

**A Residência Multiprofissional e a Formação do Psicólogo da Saúde:  
Um Relato de Experiência**  
**The Multidisciplinary Residency and Health Psychologist Professional Training:  
An Experience Report**  
**La Residencia Multiprofesional y la Formación del Psicólogo de la Salud:  
Un Relato de Experiencia**

*Beatriz Andrade Oliveira Reis<sup>1</sup>*

*André Faro*

*Universidade Federal de Sergipe*

---

**Resumo**

O trabalho discute a inserção da Psicologia em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), bem como a importância dessa inserção para a formação de especialistas em Psicologia da Saúde. Trata-se de um relato de experiência que objetiva descrever e discutir a experiência de uma psicóloga residente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Como foco da problematização, utilizaram-se dois eixos norteadores extraídos da experiência: 1. A demanda prospectiva do atendimento do psicólogo residente, e 2. O trabalho em equipe multiprofissional e a expectativa da equipe quanto à prática do psicólogo. Em seguida, foram discutidos aspectos positivos e negativos com base na experiência e na literatura. Ao final, esta discussão foi estendida à formação em Psicologia da Saúde, objetivando salientar a importância de trabalhos que contribuam para o desenvolvimento dessa especialidade, em conformidade com a realidade do sistema de saúde do Brasil.

*Palavras-chave:* Formação dos profissionais em saúde; Psicologia da saúde; Internato e residência.

**Abstract**

The study discusses the insertion of Psychology at a Multiprofessional Residence in Health (MRH) program and its importance for the Health Psychology experts formation process. The objective of this study is to describe and discuss the experience of a psychology resident in a MRH program. Two topics were the main focuses of this experience: 1. The prospective demands of the psychology resident's care, and 2. The Multiprofessional team work and the team's expectation about the psychologist practice. Positive and negative aspects of this experience were discussed and compared to the existing literature. Finally, the impact of a multidisciplinary experience in the Health Psychologist formation is discussed in order to highlight its importance to the development of this specialty within the context of the Brazilian public health system.

*Key-words:* Health professionals education; Health psychology; Internship and residency.

**Resumen**

El trabajo discute la inserción de la Psicología en un programa de Residencia Multiprofesional de la Salud (RMS), bien como la importancia de esta inserción para la formación de especialistas en Psicología de la Salud. Se trata de un relato de experiencia que objetiva describir y discutir la experiencia de una psicóloga residente en el Hospital Universitario de la Universidad Federal de Sergipe. Se ha utilizado como foco de la problematización dos ejes guías extraídos de la experiencia: 1. La demanda prospectiva del atendimento de lo psicólogo residente, y 2. El trabajo en equipo multiprofesional y la expectativa del equipo en relación a la práctica del psicólogo. En seguida, fueron discutidos aspectos positivos y negativos basada en la experiencia y en la literatura. Al final, esta discusión fue extendida a la formación en Psicología de la Salud, con objetivo de salientar la importancia de trabajos que contribuyan para el desarrollo de esta especialidad, en conformidad con la realidad del sistema de salud de Brasil.

*Palabras clave:* Formación de los profesionales en salud; Psicología de la salud; Internato y residencia.

---

Sabe-se que a formação nacional em saúde, durante muitos anos, baseou-se no modelo biomédico de assistência, o qual valoriza os fatores biológicos em detrimento de elementos psicológicos e sociais imbricados ao processo saúde-doença. Esse panorama formativo ocupou espaços de hierarquia superior às demais possibilidades de atuação em saúde, na cultura das instituições formadoras e na imagem sobre o trabalhador dessa área (Rossoni & Lampert,

2004). Por isso, a formação em saúde no Brasil sofreu mudanças, principalmente depois que o Ministério da Saúde (MS) assumiu a responsabilidade pela formação desses profissionais para atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), apoiando a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde (Nascimento & Oliveira, 2010).

Um dos projetos apoiados pelo MS, pela potencialidade na formação do novo trabalhador nessa área, é a Residência em Saúde (RS). Entre suas modalidades, existe a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), criada em 1975 a partir da experiência da Residência Médica, o mais antigo modelo de

---

<sup>1</sup> Endereço de Contato: Rua Jasiel de Brito Cortes, 715, Cond. Recanto das Árvores, BL. Jacarandá, Apto. 104, Bairro Jabotiana, CEP 49095-780. E-mail: [beatrizoareis@hotmail.com](mailto:beatrizoareis@hotmail.com)

formação em saúde do país (Feuerwerker, 1998). O trabalho em equipe multiprofissional passou a ganhar destaque no cenário nacional a partir de 1970, durante a explosão do mercado de trabalho em saúde em razão da necessidade do aumento desses serviços e do surgimento dos programas de Medicina Preventiva, Medicina Integral e Medicina Comunitária. A partir desse momento, o trabalho em equipe multidisciplinar foi percebido como recurso de racionalização desses serviços, uma vez que atua de forma mais integrada na articulação dos saberes de outras áreas (Rossoni & Lampert, 2004).

Regulamentada somente em 2005 com a Lei nº 11.129, a RMS tem como objetivo a resistência ao modelo de formação baseado na fragmentação do conhecimento, e a visão da doença como fenômeno estritamente biológico, articulando assim os conhecimentos adquiridos entre as diferentes áreas da saúde durante a formação inicial. Desse modo, configura-se como uma estratégia de formação de recursos humanos para o SUS, com perfil capaz de modificar as práticas tradicionais dos demais saberes a partir de uma nova cultura de entendimento e intervenção em saúde (Funk, Faustino-Silva, Malacarne, Rodrigues & Fernandez, 2010).

