UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

FELLIPE ALVES ROCHA DA CRUZ

LEITURA DIALÓGICA DA VISITA MULTIPROFISSIONAL NUMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Maceió
2022

FELLIPE ALVES ROCHA DA CRUZ

LEITURA DIALÓGICA DA VISITA MULTIPROFISSIONAL NUMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes.

Maceió
2022

Catalogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

C957l Cruz, Fellipe Alves Rocha da.
Leitura dialógica da visita multiprofissional numa residência multiprofissional em saúde / Fellipe Alves Rocha da Cruz. – 2022.
94 f. : il.

Orientador: Jefferson de Souza Bernardes.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 89-94.

1. Visitas multiprofissionais. 2. Residência multiprofissional em saúde. 3. Dialogia. I. Título.

CDU: 159.9 : 614

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

FELLIPE ALVES ROCHA DA CRUZ

Título do Trabalho: "***A VISITA MULTIPROFISSIONAL EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA LEITURA DIALÓGICA".***

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

_____
Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (PPGP/UFAL)

Examinadores:

_____
Profa. Dra. Susana Souto Silva (FALE/UFAL)

_____ _____
Prof. Dr. Charles Elias Lang (PPGP/UFAL)

Maceió-AL, 07 de outubro de 2022.

AGRADECIMENTOS

Fazer um mestrado não é um projeto individual, se faz a muitas mãos, muitos encontros e conversas com diferentes pessoas, em diferentes situações e momentos. Foi assim também com essa dissertação. Foi elaborada em parceria, de modo quase que coletivo, graças às contribuições de muita gente. Finalizo com a sensação de que, mais de que escrever um texto, esse processo contribuiu com mudanças em meus modos de ser pessoa, ser profissional. Dedico esse espaço para agradecer a quem esteve comigo durante esse tempo.

À minha companheira de vida, Bruna Luana. Por todo suporte, toda compreensão, todas as observações, toda atenção e cuidado ao ler e ouvir cada frase que eu escrevia. Sem você não teria conseguido chegar nesse momento.

À minha querida mãe, Tânia. Isso aqui é uma vitória nossa! Agradeço por tudo o que sempre fez por mim e por todos os investimentos, de tempo, atenção, dinheiro e, principalmente, amor, desde meu nascimento.

Ao meu pai, Ademir. Que com seu modo peculiar, fazia questão de me lembrar da capacidade que eu tinha para concluir o mestrado, quase todas as vezes que nos víamos.

À minha querida irmã, Tainá e meu cunhado, Yan. Por todos os momentos de conversas acadêmicas, certamente serviram como inspiração para mim.

Ao meu sogro, Silvio e minha sogra, Quitéria. Vocês são exemplos de dedicação e esforço na busca dos próprios sonhos e de uma vida feliz.

Aos meus cunhados e cunhadas, em especial, Thiago e Bruna, pela compreensão no meu atraso para começar nossos negócios.

A todos os meus familiares, tias, tios, primas, primos etc., que de algum modo contribuíram para esse momento, em especial, minha vó, Antônia, minha tia, Neize e seus filhos, Pedro e Lavínia, meu carinho e gratidão.

Agradeço também a meus amigos e amigas, assim como aos/às colegas de trabalho e profissão, me inspiro na luta diária de cada um/a de vocês.

De modo especial também, agradeço às contribuições afetuosas de cada um/a que fez e faz parte do Prosa e Prosinha (nosso grupo de pesquisa), todos os momentos com vocês foram fundamentais para a construção desse texto, obrigado.

Do mesmo modo, agradeço a meu orientador, Jefferson Bernardes. Tive o privilégio de tê-lo como tutor durante quase toda a graduação (no PET-Psico), no TCR da residência nos

reecontramos, e logo na sequência, fizemos parceria no mestrado. Teu modo de ser e pensar sobre a vida me encantam e me inspiram. Não tenho palavras para agradecer.

Agradeço à todas as contribuições e ao trabalho atento, cuidadoso e respeitoso da profª. Susana Souto e do prof. Charles Lang, na qualificação do projeto para essa dissertação, e pela consideração e boa vontade em estar comigo também na banca avaliadora, vocês foram fundamentais.

Por fim, agradeço a Deus, quem me sustenta e dá vida. Tua graça tem me feito conquistar coisas maiores do que eu imaginava.

O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranquila. Em silêncio. Sem dar conselhos. Sem que digam: "Se eu fosse você". A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita quando ela nasce de uma longa e silenciosa escuta. É na escuta que o amor começa. E é na não-escuta que ele termina. Não aprendi isso nos livros. Aprendi prestando atenção.

Rubem Alves (O Amor que Ascende a Lua)

RESUMO

Essa dissertação tem as visitas multiprofissionais como campo-tema. As visitas surgem enquanto prática, no contexto da saúde, a partir da lógica do trabalho multiprofissional e da multiprofissionalidade, que se baseia em princípios da Educação Permanente em Saúde. Esse trabalho tem o intuito de compreender e discutir as visitas multiprofissionais, na saúde, a partir da articulação entre textos da literatura específica de saúde e conceitos vinculados à dialogia de Bakhtin, e assim, produzir deslocamentos nas discussões acerca de práticas multiprofissionais na construção de processos de cuidado em saúde. Para isso, parte-se da compreensão da ciência enquanto prática humana, situada social e historicamente, assume-se o Construcionismo Social e as Práticas Discursivas e Produção de Sentidos como fundamentação teórico-metodológica. Dialogamos também com autores como Bottega e Castro (2018), Ceccim e Ferla (2008), Ceccim e Feuerwerker (2004), Dallegrave e Kruse (2009), Tesser (2008) e tantos outros que nos ajudaram a pensar acerca da saúde no Brasil, das residências em saúde e da complexa rede intricada de pontos que encontramos quando trabalhamos no SUS. As Rodas de Conversas foram as ferramentas metodológicas, que se fundamentam na dialogia inspirada na tradição bakhtiniana. São espaços para livre circulação da palavra, compartilhamento de experiências, negociações e produções coletivas de sentidos. Foram realizadas 3 rodas de conversas, com residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Adulto e da Pessoa Idosa, da Universidade Federal de Alagoas. Identificou-se que as práticas de visitas multiprofissionais são complexas, dinâmicas, ainda em construção, perpassadas por diferentes afetações, sensações, contradições, concepções, equívocos, posicionamentos, disputas e jogos de poder. As conversas destacaram como as visitas recebem influência das diversas formas de diálogos e relações que os/as atores/atrizes da residência e do hospital estabelecem entre si, com usuários (as) e com a própria visita; das diferentes rotinas e lógicas de funcionamento já estabelecidas nos setores nos quais as visitas são realizadas; e das formações dos/as profissionais que participam ou interagem de alguma forma com as visitas. Outras conversas afirmaram como as visitas multiprofissionais auxiliaram na criação de vínculos diversos, entre usuários/as, seus/suas cuidadores/as e os/as residentes suprindo demandas não só físicas, mas também afetivas. Auxilia também, no vínculo entre equipes de residentes, auxiliando na construção do trabalho multiprofissional. São apontados os seguintes efeitos pela realização diária das visitas multiprofissionais: reconhecimento da atuação da equipe de saúde, fortalecimento do SUS, maior abertura ao diálogo entre quem participa da visita, e influência no modo com que os/as próprios/as residentes compreendem seus processos de trabalho e a própria atuação na saúde.

Palavras-chave: Visitas multiprofissionais. Residência multiprofissional em saúde. Dialogia.

ABSTRACT

This dissertation has multidisciplinary visits as its topic field. Visits emerge as a practice, in the health context, based on the logic of multi-professional work and multi-professionality, which is based on principles of Permanent Health Education. This work aims to understand and discuss multi-professional visits, in health, starting from the articulation between texts from specific health literature and concepts linked to Bakhtin's dialogue, and thus producing shifts in discussions about multidisciplinary practices in the construction of health care processes. To do this, we start from the understanding of science as a human practice, socially and historically situated, assuming Social Constructionism and Discursive Practices and Production of Meanings as theoretical-methodological foundations. We also discussed with authors such as Bottega and Castro (2018), Ceccim and Ferla (2008), Ceccim and Feuerwerker (2004), Dallegrave and Kruse (2009), Tesser (2008) and many others who helped us think about health in Brazil, health residencies and the complex, intricate network of points that we encounter when we work in the SUS. The Conversation Circles were the methodological tools, which are based on dialogue inspired by the Bakhtinian tradition. They are spaces for the free circulation of words, sharing of experiences, negotiations and collective production of meanings. Three rounds of conversations were held with residents of the Multiprofessional Residency in Adult and Elderly Health, at the Federal University of Alagoas. It was identified that the practices of multidisciplinary visits are complex, dynamic, still under construction, permeated by different affects, sensations, contradictions, conceptions, mistakes, positions, disputes and power games. The conversations highlighted how visits are influenced by the different forms of dialogue and relationships that the actors at the residence and the hospital establish among themselves, with users and with the visit itself; the different routines and operating logics already established in the sectors in which the visits are carried out; and the training of professionals who participate or interact in some way with the visits. Other conversations stated how multidisciplinary visits helped to create diverse bonds, between users, their caregivers and residents, meeting not only physical but also emotional demands. It also helps with the link between teams of residents, helping to build multidisciplinary work. The following effects of carrying out daily multidisciplinary visits are highlighted: recognition of the health team's performance, strengthening of the SUS, greater openness to dialogue between those who participate in the visit, and influence on the way in which the residents themselves understand their processes of work and their own performance in health.

