- Husserl, E. (2013). *Meditações cartesianas e conferências de Paris: de acordo com o texto de Husserliana I*. (P. M. S. Alves, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Forense. (Original publicado em 1931).
- Interprofessional Education Collaborative Expert Panel - IECEP. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Kind, L. (2010). *Psicologia e Saúde: a produção de estilos de pensamento*. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, 7(1), 113-129.
- Retirado de http://www.psicopatologiasfundamental.org/uploads/files/latin_american/v7_n1/psicologia_e_saude.pdf

- Lima, P. A. B., & Rozendo, C. A. (2015). Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(Suppl. 1), 779-791. doi: 10.1590/1807-57622014.0542
- Lima, M., & Santos, L. (2012). Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: ciência e profissão*, 32(1), 126-141. doi: 10.1590/S1414-98932012000100010
- Lopes, E. F. S. (2014). *A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA)* (Tese de doutorado). Retirado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94701/000914866.pdf?sequence=1> Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology: theory, research and practice*. London: Sage Publications.
- Melo, C. B. (2015). História da psicologia e a inserção do psicólogo no hospital. In L. C. Santos, E. M. F. Miranda, & E. L. Nogueira (Org.), *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp 19-32). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p.
- Messias, J. C. C., & Cury, V. E. (2006). Psicoterapia Centrada na Pessoa e o impacto do conceito de experiencição. *Psicologia: reflexão e crítica*, 19 (3), 355-361. doi: 10.1590/S0102-79722006000300003

- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14 ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2006). *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF. Recuperado em março, 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.
- Miranda, E. M. F., & Mourthé, G. M. (2015). A psicologia de urgência e emergência: atuação no acolhimento com classificação de risco. In L. C. Santos, E. M. F. Miranda, & E. L. Nogueira (Org.), *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp 129-150). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Miranda Neto, M. V., Leonello, V. M., & Oliveira, M. A. C. (2015). Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 586-593. doi: 10.1590/0034-7167.2015680403i
- Morais, J. L., Castro, E. S. A., & Souza, A. M. (2012). A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. *Psicologia em Revista*, 18(3), 389-401. doi: 10.5752/P.1678-9563.2012v18n3p389
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621. doi: 10.1590/S1414-98932007000400004
- Moreira, V. (2007). *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo, SP: Annablume.
- Moreira, V. (2009). *Clínica humanista-fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica*. São Paulo, SP: Annablume.

- Moreira, V. (2013). *Revisitando as psicoterapias humanistas*. São Paulo, SP: Intermeios.
- Morin, E. (2006). *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. (12 ed.). (E. Jacobina, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil. (Original publicado em 1921).
- Moss, D. (2001). The roots and genealogy of humanistic psychology. In K. J. Schneider, J. F. T. Bugental, & J. F. Pierson (Org.). *The handbook of humanistic psychology: leading edges in theory, research and practice* (pp. 05-20). California, EUA: Sage Publications.
- Motta, L. B., & Pacheco, L. C. (2014). Integrating medical and health multiprofessional residency programs: the experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. *Education for Health*, 27(1); 83-88. doi: 10.4103/1357-6283.134331
- Passos, E. (2013). A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In A. A. Capozzolo, S. J. Casetto, & A. O. Henz (Org.), *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde* (pp. 213-228). São Paulo, SP: Hucitec.
- Passos, I. C. R., Hilbert, S. N., & Duarte, T. A. E. (2014). Clínica ampliada: a atuação em rede e promoção de saúde. In N. A. G. Nucci, & N. J. Faria (Org.). *Psicologia e saúde: reflexões humanistas* (pp. 95-106). Campinas, SP: Alínea.
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M., & Souza, G. C. (2013). Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 973-979. doi: 10.1590/S0080-623420130000400029
- Perches, T. H. P. (2009). *Plantão psicológico: o processo de mudança psicológica sob a perspectiva da psicologia humanista* (Tese de Doutorado). Pontifícia

Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP. Retirado de

<http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/>

- Perches, T. H. P., & Cury, V. E. (2013). Plantão Psicológico em Hospital e o Processo de Mudança Psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 313-320. doi: 10.1590/S0102-37722013000300009
- Pires, A. C. T. B., & Braga, T. M. S. (2009). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, (17)1, 151-162. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v17n1/v17n1a13.pdf>
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 185-197. doi: 10.1590/1807-57622014.0092
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review). Cochrane Database of Systematic, Issue 1. Art. No.: CD002213. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub2.
- Ribeiro, J. L. P. (2011). A psicologia da saúde. In R. F. Alves (Org.). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* (pp 25-68). Campina Grande, PB: Eduepb.
- Rodrigues, A. S., & Gonze, G. C. (2013). O projeto da residência multiprofissional em saúde do adulto: novas perspectivas. In M. S. T. Figueiras, G. G. Gonze, & R. A. N. D. Villela. (Org.), *Residência em Psicologia: novos contextos e desafios para a formação em saúde* (pp. 14-22). Petrópolis, RS: Vozes.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: an unappreciated way of being. In C. Rogers, *The Counseling Psychologist*. Center for Studies of the Person La Jolla, California.
- Rogers, C. R. (1977). *Liberdade para aprender*. (4 ed.). (E. G. M. Machado, & M. P. Andrade, Trad.). Belo Horizonte, MG: Interlivros. (Original publicado em 1969).

- Rogers, C. R. (1997). *Tornar-se pessoa* (5 ed.). (M. J. C. Ferreira, & A. Lamparelli, Trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1961).
- Rogers, C. R. (1978). *Sobre o poder pessoal*. (W. M. A. Penteado, Trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Rogers, C. R., & Kinget, M. G. (1977). *Psicoterapia e relações humanas: Teoria e prática da terapia não-diretiva*. v. 1. (M. L. Bizzotto, Trad.). Belo Horizonte, MG: Interlivros. (Original publicado em 1962).
- Rogers, C. (1994). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In J. K. Wood, J. R. Doxsey, L. M. Assumpção, M. A. Tassinari, M. Japur, M. A. Serra, R. W. Rosenthal, S. R. Loureiro, & V. E. Cury. (Org. e Trad.), *Abordagem centrada na pessoa* (pp.155-177). Vitória, ES: Fundação Ceciliano Abel de Almeida.
- Rogers, C. R. (2010). Algumas observações sobre a organização da personalidade. In J. R. Doxsey, L. M. Assumpção, M. A. Tassinari, M. Japur, M. A. Serra, R. Wrona, S. R. Loureiro, & V. E. Cury (Org. e Trad.). *Abordagem centrada na pessoa* (pp. 45-70). Vitória, ES: Edufes.
- Rosa, S. D., & Lopes, R. E. (2009). Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3), 479-498. doi: 10.1590/S1981-77462009000300006
- Salum, C. C., & Mahfoud, M. (2012). A vivência do outro em Edmund Husserl a partir das Meditações Cartesianas. *Memorandum*, 22, 92-116. Retirado de <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/revista/wp-content/uploads/2012/06/salummahfoud02.pdf>
- Sanchis, I. P., & Mahfoud, M. (2012). A subjetividade em questão. *Diálogos Possíveis*, 12(1). Retirado de

<http://www.faculdadesocial.edu.br/revistas/index.php/dialogospossiveis/article/view/88/56>

- Santos, M. P. G., Neves, P. T., & Linhares, T. D. C. (2015). O trabalho do psicólogo na Unidade de Clínica Médica: atuação, possibilidades e desafios. In L. C. Santos, E. M. F. Miranda, & E. L. Nogueira (Org.). *Psicologia, saúde e hospital: contribuições para a prática profissional* (pp. 183-200). Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Savian Filho, J. (2014). A empatia Segundo Edith Stein: Pode-se empatizar a “vivência” de alguém que está dormindo? In J. Savian Filho (Org.). *Empatia. Edmund Husserl e Edith Stein: apresentações didáticas* (pp. 29-52). São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Scarcelli, I. R., & Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(12), 340-357. doi: 10.1590/S1414-98932011000200011.
- Schmid, P. F. (2013). The anthropological, relational and ethical foundations of person-centred therapy. In M. Cooper, M. O'Hara, P. F. Schmid, & G. Wyatt (Eds.), *The Handbook of Person-Centred Psychotherapy & Counselling* (2 ed., pp. 66-83). Palgrave Macmillan: New York-USA.
- Segrera, A. (2002). El enfoque centrado en la persona: reflexiones en el centenario de su fundador Carl Rogers. *Miscelánea Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 60 (117), 399-419.
- Shikasho, L. (2013). *Os Programas de Residência e a Integralidade da Atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde*. (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2013/03/OS-PROGRAMAS-DE-RESIDÊNCIA-E-A-INTEGRALIDADE-DA-ATENÇÃO-um->

[estudo-sobre-a-micropol%C3%ADtica-do-tra2.pdf](#) Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

Silva, C. T., Terra, M. G., Camponogara, S., Kruse, M. H. L., Roso, C. C., & Xavier, M. S. (2014). Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 35(3), 49-54. doi: 10.1590/1983-1447.2014.03.44512

Silva, L. B. C. (2003). Equipe multiprofissional em saúde: níveis de integração. In V. B. Oliveira, & K. Yamamoto (Org.). *Psicologia da saúde: temas de reflexão e prática* (pp. 73-88). São Bernardo do Campo, SP: Umesp.