Por essa razão, o MS tem apoiado essa modalidade de pós-graduação e promovido mudanças na formação a partir de uma maior aproximação das instituições de capacitação (Nascimento & Oliveira, 2010). Um exemplo dos esforços em apoiar esse programa é o aumento no número de bolsas de residência. Dados do próprio órgão indicam que, em 2015, foram acrescentadas 586 bolsas, o que representa uma ampliação de 20% em relação ao ano anterior, totalizando o número de 5.505 bolsas de residência (Brasil, 2015).

Uma vez apresentado o programa de RMS como modelo de formação que valoriza a interdisciplinaridade, parte-se do princípio de que é factível discutir um pouco mais a respeito de uma das áreas que fazem parte desse modelo, a Psicologia, pois esta é uma das principais áreas que proporciona a inclusão e investigação de questões subjetivas e sociais nesse novo projeto de assistência em saúde, principalmente no programa de RMS. De acordo com Garzón e Caro (2014), o processo de mudança de paradigma na formação em saúde que reforçou a reformulação dos métodos de compreensão e enfrentamento dos problemas de saúde e doença, aliado às mudanças estruturais na política, economia e sociedade sofridas pelos países mais desenvolvidos, incluindo o Brasil, seriam as principais razões da aproximação da Psicologia à área da saúde e o surgimento da Psicologia da Saúde como especialidade.

A Psicologia da Saúde, portanto, pode ser concebida como a disciplina ou o campo de especialização da Psicologia que se interessa na maneira como o sujeito vivencia o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o

ambiente em que vive. Essa área tem como objetivo aplicar seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para fazer com que as pessoas incluam no seu projeto de vida um conjunto de atitudes e comportamentos ativos que as levem a promover a saúde e prevenir doenças, além de aperfeiçoar técnicas de enfrentamento no processo de ajustamento ao adoecer, à doença e às suas eventuais consequências (Almeida & Malagris, 2011; Castro & Bornholdt, 2004).

O motivo para o enfoque particular deste trabalho sobre a participação da Psicologia no programa de RMS se dá em dois aspectos. Inicialmente a respeito da importância da sua inserção na saúde, principalmente em equipe multiprofissional e, em seguida, pelo motivo de essa inserção ter acontecido recentemente. O primeiro aspecto acontece em razão do seu reforço à dimensão subjetiva do processo saúde-doença-cuidado do usuário. Tal reforço justifica-se pela formação prévia que permite ao residente a obtenção de uma escuta qualificada que orienta a tomada de decisões, tendo como foco as necessidades do usuário (Böing & Crepaldi, 2010).

A qualidade dessa escuta traz um enriquecimento ainda maior para o olhar interdisciplinar em relação à saúde. Segundo Lima e Nunes (2006), a escuta é a ferramenta terapêutica que melhor caracteriza o trabalho do psicólogo na saúde. Essa competência está associada à ação básica do seu trabalho, caracterizada pela habilidade do psicólogo de manter-se em alerta, ter interesse sobre a fala significativa que remonta à história do sujeito, revelada a partir de seus sentimentos, emoções, desejos e conflitos (Lima & Santos, 2012). O segundo motivo da importância da inserção da Psicologia no programa de RMS e, por consequência, nas equipes multiprofissionais de assistência em saúde, se dá, segundo Veroneze, Benfica, Filgueiras, Leal e Rodrigues (2008), em razão de essa inserção ter acontecido recentemente. Este tipo de especialidade – a Psicologia da Saúde – exige uma formação específica, no entanto, o currículo tradicional das instituições formadoras em Psicologia no Brasil continua dando pouco espaço para disciplinas dessa área, além de ter por característica a deficiência no que se refere ao conhecimento da realidade sanitária do país (Böing & Crepaldi, 2010).

A inserção do psicólogo no programa de RMS apresenta-se, então, como possibilidade privilegiada de capacitação desse profissional para atuar na saúde que possibilita o acesso ao conhecimento sobre essa realidade (Veroneze et al., 2008). Assim, a RMS surge no cenário de formações em Psicologia da Saúde como uma importante aliada para o favorecimento do desenvolvimento dessa área no país e da atuação da Psicologia em equipes Multiprofissionais (Gorayeb, 2010). Porém, ainda que se debata o déficit na sua formação inicial para atuação na área da saúde (Veroneze et al.) e o papel da RMS para a formação contínua do psicólogo (Gorayeb, 2010), percebemos,

por vezes, serem comuns dúvidas a respeito da sua atuação nesse contexto, questões estas que podem influenciar a formação do psicólogo da saúde.

Por essa razão, o presente estudo trata de um relato de experiência que tem como objetivo principal discutir a inserção da psicologia em programas de RMS, a partir do relato de experiência de uma psicóloga residente no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. Dado o exposto, para a presente exposição, se utilizou a estrutura de dois eixos norteadores, extraídos da experiência relatada, para fins de problematização da temática, a saber: 1) a demanda prospectiva do atendimento do psicólogo residente e 2) o trabalho em equipe multiprofissional e a expectativa da equipe de saúde quanto à prática do psicólogo em ambiente hospitalar. Para que sejam analisados os eixos propostos, procedeu-se à organização didática do relato em duas partes: inicialmente se faz a contextualização da experiência, momento em que se caracteriza o panorama de formação na RMS. Em seguida, quanto aos eixos norteadores, discutem-se os aspectos positivos e negativos de acordo com o ponto de vista enquanto residente de Psicologia. Essas análises foram balizadas na literatura e na análise de situações no cotidiano da RMS.