Keywords: Multiprofessional visits. Multiprofessional residency in health. Dialogy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fragmento de Transcrição Integral 49
Quadro 2 - Fragmentos de Mapa de Transcrição Sequencial/Integral 51
Quadro 3 - Compilado de Temáticas/Conjuntos de Sentidos de uma das RC 51
Quadro 4 - Quadro Final de Temáticas e Conjuntos de Sentidos.....52
Quadro 5 - Fragmento de Mapa Dialógico – Roda de Conversa USF Carminha 54

LISTA DE SIGLAS

PET – Programa de Educação Tutorial

RC – Rodas de conversas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDIP/HD – Unidade de Doenças Infecto Parasitárias/ Hospital Dia

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

USF – Unidade de Saúde da Família

VM – Visitas Multiprofissionais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10
2. TRILHANDO CAMINHOS ENTRE VISITANTES, HÓSPEDES E RESIDÊNCIA . 17
2.1. Visitas 17
2.2. Diálogo entre Hóspedes, Hospitalidade e o Hospital 25
2.3. E o que na verdade são as Residências em Saúde? 28
3.1. Construcionismo Social 33
3.2. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos 34
3.3. Campo-Tema 35
3.4. Dialogando a partir de Bakhtin 36
3.5. Rodas de Conversas 43
3.5.1. 1ª Roda de Conversa – Unidade Básica de Saúde Jorge Duarte Quintela Cavalcante 45
3.5.2. 2ª Roda de Conversa – Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer 46
3.5.3. 3ª Roda de Conversa – Unidade de Doenças Infecto parasitárias (UDIP/HD) do HUPAA/UFAL 48
3.6. Transcrição das Rodas de Conversas 49
3.7. Construindo Estratégias de Visibilização 50
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES 56
4.1. Visita Multiprofissional 56
4.1.1. Vínculos 56
4.1.2. Diálogos e Relações 65
4.2. Processo de Trabalho/Formação 73
4.2.1. Rotinas e Trabalho Uniprofissional v*ersus* Multiprofissional 74
4.2.2. Formação 82
5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES 86
REFERÊNCIAS 89

1. INTRODUÇÃO

Esse texto, em forma de dissertação, surge após escutas e diálogos diversos. Entre os principais temas dos diálogos sempre estiveram a saúde, o hospital, a residência (também a em saúde) e as formas de se fazer cuidado em saúde no Brasil e no SUS.

O hospital é um dos cenários principais nesse caminho e influenciou a produção dessa pesquisa e texto. Iniciar falando sobre ele não se dá por acaso, pois enquanto contexto/local se tornou origem das principais questões que fazem parte das discussões dessa dissertação. Por isso, iniciar com alguns questionamentos é fundamental.

O que você imagina quando pensa num hospital? Pessoas de jaleco e roupas brancas? Ambientes "neutros" e paredes pintadas de cores frias ou tons pastéis (branco ou amarelo, em geral)? Leitos, macas, um amontoado de pessoas deitadas neles e outras andando por/para todos os lados? Expressões de dor e sofrimento? Quais os sons desse lugar? Quais os cheiros? O que você sente ao imaginar esse cenário?

E se eu te descrever as seguintes imagens: de uma janela na escadaria que fica nos fundos do 4º andar, é possível ver um jardim repleto de plantas altas, com muitas flores cor de rosa vibrante (justicia-rosa), que prendem a atenção de quem olha. Ao fundo, o céu com nuvens esparsas, algumas árvores por trás de uma construção térrea horizontal, formam quase que um quadro pintado por algum/a artista (Foto 1). Em outra imagem, um leito, peças de dominó em cima dele, 4 jogadores, um/a fardado/a, sentado/a no leito, rodeado/a de 3 outros/as (só detalhes de seus braços e pernas são vistos), com peças nas mãos, no meio de uma partida (Foto 2). Em outra imagem, num quarto, com 4 leitos e algumas pessoas. Das pessoas, 3 em destaque, sentadas lado a lado, uma de branco numa cadeira, outra de farda azul, numa cadeira de rodas, e outra também de azul, sentada no leito, estão viradas para uma TV, assistindo a um cinema improvisado (Foto 3).

Foto 1 – Janela nas escadarias dos fundos/ 2018 (Clínica médica 4º andar)[1]

[1] Todas as fotos utilizadas nessa dissertação foram cedidas gentilmente por Luciano Bueno, colega psicólogo que tive o privilégio de conhecer e conviver durante a graduação e residência.

Foto 2 – O uso da ludicidade - Enfermarias na Clínica Cirúrgica (5º andar), 2018.

Foto 3 – Cinema nas enfermarias – Clínica Médica (4º andar), 2018.

Claro que as descrições dessas imagens poderiam ser de vários contextos diferentes. Parecem ser descrições de fotos tiradas de dentro de um hospital? Muito provavelmente, não. Pois parecem subverter alguns modos de funcionamento mais restritivos que estamos acostumados a verificar em hospitais. Não quero aqui me deter em questões de arquitetura ou design de interiores, dizendo o que precisa ter ou não dentro de um hospital. Nem mesmo entrar numa discussão de certo/errado, do que deve ou não deve, ou de algum tipo de regra geral, que possa ser aplicada universalmente. O ponto, na verdade, é: o que sentimos quando lembramos de um hospital? Ou quando visitamos um? Ou até mesmo quando recebemos a notícia de que algum/a familiar precisou ser internado? Como, em geral, os hospitais nos impactam e afetam?

Todo o projeto de pesquisa que culminaram nesse texto, surge em diálogo com minha jornada de formação e prática profissional na psicologia e na saúde, meus diversos encontros e participações em espaços privilegiados de discussão e aprendizado. Para situar melhor – e contar – a história da minha pesquisa, falarei um pouco mais sobre minha jornada de formação profissional, apontando os/as atores/atrizes que me ajudaram nesse processo, pois ele é coletivo e não se deu de modo isolado.

Meu caminho se inicia durante minha graduação em Psicologia na Universidade Federal de Alagoas (UFAL), experiência que me ajudou a ampliar compreensões a respeito de termos como saúde, doença, formação, políticas públicas, entre outros. Do segundo ano do curso até a conclusão, pude participar do Programa de Educação Tutorial (PET) da Psicologia da UFAL – programa que se configura como estratégia de formação nas Instituições de Ensino Superior e atua com base no princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão – tendo no curso de Psicologia da UFAL o foco nas políticas públicas. A vivência do PET permitiu-me a participação em minicursos, eventos e espaços de discussão diversos. Para além dessa experiência, o contato com locais de estágios básicos, específicos e extracurriculares, como

unidades de saúde da família e outros, proporcionou-me presenciar o cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS).

Após o término da graduação, tive a oportunidade de me inserir no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Adulta e da Pessoa Idosa da UFAL, em março de 2017. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma estratégia de formação especializada para o SUS – em modalidade de pós-graduação *lato sensu* – com base na educação em serviço, ofertada às profissões reconhecidas como de saúde (BRASIL, 2005; 2007; 2009).

Na residência pude atuar em equipe multiprofissional, pela primeira vez, em alguns serviços de saúde pública da cidade de Maceió, desenvolvendo práticas baseadas no trabalho conjunto, diálogo e interprofissionalidade, centradas nas necessidades dos/as usuários/as e população, conforme a compreensão de que os campos da saúde, formação e práticas devem ser orientados para as necessidades de saúde da população, com o foco na integralidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Boa parte da residência – 1 ano e meio – é realizada em setores do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da UFAL. Apesar de ter feito graduação na mesma instituição do hospital, e ter acompanhado colegas que fizeram estágios e/ou projetos nele, apenas na residência tive contato com esse tipo de instituição, atuando enquanto profissional de saúde. A experiência me gerou diversas sensações, desde o início. Ainda mais quando lembro que eu era apenas um jovem de 23 anos que acabara de sair da faculdade, e nunca tivera uma experiência de trabalho antes.

Entre expectativas, medos e ansiedades, lembro de uma sensação específica que sentia desde minha chegada: estranhamento. Aquele lugar era diferente, estranho. A estrutura era estranha, as cores, as pessoas e seus trajes, o movimento, os sons, os cheiros. Tentava evocar memórias relacionadas a algo semelhante, mas nada se comparava. Talvez uma vez que fiquei 3 dias internado numa clínica infantil, por volta dos 6 anos, para tratar pneumonia. Mas não era igual. E dessa vez, não iria ficar 3 dias, iriam ser 2 anos, 60h semanais, 12h por dia. Faz sentido o programa se chamar de residência, pela quantidade de tempo que passamos em serviço/estudo, e o lugar acaba virando uma espécie de casa.

Dentre as diversas experiências vividas durante o período da residência, uma das mais importantes foi a prática de visitas, em diferentes modalidades e formas (institucionais, domiciliares, uniprofissionais e multiprofissionais). As primeiras visitas que participamos foram as realizadas pela equipe médica. Era um momento que aparentava ser tão importante que praticamente o andar inteiro parava para esperar todo aquele povo passar e a visita acabar.