Silva, N. H. L. P. (2011). *Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: uma compreensão a partir da fenomenologia de Edith Stein* (Tese de doutorado).

Retirado de

http://www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/25_01_2012_09_58_39_61.pdf

Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.

Silva, N. H. L. P., & Cardoso, C. L. (2013). Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(2), 246-259. doi: 10.1590/S1415-47142013000200005

Simonetti, A. (2016). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Souto, T. S., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2014). A educação interprofissional na formação em Psicologia: olhares de estudantes. *Psicologia: ciência e profissão*, 34(1), 32-45. doi: 10.1590/S1414-98932014000100004

Spink, M. J., & Matta, G. C. (2010). A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In M. J. P. Spink (Org.), A

- psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 25-52). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Stein, E. (2014). *Il problema dell'empatia*. Roma: Edizioni Studium. (Original publicado em 1917).
- Szymansky, H., & Cury, V. E. (2004) A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 9(2), 355-364. doi: 10.1590/S1413-294X2004000200018
- Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1079-1097. doi: 10.1590/S0103-73312010000400002.
- Valério, P. H. M., & Barreira, C. A. (2015). Arqueologia fenomenológica, fenomenologia genética e psicologia: rumo à gênese das manifestações culturais. *Psicologia USP*, 26(3), 430-440. doi: 10.1590/0103-656420240075.
- Vasconcelos, C. M., & Pasche, D. F. (2009). O Sistema Único de Saúde. In G. W. S. Campos et al. (Org.), *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-562). São Paulo, SP: Hucitec; Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Vasconcelos, M. I. O., Souza, F. L., Lira, G. V., Dias, M. S. A., & Silva, G. S. N. (2015). Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(supl. 2), 53-77. doi: 10.1590/1981-7746-sip00080
- Veroneze, C. B., & Benfica, T. M. S. (2011). Grupos terapêuticos como dispositivos de cuidado na hospitalização. In M. S. T. Filgueiras, F. D. Rodrigues, & T. M. S. Benfica (Org.). *Psicologia hospitalar e da saúde: consolidando práticas e saberes na Residência* (2ª reimpressão, pp. 65-78). Petrópolis, RJ: Vozes.

- Yamamoto, O. H., Souza, J. A. J., & Zanelli, N. S. J. C. (2010). A formação básica, pós-graduada e complementar do psicólogo no Brasil. In A. V. B. Bastos, & S. M. G. Gondin (Org.), *O trabalho do psicólogo no Brasil: um exame à luz das categorias da psicologia organizacional e do trabalho* (pp. 45-65). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Witter, G. P., & Ferreira, A. A. (2010). Formação do psicólogo hoje. In Conselho Federal de Psicologia (Câmara de educação e formação profissional). *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços* (pp. 15-40). Campinas, SP: Alínea.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO.
- Zilles, U. (2002). A fenomenologia husserliana como método radical. In E. Husserl. *A crise da humanidade europeia e a filosofia* (2 ed.) (pp. 12-57). (U. Zilles, Trad.). Porto Alegre, RS: EDIPUCRS.
- Zini, R., & Cury, V. E. (2014). Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas. *Memorandum*, 27, 39-60. Retirado de <http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a27/zinicury01/>

Anexos

Anexo 1

Carta de Autorização da Instituição

Eu, Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, estou realizando uma pesquisa intitulada: “A experiência de psicólogos como residentes em Programa Multiprofissional em Saúde”. Esta pesquisa tem como objetivo compreender fenomenologicamente a experiência subjetiva de psicólogos que estão vivenciando a formação profissional num curso de especialização em caráter de residência multiprofissional em redes de atenção à saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS) de um município do interior do estado de São Paulo. A pesquisadora realizará encontros dialógicos com psicólogos residentes do último ano de formação que se disponibilizarem a participar da pesquisa. Os encontros ocorrerão nas dependências do serviço em que estejam atuando, mediante agendamento prévio. Os relatos dos participantes serão registrados por escrito pela pesquisadora após cada encontro. Os dados de identificação dos participantes e da instituição serão mantidos sob sigilo e os relatos serão utilizados somente para fins de pesquisa. A participação na pesquisa é voluntária e o consentimento pode ser retirado a qualquer momento sem qualquer prejuízo ao participante. Estou a disposição para sanar dúvidas pessoalmente ou pelo endereço eletrônico mh.ciarlini@gmail.com ou pelo telefone (19)999927535.