### **Contexto da Experiência: A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)**

O relato em questão trata da experiência de uma psicóloga residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto do Idoso, ofertado pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (UFS), compreendida entre março de 2013 e março de 2015. O objetivo do programa se pauta em desenvolver habilidades de assistência para profissionais de diferentes áreas, formando equipes de atuação interdisciplinar. Cada uma das quatro equipes desse programa possui um profissional da área de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Odontologia e Psicologia.

Ao fim do programa, há a certificação com nível de especialização para os residentes, destacando-se as seguintes especificidades: duração de 24 meses, dedicação exclusiva, carga horária de 5.760 horas, sendo 20% dessas horas de atividades teóricas, como aulas e reuniões de supervisão, e 80% de atividade prática assistencial ao paciente, distribuídas em 60 horas semanais, baseado em um regime educativo em serviço (Brasil, 2006).

No que diz respeito à atividade de assistência, cada equipe a desenvolve durante aproximadamente três meses em cada um dos oito cenários definidos entre os setores do hospital ou de instituições parceiras. Os cenários assistidos foram a Clínica Médica I, Clínica Médica II, Atenção básica, Clínica Cirúrgica, Núcleo Específico, setor de Oncologia do Hospital de Urgência de Sergipe, Estágio Opcional e Unidade de

Terapia Intensiva. Assim, o presente relato descreve a experiência de atuação nos setores de internação do hospital vinculado ao programa da RMS, mais especificamente nos cenários da Clínica Médica I, Clínica Médica II, Clínica Cirúrgica, Núcleo Específico e Unidade de Terapia Intensiva. A maior parte da carga horária de assistência foi realizada nessas clínicas de internamento hospitalar e é, especificamente por essa razão, que o trabalho pretende focar a discussão nesses cenários. Ressalta-se aqui a existência de discussões sobre as diferentes definições a respeito das especialidades de Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar. Essa discussão não é de interesse deste estudo, mas pode ser encontrada em trabalhos como Castro (2004) e Ribeiro (2011).

Quanto à atuação do residente de Psicologia nos cenários de internação hospitalar, a assistência foi realizada da seguinte maneira: todos os pacientes internados no setor em que a equipe multiprofissional estava atuando deveriam passar por uma triagem do serviço de Psicologia a partir do atendimento prospectivo do psicólogo residente. No primeiro momento, era oferecido ao sujeito o acompanhamento psicológico. O serviço era continuado somente se o paciente aceitasse participar. Além do atendimento prospectivo, a assistência também era realizada aos pacientes indicados por outros profissionais da clínica. Ou seja, na maioria dos casos era o psicólogo residente que se dirigia ao indivíduo internado, valendo relatar que, a cada 30 pacientes, apenas 1 verbalizava de imediato a recusa por falta de interesse no atendimento.

### **Eixos Norteadores da Discussão**

#### **Eixo I: A demanda prospectiva do atendimento do psicólogo residente**

Este eixo diz respeito à demanda do serviço dos residentes de Psicologia, orientada pelo programa de RMS do qual fez parte, sendo ela prospectiva. Faz-se importante ressaltar que, neste trabalho, entende-se por demanda prospectiva a abertura para uma postura mais ativa do próprio psicólogo residente quanto aos pacientes, ou seja, ela permite que o profissional vá ao encontro do paciente para oferecer seus serviços, o que confronta com o tradicional modelo de demanda passiva em que a atividade de acompanhamento psicológico é limitada à sua solicitação. Tecnicamente, a demanda prospectiva vem como um eficiente recurso que rompe com o distanciamento entre o profissional e o paciente, uma vez que o serviço de saúde impõe essa ruptura como uma exigência ética da sua atuação, permitindo que o psicólogo residente dirija-se ao paciente para oferecer seu serviço sem esperar que seja solicitado (Carvalho, Bosi & Freire, 2009).

Considerando a situação descrita, era de responsabilidade do residente de Psicologia a tarefa de ir ao encontro dos pacientes para oferecer o acompanhamento psicológico nas visitas iniciais. Nesse mo-

mento, explicava-se que ele só seria iniciado com a permissão e o interesse do paciente, uma vez que foi considerado que qualquer intervenção sem ser da vontade dele se configuraria como uma violação à sua autonomia frente ao seu tratamento, sendo qual fosse esse tratamento. Tal princípio se baseou no direito do usuário de participar das decisões do seu tratamento e decidir sobre os procedimentos a que irá se submeter (Brasil, 2011).

No que se refere ao aspecto positivo percebido no processo de demanda prospectiva, pode-se dizer que esse modelo de atendimento, ao romper as barreiras do modelo clínico clássico, promoveu maior aproximação com o paciente. Durante a atuação, foi percebido que essa aproximação teve como principal repercussão positiva a ampliação do atendimento aos usuários, oportunizando a um maior número de pacientes o acompanhamento psicológico durante seu internamento e, por consequência, a ampliação do conhecimento sobre esse serviço para mais pacientes. Nesse momento, vale lembrar que a instituição faz parte da rede pública de saúde e, por isso, ligada ao SUS, o que permitiu vivenciar a realidade do sistema público de saúde, que, por vezes, caracterizou-se pela sobrecarga de usuários (Böing & Crepaldi, 2010).