O povo era constituído de médicos da equipe fixa do hospital, médicos residentes, acadêmicos de medicina e ainda profissionais de outras áreas da saúde, que acompanhavam o cortejo na ânsia de obter informações sobre os casos dos/as pacientes e ou auxiliar de algum modo, uma clara tentativa de iniciar um diálogo interprofissões.

Essas visitas causaram certas inquietações e incômodos nas equipes da residência multiprofissional, desde quando passamos a acompanhá-las – algumas preceptoras recomendavam que participássemos. Entre outras coisas, o que nos incomodava era que a prática não era centrada nas necessidades dos/as usuários/as, configurando-se muito mais como processos de investigação/pesquisa e/ou de ensino-aprendizagem, que reduziam os/as usuários/as como objetos. Além de excluí-los/as do diálogo acerca dos detalhes de seus casos, pois a conversa só ocorria entre os profissionais, que não se dirigiam nem mesmo com uma saudação de bom dia, além de utilizarem vocabulário demasiadamente técnico, não havendo "permissão" e oportunidade para que as pessoas se expressassem ou perguntassem algo. Lembro de escutarmos diversas vezes de usuários/as e suas famílias que não se sentiam bem durante essas visitas, pois, de acordo com o que era dito, elas produziam neles/as afetações como angústia, medo, raiva, além de confusão e dúvidas.

Após essas experiências, ainda no início da residência, decidimos enquanto turma de residentes multiprofissionais, iniciar a prática regular de visitas multiprofissionais que visavam alguns deslocamentos e modificações no modo de se fazer visitas. Entre as modificações estavam tornar a visita multiprofissional uma prática com características da ligação orgânica entre saúde e educação, e a articulação entre ensino, trabalho e cidadania, a partir dos princípios da Educação Permanente em Saúde – que vai para além de ser apenas uma prática de ensino-aprendizagem, se constituindo como política de educação na saúde, tendo a residência multiprofissional como uma de suas estratégias de implementação (CECCIM; FERLA, 2008). Um tipo de visita que tem como referência as necessidades dos/as usuários/as – que são dinâmicas e singulares – e se baseia em processos de diálogos horizontais, visando a promoção do cuidado em saúde.

A partir desse processo, elaborei meu Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) (CRUZ, 2019), que objetivou problematizar, ampliar e ressignificar o conceito de visita, a partir de princípios como integralidade, humanização, cuidado. Desse TCR surgiu uma produção textual publicada em formato de artigo: "Visita Multiprofissional de Saúde – um breve ensaio" (CRUZ; BERNARDES, 2019), no qual, relato e discuto, entre outras coisas, algumas das experiências vividas acompanhando as visitas médicas e realizando as visitas multiprofissionais.

Elaboro essa dissertação dando continuidade e aprofundamento às discussões iniciadas durante a residência, porém com mudanças de foco e objetivo. Dessa vez, articulo a pesquisa acerca das visitas multiprofissionais com conceitos da obra do filósofo russo, Mikhail Bakhtin. Partindo da compreensão da ciência enquanto prática humana, situada social e historicamente (SPINK, 2013) e assumindo o Construcionismo Social e as Práticas Discursivas e Produção de Sentidos como fundamentação teórico-metodológica (GERGEN, 1985; ÍÑIGUEZ, 2008; SPINK, 2013).

Nesse sentido, o Construcionismo Social se caracteriza como um movimento, uma postura crítica diante do que é considerado óbvio ou natural, num contínuo estranhamento do cotidiano, priorizando a linguagem enquanto objeto de estudo (GERGEN, 1985; ÍÑIGUEZ, 2008). Tal compreensão me ajuda a estranhar processos naturalizados, compreendendo-os como historicamente construídos, como o de visitas de saúde, que esteve por anos associado, apenas, ao fazer médico (CORONA-MARTINEZ; FONSECA-HERNÁNDEZ, 2013).

Esse estranhamento que faz parte da forma construcionista de ler o mundo, de certa forma, esteve presente nos meus primeiros contatos com o hospital e algumas práticas instituídas há anos. Dessa vez, enquanto pesquisador, estendo-o novamente ao hospital, para além de estabelecimento de saúde e de tratamento, compreendendo-o enquanto instituição de poder, hierarquizada, que domina corpos, que dita regras, que estabelece padrões, e que apresenta discursos vinculados à racionalidade biomédica. Tal racionalidade apoia-se numa tradição de fragmentação dos saberes e um repartimento constante do corpo, e que ainda é hegemônica nos modos atuais de se fazer saúde (SPINK, P., 2003; TESSER; LUZ, 2008).

Dessa forma, meu interesse foi produzir deslocamentos com base na discussão a partir dos conceitos vinculados à dialogia de Bakhtin, por meio do investimento em práticas de saúde comprometidas com a produção de pessoas autônomas e protagonistas, copartícipes e corresponsáveis por suas vidas. Esses deslocamentos buscam uma aproximação a um modo específico de pensar-fazer saúde, que parte de um estar com o outro: usuário/a, trabalhador/a, gestor/a. Num processo de relação peculiar ao conceito de visita, no qual há um convite ao diálogo, construção conjunta e produção de saúde (CRUZ; BERNARDES, 2019).

O texto da dissertação foi organizado em três capítulos. O primeiro, intitulado “Trilhando Caminhos entre Visitantes, Hóspedes e Residências”, é dividido em três partes: 1.1 Visitas, no qual discutimos acerca do conceito de visita, seus diversos significados, sentidos, origens etimológicas, usos e implicações, entre outras coisas; 1.2 Hóspedes e Hospitalidade, no qual, a partir da etimologia e da literatura em geral, dialogamos sobre os conceitos e significações de palavras como hóspedes e hospitalidade, a fim de nos ajudar a pensar acerca

de nossos modos de hospitalidade, recepção e acolhida enquanto profissionais de saúde; 1.3 O que são as Residências, discutimos sobre o processo não linear de construção – invenção – das Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde.

No capítulo 2, "Fundamentos Teóricos e Metodológicos", apresentamos as Práticas Discursivas e Produção de Sentidos e o Construcionismo Social enquanto base teórica que fundamenta as discussões e análises dessa dissertação. A partir das discussões do campo enquanto tema – campo-tema – que compreende o campo como um complexo de redes de sentidos interconectadas, que não se restringe a lugar. Convidamos Bakhtin para compor o diálogo, tomando alguns conceitos do autor para nos ajudar a entender as discussões e materiais da pesquisa. Explicitamos o uso da Rodas de Conversas enquanto ferramenta metodológica, que parte de uma produção de conhecimento que rompe com lógicas hegemônicas de se fazer ciência. E, posteriormente, relatamos como foi realizada a análise, o mapeamento das discussões e a elaboração dos conjuntos de sentidos que as compõem.

No capítulo 3, "Resultados e Discussões", apresentamos as discussões realizadas a partir dos materiais e conversas que acessamos. Discutimos acerca de duas temáticas divididas em dois conjuntos de sentidos cada: 1) Visita Multiprofissional: Vínculos; Diálogos e Relações; e 2) Processo de Trabalho/Formação: Rotinas e Trabalho Multi *versus* Trabalho Uni; Formação.

Por fim, dedicamos a última parte a algumas considerações a respeito do que foi construído. Esperamos, assim, que esse texto sirva como impulsionador das discussões aqui realizadas e que reverbere de algum modo na produção dos cuidados em saúde no Brasil.

2. TRILHANDO CAMINHOS ENTRE VISITANTES, HÓSPEDES E RESIDÊNCIAS

2.1. Visitas

A palavra visita tem diferentes significados a partir de diferentes contextos, podendo se referir desde a uma manifestação de cortesia, o comparecimento de um profissional de saúde para um exame, uma vistoria técnica para reparo de algum aparelho, até a chegada de alguém – um/a visitante – a uma casa/moradia/residência, ou à recepção de um/uma hóspede. Falando a partir da etimologia, o termo visita vem do latim, "visitare", que significa "ir olhar, inspecionar", sendo derivado de "vedere": "ver, observar, reparar em" (DICIO, 2019; INFOPÉDIA, 2020; MEUS DICIONÁRIOS, 2020; MICHAELIS, 2020; WIKCIONÁRIO, 2020).

Em geral, o ato de visitar consiste em se deslocar para encontrar uma pessoa, por obrigação ou afeição; ir ao encontro de alguém, rever alguém em algum lugar. Existem ainda diversas expressões, formais e coloquiais, na língua portuguesa, que se utilizam da palavra visita, por exemplo: "estou de visita": de passagem; "visita da cegonha": nascimento de um/a filho/a; "visita da saúde": ilusão momentânea de melhora da saúde de uma pessoa doente em fase terminal, que geralmente precede sua morte; "pagar uma visita": retribuir uma visita; entre outras (DICIO, 2019; INFOPÉDIA, 2020; MEUS DICIONÁRIOS, 2020; MICHAELIS, 2020; WIKCIONÁRIO, 2020).

É o termo visita que é tomado por profissionais que atuam em instituições de saúde para se referirem ao ato de ir até um/a paciente/usuário/a – que em geral está num leito, internado/a em alguma instituição para recuperação de sua saúde, ou em sua própria casa – para prestar algum tipo de cuidado (ROCHA *et al*., 2017). Nesse contexto, visitas se caracterizam como uma atividade instituída historicamente, em diferentes épocas e instituições/serviços de saúde, quase que exclusiva da profissão médica por um bom tempo. E, por vezes, associada a um processo de ensino-aprendizagem (CEBALLOS BARRERA, 2014; CORONA MARTINEZ; FONSECA HERNANDEZ, 2013).