Autorizo a psicóloga Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra, mestranda do Programa de Psicologia da PUC-Campinas, a realizar a pesquisa “A experiência de psicólogos como residentes em Programa Multiprofissional em saúde” nas dependências dos serviços de saúde em que são desenvolvidas as atividades da Residência Multiprofissional em Saúde. Para isso, podendo realizar encontros dialógicos com os psicólogos residentes que estejam concluindo esta especialização, que se dispuserem a participar da pesquisa, agendando previamente a entrevista. Declaro estar ciente dos objetivos do estudo e da resolução 466/2012 do Ministério da Saúde que regulamenta as pesquisas com seres humanos no Brasil.

Data: ____/____/____

Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra
Psicóloga – CRP 21/01081

Coordenadora do Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa a que você está sendo convidado(a) a participar está sob a responsabilidade da psicóloga Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra (CRP 21/01081), mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. Tem como objetivo compreender fenomenologicamente a experiência subjetiva de psicólogos que estão vivenciando a formação profissional num curso de especialização em caráter de residência multiprofissional em redes de atenção à saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS) de um município do interior do estado de São Paulo. Caso concorde em participar, você será convidado(a) para um encontro de aproximadamente 60 (sessenta) minutos de duração com a pesquisadora para falar sobre sua experiência, podendo o mesmo se estender até dois encontros, considerando sua disponibilidade e necessidade para abordar os conteúdos que considerar importantes. Este(s) encontro(s) será(ão) agendado(s) previamente e ocorrerá(ão) nas dependências da Universidade, em um espaço adequado para este fim.

Após cada encontro, a pesquisadora registrará por escrito os elementos mais significativos para que, posteriormente, seja elaborada uma narrativa acerca do encontro. Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade pela pesquisadora e as informações fornecidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa. Em nenhum momento seu nome será divulgado. Se você tiver interesse, poderá solicitar que seja marcado um horário para conversar sobre a narrativa construída a partir do encontro, para solicitar alterações ou esclarecer dúvidas.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para ampliar o conhecimento científico sobre os diversos aspectos envolvidos na formação profissional do psicólogo na área da saúde em regime de residência multiprofissional. A pesquisa implicará em um grau mínimo de riscos aos participantes. No caso do encontro lhe suscitar recordações de conteúdos emocionais desagradáveis, a pesquisadora poderá, se solicitado por você, indicar-lhe um serviço de atendimento psicológico público na sua região, encaminhá-lo(a) à Clínica Escola de Psicologia da Universidade ou oferecer-lhe ela própria um atendimento emergencial, uma vez que é psicóloga clínica inscrita no Conselho Regional de Psicologia.

Em caso de você concordar em participar, deverá assinar e datar este Termo de Consentimento em duas vias, uma das quais ficará sob sua posse. A participação na pesquisa é voluntária e o consentimento pode ser retirado a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas, localizado na Rod. Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP 13.086-900; telefone: (19) 3343-6777; endereço eletrônico: comitedeetica@puc-campinas.edu.br. Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira das 8h00 às 17h00. Eventuais esclarecimentos de ordem ética podem ser obtidos diretamente pelos participantes junto a este Comitê de Ética. Esclarecimentos a respeito da pesquisa podem ser obtidos com a própria pesquisadora, através do telefone (19)999927535 ou pelo endereço eletrônico mh.ciarlini@gmail.com

Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra
Psicóloga – CRP 21/01081

Declaro ter sido informado(a) e compreendido a natureza e objetivos da pesquisa e livremente concordo em participar. Declaro ainda ser maior de 18 anos.