Em suma, pode-se compreender que o aspecto positivo a respeito do modelo de atendimento prospectivo foi reforçado pela adequação desse modelo ao contexto da saúde pública que, pela frequente sobrecarga, exige desse serviço a sua ampliação a um número maior de pacientes, tanto aos que desejam o acompanhamento psicológico, quanto àqueles que nem sequer sabem que poderiam ser atendidos por profissionais dessa área.

Avaliando agora o aspecto negativo, igualmente percebido ao atendimento prospectivo, constatou-se a presença de dificuldades relativas à adesão do paciente ao acompanhamento psicológico efetivo. Embora tenha sido deixado clara a importância do interesse e aceitação dos pacientes para iniciar o acompanhamento, percebeu-se que, em determinados momentos, alguns deles, mesmo após expressar que aceitavam tal atividade, apresentavam-se reticentes em manter um diálogo suficiente para efetivar o acompanhamento. A reação, em alguns momentos, era de evitação de qualquer contato com a psicóloga.

Faz-se importante ressaltar que essa evitação, mesmo tendo ocorrido somente em alguns casos, pareceu configurar-se como um dos principais pontos de limitação da prática no modelo de demanda prospectiva durante a formação. Outrossim, foi sentido que a dificuldade em manter o paciente motivado ao acompanhamento pode ter prejudicado o andamento dessa atividade, uma vez que se parte do princípio de que há a necessidade da postura ativa do paciente.

A postura ativa pode ser entendida como a resposta positiva do paciente ao acompanhamento psicológico; positivo no sentido de mantê-lo interessado

na atividade, estabelecido pelo vínculo entre ambos, o que contribui para o engajamento do paciente nesse processo (Arrais, Oliveira, & Paula, 2012). Esse vínculo é de primordial valor para minimizar a ansiedade frente à situação de adoecimento e potencializar a adesão ao tratamento.

De acordo com essa ideia, Milagre e Dias (2012) salientam que o vínculo é parte fundamental deste trabalho, pois contribui para que o paciente se engaje no próprio processo de mudança. Ele atua como meio facilitador de outros fatores importantes desse processo, aumentando o valor reforçador do psicólogo, ao modelar comportamentos adequados e promover expectativas positivas e soluções para superar resistências.

Levando-se em consideração a resposta positiva do paciente frente ao acompanhamento, questiona-se sobre o que poderia ter influenciado os pacientes que mostraram-se evitativos. Ainda que seja sabido que o contexto da saúde pública requer que o psicólogo oportunize o seu acompanhamento por intermédio da estratégia de demanda prospectiva, sabe-se também que, no ambiente hospitalar, o acompanhamento psicológico, a princípio, não se configura como foco de tratamento clínico tradicional – o que certamente influencia o processo de atendimento e adesão do paciente ao acompanhamento.

Em razão disso, nota-se ser preciso dar uma maior atenção não somente à numerosa demanda de usuários, mas principalmente ao estímulo à motivação dos pacientes pela atividade. Nesse momento, vale trazer de volta a importância da vinculação entre ambos para o processo de acompanhamento psicológico, vínculo este fundamental para a manutenção da postura ativa do paciente frente ao atendimento da Psicologia (Milagre & Dias, 2012).

Conclui-se, assim, que talvez fosse necessária maior atenção para a etapa de vinculação do atendimento. Tal reflexão faz compreender que o modelo de atendimento prospectivo, ao aproximar-se do paciente, exige do psicólogo a habilidade apurada de estabelecimento de vínculo frente às peculiaridades do contexto hospitalar. Desse modo, a resposta ao questionamento sobre o que pôde influenciar a resistência do paciente ao acompanhamento pode ser atribuída às dificuldades de lidar com tais especificidades no processo de vinculação nesse contexto particular de atuação do psicólogo da saúde, a saber, o hospitalar.

A partir do que foi apresentado como ponto positivo e negativo a respeito da experiência quanto à demanda prospectiva, vale neste momento chamar a atenção para a relação entre esses aspectos e a experiência de formação em especialistas do programa de RMS em questão. Entende-se que essa discussão se faz importante em razão de levantar questões que favorecem e fortalecem a formação qualificada do profissional especialista em Psicologia da Saúde e seu envolvimento com nuances da realidade da saúde pública brasileira.

A RMS, como um programa de especialização profissional, requer a participação de profissionais de referência que oportunizem ao residente o aprendizado das habilidades necessárias à exigência do contexto em que atua (Skare, 2012). Esse aprendizado viria a viabilizar a formação específica em especialistas em saúde, minimizando possíveis dificuldades na sua atuação. No modelo de formação de RMS do qual se fez parte, quem ocupou o papel de educador foi o tutor e preceptor. Ao primeiro liga-se a responsabilidade sobre atividades e aprendizado relacionados aos aspectos teóricos e acadêmicos da formação, já ao preceptor atribui-se o desenvolvimento das habilidades práticas exercidas na atuação do residente (Mendes, Matos, Schindler, Tomaz, & Vasconcellos, 2011).