Em buscas na literatura científica, é possível verificar que são poucos os trabalhos que tratam de algum modo do processo de visita enquanto uma prática em saúde, ainda mais que se proponham a discuti-la e conceituá-la (ROCHA *et al.*, 2017). Dentre as produções encontradas, parte é composta de relatos de experiências – frequentemente elaborados por residentes que atuam em hospitais e na atenção primária – e outra parte, de trabalhos acadêmicos publicados

em anais de congressos nacionais e internacionais, além de poucas publicações em formato de artigo de notícias e revisões de literatura.

De acordo com as produções, os tipos de visitas variam conforme o contexto, objetivo, proposta, formação dos/as profissionais que a compõem, pessoas presentes no momento, entre outros aspectos. A seguinte distinção entre os tipos de visita é notada: visitas domiciliares ou hospitalares/institucionais; e visitas uniprofissionais ou multiprofissionais. Outros tipos também identificados são: visita assistencial, que pode ter algum foco no ensino e ser multiprofissional, de acordo com as necessidades de cuidado dos usuários/as; e visita docente-assistencial, uma forma peculiar de educação no trabalho, objetivando ensino e cuidado ao mesmo tempo (LIZARRAGA; SÁNCHEZ ARRUIZ, 2002; KIM, 2010; ROCA GODERICH; RIZO RODRIGUEZ; DE DIOS LORENTE, 2011; CORONA MARTINEZ; FONSECA HERNANDEZ, 2013; CEBALLOS BARRERA, 2014; JIMÉNEZ GARCÍA, 2015; CAMARGOS, 2016; SOUZA; NETA, 2017; RAYMUNDO, 2018; SANTOS, 2018; CRUZ; BERNARDES, 2019; COSTA, 2020).

Corona Martinez e Fonseca Hernandez (2013), autor e autora cubano/a, em artigo acerca dos fundamentos teóricos para uma visita docente-assistencial médica, afirmam como o processo de visita, sem dúvida, se constitui como uma das mais antigas atividades de ensino-aprendizagem da medicina. Ele e ela elencam alguns elementos para a conceituação do passe de visita docente-assistencial: forma particular de atividade humana; realiza-se fundamentalmente no meio hospitalar; relação entre pelo menos dois sujeitos (profissional e usuário/a); ocorre em função da execução do processo de atenção médica; é essencialmente assistencial e intencionalmente formativo (CORONA MARTINEZ; FONSECA HERNANDEZ, 2013, p. 432).

Em outras palavras, Corona e Fonseca (2013) afirmam que a visita docente-assistencial se constitui de um contato, com um interesse assistencial, primeiro, entre profissional (médico/a) e usuário/a, no qual se pode e deve inserir profissionais de diferentes níveis de formação, para aprendizagem do processo de atenção e assistência. Tais discussões permitem a organização de um modelo de visita que se sustenta teoricamente em três ideias fundamentais: a condição de atividade humana; a essencialidade assistencial; e a intencionalidade formativa (CORONA MARTINEZ; FONSECA HERNANDEZ, 2013, p. 433).

Outras características importantes para visitas são: elas não podem ser concebidas em sua execução como uma atividade esquemática e rígida, pelo contrário, deve-se considerar as múltiplas situações e circunstâncias que podem ocorrer no cotidiana da prática; o desenvolvimento de algumas habilidades e competências são necessárias para sua plena

realização, como as habilidades de comunicação geral (CORONA MARTINEZ; FONSECA HERNANDEZ, 2013, p. 439).

Em outro trabalho publicado em revista de saúde pública cubana, acerca da ética no processo de visita médica docente-assistencial, Brito (2006) trata sobre princípios éticos e morais fundamentais à visita diária a pacientes hospitalizados. O autor aponta que um erro ético frequente é, durante a visita, os/as profissionais dissertarem teoricamente ao lado do leito de algum/a paciente, sobre temas não necessariamente relacionados com ele/a, sem se preocuparem com a possibilidade de iatrogenia, tanto a pacientes quanto a familiares, devido ao excesso de informação. Isso era prática comumente encontrada em minha experiência acompanhando visitas médicas na residência. Os/as profissionais conversavam quase sempre entre si ao lado dos/as pacientes, sem se importar com os/as mesmos/as.

Roca Goderich, Rizo Rodriguez e De Dios Lorente (2011), em revisão sobre a visita médica docente-assistencial como modalidade de educação no trabalho, no processo de ensino-aprendizagem da educação médica de nível superior em Cuba, concluíram que esse tipo de visita constitui a principal atividade docente de formação de graduação e pós-graduação, tendo em vista seu amplo espectro de possibilidades de comunicação, aquisição e consolidação de competências, fortalecimento de valores, desempenho e competências, bem como variedades de interações interpessoais e aplicação de princípios didáticos à medicina.

Além disso, os autores também frisam aspectos éticos, como o cuidado com a linguagem utilizada pelos profissionais; o respeito a privacidade; aos aspectos subjetivos na na relação médico/paciente; e a consideração da decisão do/a paciente acerca dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a serem realizados nele/a. Assim como, desaconselham a realização da discussão diagnóstica durante o momento da visita, pois são atividades com propósitos diferentes (ROCA GODERICH; RIZO RODRIGUEZ; DE DIOS LORENTE, 2011, p. 1813).

Rocha *et al.* (2017), em artigo de revisão de literatura acerca da visita domiciliar no contexto da saúde, afirmam que essa é uma técnica que tem sido utilizada por profissionais diversos, e que consiste no atendimento e/ou acompanhamento de usuários/as em seus locais de residência. No Brasil, a visita domiciliar desponta como uma atividade realizada no SUS, por profissionais de equipes de atenção primária, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, de modo mais recente, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). No entanto, como Neves *et al*. (2012) afirmam, tal prática nem sempre é reconhecida como legítima pelos profissionais que a realizam, sendo considerada inclusive como improvisada, em alguns momentos.

Dessa forma, a visita domiciliar pode ser pensada como espaço para construção de novas lógicas na produção do processo de saúde/cuidado, visto que, com ela, os/as profissionais passam a conhecer os problemas de saúde das pessoas nos contextos nos quais estão inseridas. Tal forma de aproximação dos/as profissionais da saúde propicia uma compreensão mais ampla sobre os processos de saúde/doença/cuidado das populações (ROCHA *et al*., 2017).

Visita domiciliar configura-se, também, como ferramenta de trabalho potente para profissionais de saúde, ao passo que se opta por realizar práticas a partir de uma compreensão mais abrangente de saúde, que leva em consideração os fatores determinantes e condicionantes, como condições geográficas, acesso a água, alimentação, habitação, saneamento, ocupação/trabalho, renda, educação, faixa etária, sexo, acessos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em geral (ROCHA *et al*., 2017).

A área que concentra mais publicações acerca das visitas domiciliares é a Estratégia de Saúde da Família, na atenção primária. Dessas publicações, os/as profissionais que mais escreveram artigos de suas práticas de visita domiciliar foram os/as de enfermagem, medicina e das equipes da ESF. A segunda área que mais concentra publicações é a de saúde mental, informação importante, tendo em vista a necessidade de se construir possibilidades diversas de cuidado para as pessoas com sofrimento psíquico, suas famílias, comunidades e serviços de saúde. A visita domiciliar parece ser uma ferramenta que possibilita mais integração entre esses diferentes atores/atrizes na saúde mental (ROCHA *et al*., 2017).

Rocha *et al.* (2017) concluem dem seu estudo que a visita domiciliar pode ser usada como ferramenta de trabalho que possibilita espaços de trocas entre profissionais de saúde e usuários/as, na construção de novas possibilidades de cuidado em saúde, mais integrais e interdisciplinares. Apesar disso, afirmam que mesmo se configurando como uma ferramenta potente para a compreensão contextualizada das vidas das pessoas e dos processos de saúde e doença, assim como para o delineamento de intervenções de prevenção e promoção de saúde, a prática da visita domiciliar suscita algumas questões teóricas, metodológicas e éticas. Tais questões são também fundamentais para a discussão das práticas de visitas em geral, não só domiciliares, mas sobretudo as institucionais.

Entre outras questões, Rocha *et al.* (2017) destacam: como sustentamos teórica e metodologicamente a adoção da visita domiciliar como técnica e estratégia de intervenção em saúde? Assim como, do ponto de vista ético, a quais grupos direcionamos de forma prioritária as práticas de visita? Quais critérios utilizamos para eleger determinadas pessoas para serem beneficiadas ou não? Nessa escolha, que subjetividades e formas de relação legitimamos ou reforçamos? Disso, conclui-se que a escolha da prática de visita domiciliar por profissionais de

qualquer área deve ser regida por um questionamento constante, com o intuito de não reafirmar relações de poder de determinados grupos sociais na atenção a saúde.