Nome: _____
RG: _____ Tel: (____) _____
Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Anexo 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A experiência de psicólogos como residentes em um Programa Multiprofissional em Saúde

Pesquisador: Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51196515.6.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.407.524

Apresentação do Projeto:

O projeto consistirá em pesquisa qualitativa de caráter exploratório, que tem como objetivo compreender fenomenologicamente como se dá a experiência subjetiva de psicólogos que estão vivenciando a formação profissional numa especialização em caráter de residência multiprofissional em redes de atenção à saúde no SUS de um município do interior do estado de São Paulo. Para isso, 8 psicólogos que se encontram no último ano de formação participarão de encontros dialógicos individuais com duração média de 60 minutos, nos quais uma pergunta norteadora, envolvendo o interesse da pesquisa será apresentada pelo pesquisador, de modo a adentrar na perspectiva experiencial dos envolvidos. Uma narrativa compreensiva será elaborada após cada encontro, a fim de reunir os elementos significativos da experiência do participante, incluindo as percepções da pesquisadora. A pesquisa contará com cerca de 8 participantes, alunos residentes de programas de residência multiprofissional desenvolvidos por uma Universidade localizada no interior do estado de São Paulo. Os critérios de inclusão dos participantes serão: (1) ser psicólogo; (2) estar devidamente matriculado no programa de residência multiprofissional desenvolvido pela Universidade escolhida pela pesquisadora; (3) estar cursando o segundo e último ano do programa de formação multiprofissional em saúde. Já os Critérios de Exclusão serão: 1) Ter se afastado das atividades da residência por período superior a quinze dias, além do

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 1.407.524

período de férias previsto pelo programa; 2) Não demonstrar interesse em participar da pesquisa. Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para ampliar o conhecimento científico sobre os diversos aspectos envolvidos na formação profissional do psicólogo na área da saúde e estimulem a reflexão sobre a residência multiprofissional como uma maneira de formar em situação natural e em equipe. A pesquisa poderá contribuir tanto para o aprimoramento da formação profissional do psicólogo como também para a implementação de alternativas resolutivas aos problemas abordados pelos psicólogos residentes em relação a inserção das equipes multiprofissionais na rede pública de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem como objetivo compreender fenomenologicamente como se dá a experiência subjetiva de psicólogos que estão vivenciando a formação profissional numa especialização em caráter de residência multiprofissional em redes de atenção à saúde no SUS de um município do interior do estado de São Paulo. Busca ainda, mais especificamente:

Descrever, compreender e interpretar os elementos significativos da experiência subjetiva de psicólogos que vivenciam um processo de formação profissional em um curso de especialização em caráter de residência multiprofissional;

2) Refletir sobre o processo de formação profissional vivido pelo psicólogo em regime de residência multiprofissional em redes de atenção à saúde;

3) Refletir sobre o conceito de atenção psicológica a partir da formação multiprofissional em saúde direcionada ao Sistema Único de Saúde do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como risco, o projeto apresenta que a pesquisa implicará em um grau mínimo de riscos aos participantes, tendo em vista a total observância dos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos. Os encontros entre a pesquisadora e os participantes estão planejados de modo a garantir privacidade e acolhimento aos envolvidos, considerando que a pesquisadora é psicóloga inscrita no Conselho Regional de Psicologia com experiência clínica e a metodologia contempla ampla atenção e cuidado com a situação de entrevista. Todavia, no caso de manifestações de extrema angústia ocorrerem, serão acolhidas pela pesquisadora no momento do encontro e, se forem constatados problemas emocionais específicos que necessitem de atendimento psicológico contínuo, o participante será encaminhado a um serviço de atendimento psicológico especializado.

Como benefícios aponta-se o fato de que espera-se beneficiar os participantes ao contribuir para a compreensão da sua experiência subjetiva, facilitando a compreensão sobre a trajetória vivida ao longo do processo de formação em serviço.

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 1.407.524

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa encontra-se bem organizada e contempla todos os itens necessários para sua avaliação. Trata-se de um projeto de mestrado do curso de pós-graduação em Psicologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos necessários: TCLE, carta de autorização da responsável pela residência e folha de rosto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se adequado para execução e atende os requisitos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_621278.pdf	02/02/2016 11:21:33		Aceito
Outros	Pdf_Carta_Resposta_CEP_PUC.pdf	02/02/2016 11:10:12	Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pdf_Projeto.pdf	02/02/2016 11:05:52	Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Pdf_TCLE.pdf	02/02/2016 11:05:24	Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra	Aceito
Folha de Rosto	PDF_Folha_Rosto.pdf	16/11/2015 22:03:52	Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra	Aceito
Declaração de	Pdf_Carta_Instituicao.pdf	10/11/2015	Mharianni Ciarlini	Aceito

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 1.407.524

Instituição e Infraestrutura	Pdf_Carta_Instituicao.pdf	09:49:31	de Sousa Bezerra	Aceito
------------------------------	---------------------------	----------	------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 12 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
David Bianchini
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades **CEP:** 13.086-900
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br