No que se refere ao tutor, é importante que este tenha intimidade com o contexto específico da saúde (neste caso, mais especificamente em ambiente hospitalar), sendo capaz de fornecer ao residente o conhecimento teórico que embasa esse contexto e as habilidades que precisará desenvolver para atuar (Skare, 2012). A respeito da experiência com a tutoria do programa em questão, as reuniões que aconteciam numa frequência aproximadamente mensal, contavam com a participação dos psicólogos residentes e do profissional tutor. Elas eram destinadas às discussões de leituras indicadas, o que proporcionou a aquisição de conhecimento básica sobre o contexto de atuação. Porém, pela complexidade da área referida, sentiu-se que tais reuniões poderiam acontecer com uma frequência maior do que a ocorrida e de maneira mais regular, a fim de que a aquisição desse conhecimento se fundasse de maneira mais solidificada e atrelada ao cotidiano prático da assistência. A expectativa era de que se abarcasse, de modo mais enfático, como realizou-se a transposição entre o saber e a práxis.

Ao que se refere ao papel do preceptor, enfatiza-se a necessidade de este profissional ter conhecimento suficiente sobre a prática do seu trabalho, dominando as habilidades específicas ao contexto onde atua. No entanto, quando o seu papel liga-se à orientação da prática do residente, a promoção desse conhecimento se enfraquece quando a sua presença não se torna frequente durante a atuação do residente, presença esta que deve ser suficientemente capaz de acompanhá-lo e orientá-lo quanto às dúvidas e dificuldades durante a sua atuação (Skare, 2012). Destaca-se, então, a relevância do preceptor durante a atuação prática do residente como ponto principal do seu papel como educador, o que o difere, por exemplo, do tutor.

A respeito dessa experiência, um dado a ser ressaltado foi a ausência do profissional de referência em Psicologia em todos os cenários do hospital em que houve atuação da equipe, cabendo aos residentes de psicologia a responsabilidade pelo atendimento de todos os pacientes internados na clínica. Portanto a profissional de referência que assumiu a preceptoria era a única psicóloga do hospital que atuava na Pediatria,

setor este que não fazia parte dos cenários de prática dos residentes no programa. O contato com ela era resumido a reuniões semanais, com duração de duas horas, e contava com a participação de todos os residentes de Psicologia.

Constata-se, enfim, a carência de profissionais Psicólogos da Saúde atuando na instituição vinculada ao programa de RMS em questão. Ao que se parece, a repercussão dessa carência atinge o serviço de Psicologia da instituição, que deixa de ser executado por profissionais que deveriam ser habilitados para atendê-la, passando a ser assumido por profissionais ainda em formação. Além disso, tal problema afeta a própria formação dos residentes, uma vez que reduz a oportunidade do contato com profissionais de referência, tanto no sentido prático, como teórico, durante seu processo de especialização.

Ao se considerar, então, a relação entre as experiências obtidas na tutoria e preceptoria, ainda que a formação teórica tenha ocorrido, o que se destacou foi a concentração de maiores limitações no sentido da atuação prática e cotidiana. Logo, percebeu-se certo distanciamento entre o saber e o saber-fazer, algo que se julga como fundamental no percurso da RMS e que precisa ser mais bem avaliado no planejamento das ações didáticas e práticas.

## **Eixo II: O trabalho em equipe multidisciplinar e a expectativa da equipe de saúde quanto à prática do psicólogo**

O segundo tema a ser dado ênfase nesta discussão diz respeito à experiência de trabalho em uma equipe multidisciplinar e, por consequência, a oportunidade da atuação interdisciplinar. Entende-se como equipe multiprofissional um grupo de profissionais que trabalham juntos no mesmo setor formado por especialistas de diferentes áreas da saúde. Entretanto, para se configurar como atendimento interdisciplinar, não basta a formação da equipe, pois deve existir um diálogo entre os membros com a finalidade de estabelecer um projeto de intervenção integral e específico às necessidades de cada paciente (Borges, Sampaio, & Gurgel, 2012). Ver mais detalhes sobre a diferença entre multidisciplinaridade e interdisciplinaridade em Roquete, Amorim, Barbosa, Souza e Carvalho (2012)

Como previsto, foram compostas quatro equipes multiprofissionais pelo processo seletivo do programa. Todas as equipes eram formadas por sete profissionais, cada um de uma especialidade diferente (Nutrição, Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia). A efetivação do trabalho interdisciplinar aconteceu principalmente durante as reuniões de planejamento que faziam parte da programação das atividades de cada equipe, exigida pela coordenação do programa. Essa exigência se configurou como um esforço da coordenação em proporcionar aos residentes a experiência do trabalho in-

terdisciplinar, sendo este um dos principais focos de sua formação e um dos pontos positivos do programa.

Essa atividade acontecia semanalmente, com duração de 5 horas e com a participação de todos os membros da equipe, podendo ter também a presença de outros profissionais envolvidos no caso, a exemplo de médicos. Durante a atividade, todos os casos atendidos na clínica em que a equipe estava atuando eram discutidos individualmente e dado o parecer de cada especialidade envolvida. Ao final, eram elaborados planos de atendimento integral e específico para as necessidades de cada paciente, contando com o envolvimento de todos os profissionais residentes da equipe. A experiência dessas reuniões proporcionou a ampliação do conhecimento na área da assistência em saúde, conhecendo mais sobre o trabalho de cada especialidade. Isso possibilitou na prática a real construção de uma percepção ainda mais ampliada sobre o processo saúde-doença. Na perspectiva enquanto residente de Psicologia, este foi o principal aspecto positivo da experiência de trabalho em uma equipe multiprofissional.

Considerando o processo de mudança de paradigma do modelo de atuação em saúde (do biomédico para o integral), em função do reforço ao olhar ampliado à saúde do usuário a partir da aproximação dos diversos saberes, foi percebida a importância de o especialista em Psicologia da Saúde inserir-se em equipes multiprofissionais. Tal inserção requer dele a capacidade de trabalhar em equipes que possibilitem discussões e problematizações que vão além dos casos em assistência, podendo alcançar níveis como discussões políticas de decisões institucional, sanitário, entre outros (Borges et al. 2012; Castro & Bornholdt, 2004).