Outros/as autores/as abordam visita domiciliar enquanto ação de saúde com potencial para o cuidado de casos complexos, e para geração de maior vínculo entre profissionais e usuários/as dos serviços de saúde, pois propicia aproximação com o cotidiano da vida das pessoas. Além de ser, em geral, de ampla aceitação entre aqueles/as que recebem os cuidados. Esse tipo de visita, muitas vezes está relacionado a Atenção Básica em Saúde do SUS, enquanto ação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que viabiliza o processo de promoção, proteção e recuperação da saúde (LIZARRAGA; SÁNCHEZ ARRUIZ, 2002; CAMARGOS, 2016; RAYMUNDO, 2018).

Kim (2010) aponta a visita multiprofissional como fomentadora da comunicação entre profissionais cuidadores/as e entre profissionais e usuários/as, auxiliando na complexificação do cuidado e na melhoria das práticas de saúde. O autor afirma que essa modalidade está associada, em alguns estudos, como responsável por reduzir agravos e eventos adversos de saúde, estando totalmente ligada à implementação da política de educação permanente em saúde, por seu contínuo movimento de reflexão crítica acerca da atividade.

Jiménez García (2015), num trabalho acerca de visitas hospitalares, a partir do foco da avaliação nutricional em equipes multiprofissionais que prestam cuidado a pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), na Espanha, aponta a visita como parte integrante do processo de cuidado/assistência. A autora afirma como as famílias dos/as pacientes avaliam positivamente o momento de visita, principalmente pela oportunidade de sanar dúvidas e dialogar.

Numa revisão de literatura na tentativa de identificar tipos de visitas multidisciplinares, Bhamidipati *et al.* (2016), afirmaram não haver na literatura uma definição clara e específica para a visita multiprofissional. De acordo com os/as autores/as, existem diferentes modelos de visitas, variando inclusive na composição da equipe. Porém, de modo básico, dois são os modelos comumente citados, uma visita à beira do leito do/a paciente – modelo preferido, por permitir o envolvimento da família e do/a próprio/a paciente no entendimento e discussão do seu quadro –, e outra caracterizada por uma reunião da equipe longe do/a paciente.

Acerca da visão dos/as pacientes sobre a prática de visitas e seus resultados, Beaird *et al.* (2017), afirmaram que o trabalho de visitas em equipe multiprofissional à beira do leito é reconhecido pelos/as pacientes como eficaz na promoção e cuidados de saúde deles/as, trazendo, inclusive, mais satisfação. Nesse mesmo sentido, Cao *et al.* (2018), também apontam a capacidade de eficiência e interesse da equipe na prática desse modelo de visitas.

Já Der (2009), explicita o modo como é realizada a visita multidisciplinar na UTI onde é diretora. Como afirma, primeiro o caso do/a paciente é apresentado e discutido antes da entrada no quarto. Após isso, a equipe de profissionais, formada por médico/a, enfermeiro/a, fisioterapeuta e nutricionista, adentram no quarto e continuam a discussão à beira do leito, envolvendo a família e o/a paciente na discussão e planos.

Em uma UTI de um hospital público no Brasil, Carrias *et al*. (2018), realizam estudos e propõem uma visita multiprofissional humanizada, que consiste numa equipe com médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a e fisioterapeuta, que antes de ocorrer a visita, faz o acolhimento, avaliação e preparo psicológico dos familiares, assim como a prestação de orientações. Após esse momento, o diálogo entre equipe e família decorre até a beira do leito do/a paciente, de onde é continuada a visita.

Oliveira (2014), num estudo que visava construir uma proposta de intervenção para uma assistência à saúde de pessoas com doenças crônicas, a partir de princípios do documento de Cuidados Paliativos da Organização Mundial de Saúde e Controle da Dor, apontou a visita hospitalar multiprofissional como uma prática emergente nas discussões de práticas nos cuidados paliativos.

Em um relato de experiência de residentes multiprofissionais sobre a atuação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apontou-se como importante o processo de discussão que era fruto da visita diária, fomentador de maior integração entre a equipe no cuidado aos/às pacientes (SANTOS, 2018). Em outro relato de experiência, vimos o impacto da realização de visitas multiprofissionais na redução da permanência de pacientes idosos/as num hospital universitário (SOUZA, 2017).

Duarte, Freire e Silva (2015), numa produção com foco num processo de organização de uma visita multiprofissional para acompanhamento integral de idosos num hospital universitário, afirmam perceber a necessidade de realizarem uma estruturação da visita por meio de um instrumento "norteador". Tal instrumento sendo composto por duas partes: uma destinada à identificação e detalhamento do estado de saúde dos/as pacientes e outra ao registro de informações coletadas no momento da visita. Os/as autores/as apontam as visitas como ferramentas importantes para a efetivação da integralidade na atenção, para a monitoração dos estados de saúde de pacientes e identificação de demandas.

Em sua dissertação acerca da implantação de uma visita multiprofissional em uma unidade neonatal de um hospital universitário, Costa (2020), ao realizar a pesquisa com profissionais que atuam no setor, afirma que, apesar de reconhecerem a importância do trabalho em equipe multiprofissional, ainda há fragilidades no envolvimento de toda a equipe no

processo. As práticas individuais não são organizadas para um cuidado coletivo e integrador, a maioria das ações são realizadas de modo isolado e sem compartilhamento ou discussão, demonstrando os anos de trabalho fragmentado.

De acordo com Costa (2020), foi possível perceber que até mesmo o espaço físico não contribuía para que as atividades fossem realizadas de modo multiprofissional, não havia lugar para a atuação em equipe. De semelhante modo, alguns/mas profissionais esboçaram extrema preocupação com os horários de realização da visita, cobrando um tempo mais curto e uma atuação mais objetiva, para "não prejudicar o andamento do serviço". Posicionamentos que deixam claro o quanto que a visita ainda não faz parte do andamento do serviço, nas concepções de alguns/mas. Para além desses pontos, a autora compartilha também os benefícios observados com a prática das visitas, como a possibilidade de compartilhamento de saberes, oferecimento de uma assistência mais humanizada e qualificada, entre outras coisas.

Acerca também do tempo de realização da reunião multiprofissional à beira do leito, Hendricks *et al.* (2017), afirmam que, a relação deste com as demandas do setor podem facilitar ou ser barreira para a implantação da prática. Como afirmam os/as autores/as, mediante a quantidade maior de demandas no serviço, se as visitas forem realizadas em um tempo maior, que comprometa as atividades de rotina já instituídas do serviço, tem-se a probabilidade de estarem destinadas ao fracasso, devido ao provável desinteresse da equipe.

Nesse mesmo artigo, os/as autores/as relatam as barreiras e facilitadores do processo de implantação da visita multiprofissional num serviço. Apontam como barreiras ou facilitadores o ceticismo ou a valorização da prática de visita, a baixa ou elevada rotatividade na participação dos membros da equipe, a aceitação ou não de inovações, assim como o tempo gasto, o contexto e a estrutura organizacional, pois, de acordo com eles, a visita precisa estar alinhada com a "missão" do hospital. A não estruturação da visita, o não seguimento de um roteiro "definido" também é considerada uma barreira, pois acaba incorrendo no tempo de execução (HENDRICKS *et al*., 2017).

Cruz e Bernardes (2019) apontam para uma visita multiprofissional que surge a partir de inquietações em relação a outros modelos de visitas realizados num hospital universitário. Tais inquietações estavam relacionadas à determinadas características desses outros modelos, por não serem, muitas vezes, centrados nas necessidades e demandas dos/as usuários/as, por aparentemente terem um foco na utilização desses/dessas como objetos de estudo/investigação, orientadas quase exclusivamente para o processo de ensino-aprendizagem de estudantes e profissionais e pela utilização de vocabulário tecnicista, que impedia o diálogo entre profissionais e usuários/as. Os autores afirmam que, em certos momentos, tais visitas, a partir

de relatos de usuários/as e familiares, produziam angústia, medo, raiva, desorientação, entre outras afetações.

A partir disso, propõem um modelo de visita que supere a fragmentação na assistência a saúde e a ruptura entre assistência/cuidado e ensino, que recuse o reducionismo e objetivação das pessoas, que seja centrado nas necessidades e demandas dessas, baseado na dialogia, produção de vínculos e autonomia. Aproximando-se de um modo de fazer saúde que implique um estar com o/a outro/a (CRUZ; BERNARDES, 2019).

Para além dos contextos de visitas já apontados até agora, é necessário também discutir acerca das modificações que a pandemia do coronavírus – no Brasil iniciada em 2020, e que ainda causa impacto após mais de 2 anos – trouxe para as práticas de visitas em saúde. Outrora funcionando de modo tipicamente presencial, tiveram que ser repensadas e adaptadas a partir da utilização de novas tecnologias com base no uso da internet.

Caetano *et al.* (2020), numa abrangente revisão de literatura acerca dos espaços e iniciativas voltados à telessaúde para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, no Brasil e no mundo, afirmam que tal modalidade de atuar em saúde oferece viabilidade para a realização de cuidado e tratamento remotos, assim como para triagem, monitoramento, vigilância, detecção, prevenção e consequente mitigação dos impactos causados na saúde pela pandemia.

De acordo com os autores, o aparecimento da covid-19 marcou um profícuo momento de expansão dos usos da "telessaúde" no mundo, inclusive, sendo marcado, no Brasil, pela criação de marcos regulatórios e a proliferação de normativas e diferentes posicionamentos por parte das categorias profissionais. Devido as características de flexibilidade e amplitude de escopo das tecnologias digitais, que foram ajustadas às necessidades em saúde de diferentes contextos, pode-se proporcionar soluções, a nível de inovação, na prestação de serviços de saúde no contexto da pandemia (CAETANO *et al.*, 2020).