Por outro lado, o aspecto negativo observado ao que diz respeito ao trabalho em equipe multiprofissional esteve relacionado às expectativas da equipe em relação ao serviço do residente de Psicologia, que, em muitos momentos, não condiziam com o que se considera ser seu papel nesse serviço. Durante a experiência, foi comum surgir de profissionais de outras áreas ‘sugestões’ de como deveria ser exercida a conduta do psicólogo e o que necessariamente eles poderiam esperar desse atendimento. Considerando o modelo de atuação interdisciplinar do qual se fez parte e que, como dito anteriormente, valorizava discussões entre os profissionais envolvidos de diferentes especialidades sobre os casos atendidos, algumas sugestões direcionadas à assistência do psicólogo residente poderiam ter ajudado a enriquecer o trabalho, se antes não indicassem um forte equívoco por parte de quem as sugeriu em relação à função desse profissional. Noutras palavras, tratava-se, por vezes, de sugestões que ora estavam aquém do trabalho do psicólogo, ora estavam além de sua competência.

As expectativas equivocadas no que diz respeito à atuação como psicólogo residente podem ser ilustra-

das por: prescrições da quantidade de atendimentos semanais que a psicóloga deveria prestar a pacientes específicos, além da solicitação de outras especialidades para que se ‘convencesse’ (de qualquer forma) o paciente a aderir a algum tipo de procedimento ou tratamento, entre outros. Essas expectativas geraram diversos desconfortos, pois pressões inadvertidas nos desafiavam frente à seguinte questão: *Ceder às cobranças dos demais membros da equipe ou resistir ao que (distorcidamente) se espera da atuação do psicólogo residente e realizar o trabalho de maneira autônoma e, sobretudo, adequada?* A resposta correta não é de difícil encontro, mas, no dia a dia da formação/assistência, tornou-se estressante o confronto cotidiano com tais dificuldades.

Acredita-se que tal equívoco por parte da equipe seja motivado pela dúvida a respeito do papel do psicólogo da saúde, mais especificamente em ambiente hospitalar e atuando em perspectiva multidisciplinar. Entretanto pode-se também dizer que o equívoco foi reforçado pela certa falta de clareza, por parte do residente de Psicologia, quanto ao “como se faz” ou o “saber-fazer” na Psicologia da Saúde, nesse caso em ambiente hospitalar. Ainda que o arcabouço teórico tenha sido consideravelmente amplo, uma vez que há numerosos livros, manuais e artigos sobre a Psicologia da Saúde em contexto hospitalar – além das próprias reuniões de equipe –, pouco se trabalhou na formação a faceta do ‘como ocorre a intervenção propriamente dita’; ou seja, como se procede, no dia a dia, a atuação do psicólogo nessa instituição. Julga-se que isso, em certa medida, tornou-se ainda mais saliente quando ponderavam-se as lacunas associadas à supervisão e ao funcionamento da residência.

Sabemos que a principal proposta do programa é oportunizar ao residente experiências práticas que desenvolvam as habilidades sobre o saber-fazer no ambiente da saúde, tomando como base para essa argumentação o fato de que 80% da carga horária de todo o projeto é destinada às atividades práticas, muito inferior a destinada às atividades teóricas, somente 20%. Portanto, considerando essa proposta como base de avaliação desta experiência, vê-se que questões como a incerteza do psicólogo residente quanto ao “saber fazer” da Psicologia em ambiente hospitalar remete, mais uma vez, à sensação da necessidade de supervisão prática ainda mais premente, a fim de minimizar possíveis danos que esse equívoco pode causar.

Relacionando a razão dessa incongruência à própria dúvida do psicólogo residente quanto ao papel da Psicologia na saúde, também podemos entender esse fenômeno de desconhecimento como sendo um reflexo da crise de identidade em que o psicólogo tem passado nos últimos anos. Recentemente, as reflexões e reformulações do conceito da identidade do profissional de Psicologia se fizeram necessárias a partir da mudança de paradigma da sua atuação, partindo do

individual para o social (Almeida & Malagris, 2011; Freire & Pichelli, 2013). Uma vez que a identidade do psicólogo é considerada produto de um conjunto integrado de fatores pessoais e profissionais que influenciam no desenvolvimento da carreira, a necessidade da reflexão e reformulação dessa identidade foi condicionada às mudanças no exercício da profissão, dos paradigmas tradicionais centrados no indivíduo para os ancorados em perspectivas mais sociais, em consonância com a realidade nacional (Almeida & Malagris, 2011; Macêdo, Alberto, Santos, Souza, & Oliveira, 2015).

No Brasil, nos últimos anos, a profissão em Psicologia tem sido chamada a ocupar novos espaços e a desenvolver trabalhos e/ou atividades que até então eram pouco frequentes, como é o caso do campo da saúde. Nesse sentido, abre-se a possibilidade de construção de uma nova identidade do psicólogo brasileiro, que dá ênfase ao compromisso social da profissão (Mazer & Melo-Silva, 2010). Por essa razão, reforça-se aqui a importância da discussão mais aprofundada quanto ao papel do psicólogo no cenário da saúde, cabendo também aos programas de RMS, como modelo de formação desse especialista, a responsabilidade por essa tarefa, especialmente na prática (Gorayeb, 2010; Mazer & Melo Silva, 2010). Vale lembrar que essa reflexão e reformulação de identidade do profissional psicólogo estão longe de denunciar uma fragilidade da categoria. Muito pelo contrário, refletem o contínuo esforço de se manter em congruência com as mudanças que a própria sociedade também vivencia.

Enfim, conclui-se que, antes mesmo de os profissionais de outras áreas terem conhecimento sobre o papel do psicólogo residente, seu papel deve estar devidamente claro para o próprio residente de Psicologia, a fim de que incongruências como as que foram aqui relatadas possam ser minoradas, quiçá, superadas. Sugere-se, então, que tal preocupação deva ser levada em conta pelo programa de RMS, visto que o mesmo se configura como um curso de especialização, o que significa que tais dúvidas deveriam ser esclarecidas durante a formação. Julga-se, assim, que é responsabilidade da gestão dos programas dar atenção aos aspectos relativos à construção da identidade do profissional da Psicologia da Saúde, o que, por sua vez, assentará melhores práticas na assistência dos residentes.

### Considerações Finais

Resgatando os principais pontos de discussão deste trabalho, vimos que, a respeito do primeiro eixo de discussão, a experiência na assistência de demanda prospectiva do residente de Psicologia e a maneira como isso repercute na sua formação, pode-se entender que esta estratégia mostra-se eficiente, pois, possibilitando o atendimento psicológico a um número

maior de usuários, faz-se adequada ao contexto de saúde pública do país e, por consequência, habilita o residente a trabalhar nesse contexto. Porém, para que se configure como um mecanismo efetivo de ampliação deste serviço há de se dar atenção não só ao número, mas à natureza do contexto da assistência, onde quer que seja o destino de atuação do residente em saúde. Somente assim a prática nesse contexto estaria adequada às necessidades mais específicas dele.

A respeito do segundo eixo de discussão, o trabalho em equipe multiprofissional e a expectativa da equipe de saúde quanto à prática do psicólogo, foi visto que a experiência ofertada pelo programa de RMS em questão favoreceu a integração dos residentes da equipe multiprofissional e a efetivação do trabalho interdisciplinar, promovendo aos profissionais a estrutura necessária para o planejamento e execução da assistência integral em saúde. Este aspecto merece ser destacado uma vez que se faz adequado ao principal objetivo dos programas de RMS, a formação de profissionais capacitados para atuar de maneira interdisciplinar.

Porém, também foram vistos alguns equívocos por parte da equipe quanto ao papel do psicólogo na saúde. Associa-se essa expectativa equivocada a dúvidas do próprio residente de Psicologia. Acredita-se que para esse profissional ainda não seja exatamente claro qual o seu papel nesse contexto, e que as dúvidas podem ser reflexo de algumas questões já apresentadas pela literatura. São elas a recente chegada da Psicologia ao campo da saúde (Veroneze et al., 2008), o pouco espaço dado a essa área nas disciplinas ofertadas durante a graduação (Böing & Crepaldi, 2010), e a mudança de identidade do profissional psicólogo no panorama nacional, saindo do olhar individual para o social (Almeida & Malagris, 2011; Freire & Pichelli, 2013). Porém soma-se a essas questões um dado observado durante a experiência como psicólogo residente, o pouco número de profissionais da Psicologia vinculados à instituição em questão. Esse ponto diz respeito a um aspecto pontual da instituição em questão, mas que também pode ter sido determinante para a dúvida do residente de Psicologia quanto ao seu papel.

Relacionando o que foi dito a respeito do modelo de formação do programa de RMS apresentado neste trabalho, acredita-se que ainda existam pontos a serem aperfeiçoados, os quais estão ligados ao exercício da profissão da Psicologia, mais especificamente, ao conhecimento teórico e à aplicação prática desse conhecimento, tais como o favorecimento da contextualização do ambiente da saúde para o residente de Psicologia, a capacitação para a execução e transmissão do conhecimento relativo à sua prática, a formação da identidade do profissional psicólogo da saúde, entre outros. Por essa razão, reforçamos a importância do contato frequente entre residentes e profissionais que assumem o papel de educadores

do programa, tutores e preceptores. Enxerga-se esse contato como o momento de maior oportunidade que se tem para adquirir o conhecimento sobre questões contextuais e de habilidades na assistência específicas à exigência do setor em que se atua.

Para que os objetivos do modelo de formação da RMS sejam alcançados, a aproximação dos demais saberes dessa área e a promoção da competência do novo profissional de saúde para a atuação integral (Rossoni & Lampert, 2004), é necessário que, antes de mais nada, cada profissional tenha conhecimento mínimo sobre o seu papel nesse contexto para que possa minorar possíveis falhas na transmissão e execução desse papel. Assim, cabe à instituição formadora dar atenção ao aspecto da atuação profissional específica ao contexto da saúde no seu processo de formação.

A ênfase a esse aspecto se faz importante especificamente para a Psicologia, uma vez que a sua inserção nesse contexto é recente, o que pode considerá-la como um campo ainda em construção. Assim, a contextualização da área e a transmissão da habilidade prática particular ao ambiente da saúde são de primordial importância para que não se mantenha o equívoco da continuidade do tradicional modelo de atuação que valoriza o distanciamento entre profissional e paciente. No ambiente em questão, o hospitalar, notou-se que esse contato é diferente em razão da singularidade do seu contexto e que, por isso, esta singularidade deve ser levada em conta para o desenvolvimento da capacidade de atuação nele, para que a inserção da Psicologia no trabalho em equipe multiprofissional em saúde venha a ser efetiva e o seu destaque à dimensão subjetiva do processo saúde-doença-cuidado seja reconhecido.