Alguns estudos têm demonstrado como o uso da telessaúde pode trazer benefícios, como a redução de custos de deslocamento e melhoria na qualidade do cuidado. Esse modo de fazer saúde pode ser considerado como recurso fundamental, devido a capacidade de diminuir a circulação de pessoas em locais de saúde, reduzir risco de contaminações e propagação da doença, assim como penetrar em lugares de difícil acesso e liberar leitos em favor de pessoas infectadas (CAETANO *et al.*, 2020).

Os autores ainda afirmam que, por mais que exista, muito há de ser feito no país para que a telessaúde consiga efetivamente ocupar tais espaços. É possível crer que, após tal crise sanitária, a modalidade adquira nova configuração. Com provável aumento na aceitação pública e governamental, inclusive como alternativa a visitas presenciais de pessoas com outras

necessidades de cuidados em saúde, preservando a oferta de serviços em casos com configurações específicas, como doenças crônicas, o que fortalecerá o sistema único que temos (CAETANO *et al.,* 2020). De todo modo, tais questões passaram a fazer parte do nosso cotidiano atual e, por isso, devem ser levadas em conta.

Buscas recentes em periódicos possibilitaram identificar uma quantidade considerável de trabalhos, principalmente relatos de experiências, que tratam dos resultados e desafios na utilização das novas tecnologias na realização do que passou a se chamar de visitas virtuais (MEDEIROS, L.; FERREIRA, H.; JUNIOR, G., 2020). Na maioria das produções, é apontado como tais estratégias auxiliam na minimização dos impactos causados pelo processo de hospitalização, tanto durante quanto devido à Covid-19.

São pontos destacados pelos/as autores/as como benefícios das visitas virtuais: a diminuição do distanciamento, a manutenção do vínculo de afeto entre paciente e família, a possibilidade do recebimento de informações honestas e inteligíveis – uma das principais preocupações dos familiares de pacientes, principalmente em unidades de terapia intensiva; assim como a aproximação e envolvimento de toda a equipe multidisciplinar, na formação de uma rede de apoio que auxilia na elaboração do processo de adoecimento e/ou luto, (MEDEIROS, L.; FERREIRA, H.; JUNIOR, G., 2020).

2.2. Diálogo entre Hóspedes, Hospitalidade e o Hospital

Quando nos debruçamos sobre a etimologia de algumas dessas palavras, lemos que o/a visitante também se torna um/a hóspede, a pessoa hospedada, aquela que recebe hospitalidade, que é acolhida, recebida na casa de alguém. Hóspede é proveniente do latim “hospes”, que se refere à pessoa que se aloja de modo temporário na casa/residência de alguém; um/a visitante, estranho/a. Hospitalidade também provém do latim *hospitalitate*, que se remete ao ato de hospedar, hospedagem, ou à qualidade de hospitaleiro/a, espécie de acolhimento afetuoso (LANG, 2004).

Também derivado de hospes e da raiz “*hospit*”, temos hospital (do latim hospitalis), se referindo, inicialmente, ao lugar onde se hospedam pessoas. Assim como o termo hospício (latim *hospitiu*), referindo-se à casa na qual se hospedam e tratam pessoas pobres ou doentes (tal como o asilo de loucos), de modo gratuito (GRASSI, 2011; LANG, 2004; BENVENISTE, 1995).

Ao oferecer sua hospitalidade, sua moradia/residência, ao/a estranho/a ou estrangeiro/a, o/a hospedeiro/a transforma esse/a estranho/a que visita, num convidado/a, aquele/a a quem serve, que partilha e passa a viver em comunhão. Nesse sentido, temos *hostis* e o verbo *hostire*, que se referem a "igualar", igualdade por meio da compensação. A hospitalidade se remete a esse gesto de compensação e igualização num mundo em que o/a estrangeiro/a não tem lugar (GRASSI, 2011; LANG, 2004; BENVENISTE, 1995).

A partir dessa discussão etimológica, não existiria hospitalidade sem a relação entre aquele que recebe – hospedeiro/a – e aquele que é recebido/a – o/a hóspede. Sendo necessário, de algum modo, um ritual de acolhimento por parte de quem hospeda diante da entrada do/a hóspede num determinado espaço, não necessariamente geográfico (GRASSI, 2011; BENVENISTE, 1995).

Em seu romance, Abril Despedaçado, o escritor albanês, Ismail Kadaré, trata de um povo que vive nas montanhas ao norte da Albânia, num lugar ignorado pelo mundo. Tal povo segue um código de regras milenar, o *Kanun*, passado de gerações, que dita como deve ser a vida e a morte – a decisão de quem mata e quem morre – e todos os costumes de quem ali habita. Todas as regras são levadas em máxima obediência para garantir a honra e o nome das famílias. Um conjunto delas se destaca entre as outras, a lei acerca do/a hóspede.

De acordo com *Kanun*, a partir do momento que alguém – qualquer pessoa – bate à porta de uma casa e é recebido, torna-se o/a hóspede/amigo/a. E qualquer coisa que ocorrer a ele/a enquanto estiver hospedado/a, é de responsabilidade total do/a hospedeiro/a. Até mesmo se a pessoa for morta durante a hospedagem, a vingança (*vendetta*), fica sob a família que ofereceu a hospitalidade.

Como lemos ao longo da obra, a pior violação do *Kanun* é a traição ao hóspede, pois a morte do pai, do/a irmão/ã e dos/as filhos/as podem ser perdoadas, mas a do/a hóspede nunca. O/A hóspede/amigo/a é sagrado/a, considerado uma espécie de semideus, que adquire seus poderes de forma súbita e casual, apenas ao bater numa porta, como de acordo com o seguinte trecho:

> (...) bate à porta e se entrega como amigo, metamorfoseia-se num ser extraordinário, soberano, inviolável; aquele que faz a lei, a luz do mundo. Mas esse inesperado da transformação está inteiramente de acordo com a vida dos deuses. Não era assim que as velhas divindades gregas se apresentavam, de modo inexplicável, como criaturas das brumas? Pois é da mesma forma que o hóspede aparece à porta do albanês. Como qualquer divindade, ele vem cheio de enigmas, recém-chegado do reino da boa sorte, ou da fatalidade, como você preferir. Suas batidas à porta têm um condão capaz de fazer gerações inteiras viverem ou deixarem este mundo. Eis quem é o amigo (KADARÉ, 2001, p. 48-49).

Outra obra que aborda o tema da hospitalidade é a Bíblia, que nas suas duas principais partes, o antigo e novo testamento, apresenta trechos que citam a necessidade e importância do oferecimento de hospitalidade/hospedagem a pessoas/estrangeiros/as, constituindo-se inclusive como parte das leis/mandamentos.

No antigo testamento, lemos acerca da figura do/a estrangeiro/a em diversas passagens, inclusive em mandamentos específicos, como em Êxodo 22,21: "o estrangeiro não afligirás, nem o oprimirás; pois estrangeiros fostes na terra do Egito" (BÍBLIA, 1993). Colocando-o como pessoa a ser acolhida, respeitada e tratada com consideração. Como aponta Camargo e Bueno (2011), tal gesto de acolhimento ao/a outro/a é retratado como uma espécie de expressão de amor a um Deus que os libertou da escravidão do Egito (CAMARGO; BUENO, 2011, p. 66).

No novo testamento, vemos um enfoque na hospitalidade não só para aquele/a que vem de fora, mas também aos menos favorecidos/as e que necessitam de ajuda, como no livro de Hebreus 13,2, que diz: "não negligencieis a hospitalidade, pois alguns, praticando-a, sem o saber acolheram anjos" (BÍBLIA, 1993). O próprio Jesus aclama a hospitalidade, não só em seus discursos, mas em comportamentos marcados nos relatos bíblicos, como se fossem exemplos aos/as seguidores/as (CAMARGO; BUENO, 2011).

Pensar acerca da hospitalidade a partir de tais regras e pressupostos parece ser algo estranho e até extremo. A hospitalidade nesse contexto é elevada a níveis altíssimos e não imaginados por certas culturas e contextos. Claro que tais regras de oferecê-la não são tão adaptáveis aos nossos dias e contextos. Tal discussão, na verdade, serve para pensarmos um pouco sobre nossos modos de hospitalidade, recepção e acolhida nos diversos contextos de nossas vidas, inclusive na atuação enquanto profissionais de saúde. Como recebemos e acolhemos amigos/as e familiares em nossas residências? Como recebemos e acolhemos pessoas, usuários/as e pacientes em nossos locais de trabalho?

Outras discussões também são importantes: quem é o/a hóspede/estrangeiro/a do hospital? E quem é o hospedeiro, aquele que hospeda? Talvez a resposta que surja seja: o/a hóspede é o/a paciente e quem hospeda é o/a médico/a. Numa análise mais minuciosa, percebemos que, na verdade, todos/as – usuários/as, residentes, médicos e outros/as profissionais – são/viram hóspedes, "residentes" e anfitriões do hospital, em diferentes momentos e contextos.