Por fim, enfatiza-se o incentivo à produção de trabalhos baseados em relatos de experiência, pois eles discutem o olhar do profissional a partir da sua própria prática. A vantagem desse modelo é a oportunidade da aproximação entre a teoria e a prática e de possíveis discussões entre essas facetas, no intuito de minimizar distanciamentos entre o exercício da profissão e a teoria que a sustenta. Finalmente, além de contribuir para o fortalecimento e desenvolvimento do futuro dessa especialidade, espera-se que se contribua com o debate a respeito de elementos que possam ser mais bem pensados e trabalhados para a formação dos novos profissionais no campo da saúde, como os temas sugeridos, sendo estes: os desafios do psicólogo da saúde, o primeiro atendimento, entre outros. Logo, aqui também se ressalta a necessidade, cada vez mais presente, de ir da teoria à prática; do saber ao tão esperado saber-fazer.

### Referências

Almeida, R. A., & Malagris, L. E. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (2), 183-202.

- Arrais, A. R., Oliveira, A. P. S. V., & Paula, F. T. M. (2012). O atendimento psicológico a adultos e idosos em quadro psicossomático no pronto-socorro de um hospital. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(1), 77-84.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: Uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649.
- Borges, M. J. L., Sampaio, A. S., & Gurgel, I. G. D. (2012). Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: Desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(1), 147-156.
- Brasil. Ministério da Saúde (2006). *Residência Multiprofissional em Saúde: Experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2011). *Carta dos direitos dos usuários de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2015). *Blog da Saúde*. Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/35052-ministerio-da-saude-oferta-5-505-bolsas-de-residencia-para-profissionais-de-saude>. Acesso em 15 jul. 2015.
- Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M., & Freire, J. C. (2009). A prática do psicólogo em saúde coletiva: Um estudo no município de Fortaleza (CE), Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(1), 60-73.
- 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.
- Feuerwerker, L. C. M. (1998). Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 2(3), 51-71.
- Freire, F. M. S., & Pichelli, A. A. W. S. (2013). O psicólogo apoiador matriarcal: Percepções e práticas na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(1), 162-173.
- Funk, C. S., Faustino-Silva, D. D., Malacarne, E., Rodrigues, R. P., & Fernandez, R. R. (2010). Residência integrada em saúde do grupo hospitalar Conceição: Uma proposta de formação de cirurgiões-dentistas em saúde da família e comunidade. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 51(3), 37-42.
- Garzón, A., & Caro, I. (2014). Evolution and future of health psychology. *Anales de Psicología*, 20(1), 1-8.
- Goarayeb, R. (2010). Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(especial), 115-122.
- Lima, M., & Santos, L. (2012). Formação de psicólogo em residência multiprofissional: Transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 126-141.
- Lima, M., & Nunes, M. O. (2006). Práticas psicológicas e dimensões de significação dos problemas de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 294-311.
- Macêdo, O. J. V., Alberto, M. F. P., Santos, D. P., Souza, G. P., & Oliveira, V. S. (2015). Ações do profissional de psicologia no centro de referência da assistência social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 809-823.
- Mazer, S. M., & Melo-Silva, L. L. (2010). Identidade profissional do psicólogo: Uma revisão da produção científica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 276-295.
- Mendes, L. C., Matos, L. P., Schindler, M. F., Tomaz, M., & Vasconcellos, S. C. (2011, jan./jun.). Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional

- em saúde, pela ótica da psicologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(1), 125-141.
- Milagre, I. M. S., & Dias, A. G. (2012, jul.). Abandono do tratamento psicológico na clínica-escola do UNIPAM: Reflexões institucionais. *Perquerere*, 9(1), 55-69.
- Nascimento, D. D. G. & Oliveira, M. A. C. (2010). Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 814-827.
- Ribeiro, J. L. P. (2011). A Psicologia da Saúde. In R. F. ALVES (Org.), *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa* [versão eletrônica] (pp. 23-64). Campina Grande, PB: Ed. EDUEP.
- Roquete, F. F., Amorim, M. M. A., Barbosa, S. P., Souza, D. C. M. S. & Carvalho, D. V. (2012). Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: Em busca de diálogos entre saberes no campo da saúde coletiva. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2(3), 463-474.
- Rossoni, E., & Lampert, J. (2004, jan./jun.). Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. *Boletim da Saúde*, 18(1), 87-98.
- Skare, T. L. (2012). Metodologia de ensino na preceptoria da residência médica. *Revista do Médico Residente*, 14 (2), 1-5.
- Veroneze, C. B., Benfica, T. M. S., Filgueiras, M. S. T., Leal, S. F., & Rodrigues, F. D. (2008, jan./jun.). Residência em psicologia hospitalar e da saúde do HU/UFJF: Consolidando práticas no campo da saúde. *Psicologia em Pesquisa*, 2(1), 20-26.

Recebido: 15/12/2015

Última revisão: 22/04/2016

Aceite final: 28/04/2016

#### Sobre os autores:

**Beatriz Andrade Oliveira Reis** – Psicóloga Especialista em Saúde do Adulto e Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe. **E-mail:** beatrizaoreis@hotmail.com

**André Faro** – Doutor em Psicologia. Professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe. **E-mail:** andre.faro.ufs@gmail.com