O/a usuário/a, que chega como visitante/estrangeiro ao hospital – lugar de hóspedes –, é recebido pelos/as profissionais (médicos/as, residentes, etc.) deixa de ser temporariamente e passa a ocupar o lugar de acolhido, cuidado, passa a ser familiar ao local. A enfermaria e o leito,

passam a ser deles/as, pelo menos por certo tempo. Em relação ao familiar que vai visitar – estrangeiro/a – o/a usuário/a paciente está em seu leito, seu lugar (por mais que seja temporário).

O que temos são diversos jogos de ocupação de lugares e posicionamentos em diferentes situações que são vivenciadas dentro do hospital, num processo contínuo de estranhamento-familiarização. Para o/a usuário/a, o/a residente multiprofissional pode ser como um/a anfitrião/ã, em algum momento. Mas para a equipe de profissionais fixa do hospital, o residente é recém-chegado ou está de passagem. Tais discussões nos ajudam a complexificar as compreensões acerca dos processos de cuidado em saúde, profissional-usuário/a, que ocorrem no cotidiano das práticas da residência. Para continuar nesse movimento, estaremos discutindo um pouco no próximo tópico acerca das residências, seus tipos, características e o hospital como residência.

2.3. E o que na verdade são as Residências em Saúde?

As residências são uma modalidade de formação de pós-graduação *lato sensu*, em formato de especialização, com base na educação em serviço (BRASIL, 1977; 2005; 2007; 2011). Pode-se dividir as residências hoje no Brasil em 3 principais categorias: médicas, multiprofissionais e em área profissional da saúde (uniprofissionais), que se subdividem em diversas ramificações.

Tal modalidade de ensino em serviço se consolidou, historicamente, como especialização para médicos, sendo veículo para o modo hoje hegemônico de atuação por especialidades, enquanto prática liberal individual, curativa e privada, características históricas da medicina (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, p. 213).

A utilização do termo residência nesse contexto se dá ao fato de, no início, os médicos residirem nas instituições em que atuavam, em geral hospitais, ficando disponíveis de modo integral para o treinamento profissional (DALLEGRAVE, 2008).

Como afirma Dallegrave (2008), existem diferentes narrativas acerca do processo de "invenção" da Residência, vindas de diferentes lugares e proferidas por diferentes atores/atrizes, uma delas é a partir do discurso oficial, que se dá por meio dos documentos legais elaborados pelas instâncias de poder do Estado. A autora faz um apanhado dos movimentos ocorridos no Brasil, do ponto de vista legal, que culminaram no surgimento das Residências.

De acordo com o histórico das residências no Brasil, as residências médicas, surgem em meados da década de 1940, no período do pós-guerra (FEUERWEKER, 2002), com um modelo

focado na clínica tradicional, a partir da lógica biomédica e intra-hospitalar, operando com o treinamento de procedimentos específicos.

Foram regulamentadas apenas a partir do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (documento que também cria também a Comissão Nacional de Residência Médica) (DALLEGRAVE, 2008). Constituem modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, por meio de regime de dedicação exclusiva, que pode funcionar em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de medicina de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1977).

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Residências Médicas (CNRM) nº1, de 14 de maio de 2002, que dispõe sobre os critérios básicos para credenciamento dos programas – se dividem entre programas de acesso direto e com pré-requisitos (os programas com pré-requisitos são aqueles que os/as profissionais podem ingressar apenas após terem cursado residências de áreas básicas).

Entre os de acesso direto, estão: a) áreas básicas – clínica médica, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia e ginecologia e medicina preventiva e social; b) especialidades – anestesiologia, radiologia e diagnóstico por imagem, infectologia, medicina da família e da comunidade, medicina física e reabilitação, neurocirurgia, oftalmologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, patologia, patologia clínica / medicina laboratorial, psiquiatria (BRASIL, 2002).

Entre os com pré-requisito: a) clínica médica – cancerologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia e hemoterapia, nefrologia, neurologia, pneumologia, reumatologia; b) cirurgia geral - angiologia e cirurgia vascular, cirurgia cardiovascular, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, colo-proctologia, urologia (BRASIL, 2002).

Já os programas de Residência Multiprofissional – chamados inicialmente de Residência em Área Profissional da Saúde, nomeação que resguarda a características uniprofissionais – surgem posteriormente. Como afirma Duarte (2021, p. 16), não de forma aleatória ou em um estalar de dedos, mas sim por meio de um processo de construção – que ainda está ocorrendo – baseado em embates éticos e políticos. Num processo histórico não linear, que não possui versão única, nem sucessão lógica de acontecimentos organizados.

Sendo regulamentadas por meio da Lei nº 11.129, de 30 junho de 2005, também como modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu*, ofertados às profissões reconhecidas como de saúde: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia,

fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional – exceto a médica – em formato de especialização, caracterizado por educação em serviço (BRASIL, 2005; 2007; 2009).

São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir de necessidades e realidades locais e regionais que possam ser identificadas, de acordo com os eixos norteadores da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Têm carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, em regime de dedicação exclusiva, com duração mínima de 02 (dois) anos (BRASIL, 2009).

Em 2007 foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007, que dispõe acerca dos princípios e diretrizes da RMS, que institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), vinculada ao Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do Ministério da Educação e Cultura (MEC). A CNRMS tem como função coordenar ações de credenciamento e cabe ao MEC fornecer suporte tanto técnico como administrativo à comissão, assim como participar do financiamento estrutural e de funcionamento da comissão, junto com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007; ROSA; LOPES, 2009, p. 491/492).

A RMS é pensada enquanto uma estratégia de formação especializada para o SUS, que se orienta a partir de seus princípios e diretrizes dele, de necessidades das populações e realidades locais e regionais. Contempla a educação em serviço em cenários representativos da realidade socioepidemiológica do país; uma concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade e considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida; a política nacional de educação e desenvolvimento no SUS; a integração ensino-serviço-comunidade por meio de parcerias com atores do SUS, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão; a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, norteado pela necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde; entre outros eixos (BRASIL, 2005; 2007).

Como afirma Duarte (2021), a Residência Multiprofissional em Saúde alcança *status* de ação preconizada por uma política pública de Estado ao ser criada legalmente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da instituição da Portaria GM/MS nº 198/2004. Tal política objetiva o desenvolvimento de uma formação em saúde em torno da aprendizagem no trabalho, uma aprendizagem que se dá em contexto, não isolada, e que favorece uma reflexão coletiva por meio do envolvimento de diversas pessoas, visando a

promoção de mudanças institucionais, pautadas nas necessidades dos/as usuários/as (BRASIL, 2006).

Atualmente no Brasil existem diversas residências multiprofissionais e em áreas profissionais de saúde vinculadas a instituições de ensino superior e a instituições de saúde. Essas são construídas em interface com as áreas temáticas que compõem as diferentes Câmaras Técnicas da CNRMS, de acordo com a Resolução CNRMS nº2, de 13 de abril de 2012. A resolução apresenta que deve ser observada a delimitação de áreas de concentração relativas a cada câmara. As áreas temáticas/de concentração se caracterizam como um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS (BRASIL, 2012).

São seis as Câmaras Técnicas da CNRMS: I) Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas; II) Intensivismo, Urgência e Emergência; III) Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva; IV) Saúde Mental; V) Saúde Funcional; e VI) Saúde Animal e Ambiental (BRASIL, 2012). Das Câmaras Técnicas, ramificam-se áreas de concentração, às quais cada programa deve escolher se inserir. Alguns exemplos de áreas de concentração são: saúde da família, saúde do adulto e do idoso, saúde da criança, cuidados paliativos, entre outros.

Associado ao surgimento dos programas de Residências Multiprofissional, com sua regulamentação, surgem novos e diferentes atores/atrizes que passam a compor os lugares de operacionalização, como coordenadores/as, tutores/as, preceptores/as, docentes e os/as próprios/as residentes (CECCIM, 2010).

A residência multiprofissional da qual fiz parte tinha como área de concentração a saúde do adulto e do idoso – Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Essa foi iniciada em 2010, a partir de projeto elaborado por um grupo de professoras/es da instituição. O programa ocorre em dois anos corridos, com carga horária total de 5.760 horas, divididas em atividades práticas e teórico-práticas (80%) e atividades teóricas (20%), desenvolvidas em 60 horas semanais. A Residência tem regime de dedicação exclusiva.

A Residência Multiprofissional em Saúde do HUPAA recebe, por ano, vinte profissionais de cinco áreas diferentes da saúde: Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Enfermagem e Nutrição; totalizando quarenta profissionais ao todo, referentes aos dois anos (residentes do primeiro ano: R1; residentes do segundo ano: R2). Os/as vinte profissionais se dividem em quatro equipes com uma pessoa de cada profissão, formando as chamadas equipes de referência. Durante cada ano, os/as profissionais se dividem por cenários de atuação em serviços de saúde. No primeiro ano, passam pelas Clínicas Médica e Cirúrgica do Hospital

Universitário Alberto Antunes da UFAL (HUPAA/UFAL). Cada equipe de referência passa seis meses em cada clínica. No segundo ano, pela Unidade de Saúde Jorge Duarte Quintela Cavalcante e a Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer (há uma divisão para que cada equipe passe seis meses em apenas uma das duas unidades); a Unidade de Doenças Infecto parasitárias (UDIP/HD) e o Centro de Alta Complexidade em Oncologia do HUPAA (CACON/HUPAA), três meses em cada unidade.

Discutir acerca das Residências e dos processos de formação e funcionamento delas se faz necessário para a compreensão de uma das partes do campo-tema no qual estamos inseridos nessa dissertação. A seguir, apresentaremos os fundamentos teóricos e metodológicos que utilizamos na pesquisa.

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Essa dissertação fundamenta-se nas Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 2013) e no Construcionismo Social (GERGEN, 1985; ÍÑIGUEZ, 2002). Dessa forma, privilegia o estudo da linguagem em uso no cotidiano enquanto produtora de realidades. Compreende a ciência e a produção de conhecimento como construções e práticas sociais como quaisquer outras e que, por isso, não são neutras, pois partem de certos modos de dar significado ao mundo e causam efeito nas vidas das pessoas (BERNARDES; SANTOS; SILVA, 2015; SPINK, M. 2013).

3.1. Construcionismo Social

O Construcionismo Social se caracteriza como um posicionamento, um movimento, um conjunto de princípios discutidos por diferentes autores, uma postura crítica diante do mundo, um processo constante de questionamento do que é considerado óbvio ou natural, correto, evidente; priorizando a linguagem enquanto objeto de estudo, num contínuo estranhamento até mesmo dos próprios pressupostos (GERGEN, 1985; ÍÑIGUEZ, 2008).

Íñiguez (2008) elenca alguns elementos que situam o posicionamento construcionista: o antiessencialismo; o relativismo / antirrealismo; crítica aos regimes de verdade/autoridade; a determinação cultural e histórica do conhecimento; a linguagem como constitutiva do real; o conhecimento como produção social. Tais elementos delimitam a dinamicidade do campo da construção social, no qual toda prática social, ainda que considerada insignificante, contribui de maneira direta na construção (IÑIGUEZ, 2008).

Dessa forma, podemos afirmar que o Construcionismo se contrapõe aos processos de naturalização de relações de poder, que se instituem por meio de noções como a de contrato social - discutida por Pateman (1993) - a qual parte do princípio de que todos os seres humanos são totalmente livres e iguais, quando na verdade não são. Tal noção apenas contribui para a existência de relações de subordinação e/ou dominação “legitimadas”.

Para o Construcionismo Social, sujeito e objeto da pesquisa são entidades interdependentes entre si, mas principalmente, interdependentes em relação às formas que usamos para falar deles. Neste sentido, qualquer tentativa de neutralidade na construção do conhecimento ou mesmo que denote certa assepsia ou independência de um em relação ao outro, não faz sentido.

Nessa compreensão, conhecimento e prática social influenciam-se de modo recíproco, o que dá margem para o surgimento de ações diferentes, de acordo com o conhecimento que se quer produzir (IÑIGUEZ, 2008). Dessa forma, nós apreendemos os objetos que se nos apresentam a partir de nossas categorias, convenções, práticas, linguagem, do que podemos chamar de nossos processos de objetivação (SPINK; FREZZA, 2013). A partir dessa noção, podemos afirmar que as verdades são negociadas, convencionadas e produzidas pelo modo como falamos delas, por quem permitimos que fale, do modo como inventamos o outro. Aqui destaco a importância das convenções da linguagem.

A pesquisa com o norte construcionista é, portanto, um convite a repensar convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas. É um convite a aguçar nossos posicionamentos críticos e a participar ativamente dos processos de transformação social. Assim, compreende-se o sujeito, o objeto e o conhecimento como construídos, situados e historicizados, num processo de desnaturalização e questionamento da neutralidade e objetividade científica (IBÁÑEZ, 2001).

3.2. Práticas Discursivas e Produção de Sentidos

Consonante a esse referencial, a abordagem teórico-metodológica das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, em coerência à perspectiva psicossocial, propõe que a produção de sentido é uma prática social e dialógica, um fenômeno sociolinguístico, que implica a linguagem em uso, enquanto prática social, e busca entender as práticas discursivas que perpassam o cotidiano. Busca-se trabalhar a interface entre aspectos performáticos da linguagem e as condições de produção, compreendidas como contexto social e interacional e construções históricas (no sentido foucaultiano) (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 22/23).

Nesse contexto, práticas discursivas são definidas como linguagem em ação, os modos pelos quais as pessoas produzem sentidos e posicionam-se nas relações no cotidiano. Como aponta Spink M. e Medrado (2013, p. 26), tais práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, que são os enunciados orientados por vozes; as formas, que são os gêneros do discurso (speech genres, conceito bakhtiniano); e os conteúdos, que são os repertórios interpretativos (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 26).

3.3. Campo-Tema

Utilizo o conceito de campo-tema, a partir de Spink P. (2003). O autor argumenta que na pesquisa social em psicologia, o campo é sempre um tema (campo-tema), e dessa forma, se configura não como um lugar específico ou espaço separado, alheio, distante, não relacionado, empírico, "lugar de observações", ao qual o/a pesquisador/a adentra para levantar ou interpretar dados – pois todas essas características naturalizam e escondem o campo, distanciando pesquisadores de questões cotidianas – mas como um complexo de redes de sentidos interconectadas, um espaço criado quando o/a pesquisador/a se vincula à temática e busca por se inserir nela. Tal espaço não é criado de maneira voluntária, mas é negociado, debatido, arguido num processo que tem lugar e tempo específicos (SPINK P., 2003, p. 28).

Esse conceito surge das discussões semanais do Núcleo de Organizações de Ação Social da PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), por volta do ano de 2002 – como relata Spink P. (2003) – acerca da pesquisa em psicologia social, a partir de uma lógica que rompe com padrões hegemônicos e ortodoxos de se fazer ciência. Que compreende que não há diferenças fundamentais entre curiosidade e ciência, assim como entre a ciência e os demais tipos de saberes e conhecimentos no mundo. Pois são apenas formas distintas de contar/produzir o mundo (IBAÑEZ, 2001 *apud* SPINK P., 2003, p. 26).

Tais compreensões suscitaram reflexões acerca da pesquisa de campo e da própria noção tradicional de campo, enquanto um lugar ao qual o/a pesquisador/a ia para levantar dados. Spink P. (2003, p. 35) aponta as influências de Kurt Lewin, que rompe com o conceito clássico de campo distinto e objetivo, propondo a ideia de campo como a totalidade de fatos psicológicos que não são reais em si, mas são reais por seus efeitos. Como também, aponta as modificações que se seguiram nas ideias sobre campo, com Law e Mol (1995), quando o campo começou a ser visto como a situação atual de um assunto, e não como lugar específico. E Ortiz (1983), que argumentou que não é o campo que tem o assunto, mas o assunto que tem o campo.

Dessa forma, como afirma o autor, já que campo não se restringe a um lugar, mas é o argumento, o tema, no qual estamos inseridos, que tem múltiplas faces e materialidades, e que acontece em diversos lugares – aqui lugares fazem parte do campo tanto quanto as conversas – estamos a todo tempo, potencialmente, em múltiplos campos (SPINK P., 2003, p. 28). Nesse sentido, o pesquisador é parte do campo-tema, o que não tem a ver com ir num final de semana realizar algum tipo de pesquisa participante ou levantamento de dados. Ser parte do campo-tema é um modo de se posicionar, uma convicção moral, que interfere nas questões do campo-tema e do sujeito (SPINK P., 2003, p. 27).

Spink P. (2003, p. 36) afirma que quando realizamos pesquisa de campo, não estamos indo a algum lugar, já estamos no campo, pois já estamos no tema. Assim, o que fazemos após, é apenas nos localizar mais perto dos lugares mais densos – psicossocialmente e territorialmente – das diversas interseções e interfaces críticas do campo-tema, nas quais as práticas discursivas se confrontam. Para esse processo de aproximação, "não há métodos bons ou ruins", há maneiras diversas de se estar no campo- tema, desde sentar numa poltrona de uma biblioteca, até conversar na fila de um banco. Pois, nessa concepção, "método, nada mais é de que a descrição de 'como', 'onde 'e 'o que 'foi feito (SPINK P., 2003, p. 36).

Nessa compreensão de investigação científica, não há o uso do conceito de "dado", pois não tem sentido falar em fatos aguardando de modo passivo e independente para serem interpretados. Há fragmentos de conversas, no presente e no passado, presentes nas materialidades, que viraram eventos, artefatos, que ainda estão em formação; conversas sobre conversas. Nesse sentido, não há formas diferentes de "coleta de dados", há maneiras diversas de conversar com materialidades e socialidades, nas quais se busca entrecruzar, juntar fragmentos para ampliar vozes (SPINK P., 2003, p. 37).

3.4. Dialogando a partir de Bakhtin

Trago alguns conceitos de Bakhtin para me ajudar a afinar o diálogo entre meu referencial e o conteúdo da pesquisa, assim como a pensar a discussão e análise da dissertação. Para o autor, a linguagem tem caráter multiforme, heterogêneo e articula-se com todos os campos da atividade humana. De forma que, quanto mais diversos forem tais campos de atividades, mais diversos serão os modos de apresentação da linguagem (BAKHTIN, 1997). O autor desenvolveu ao longo de sua obra uma série de conceitos fundamentais para as discussões acerca de linguagem, língua, interanimação dialógica, entre outros.

Brait e Melo (2005) afirmam que as noções de enunciado/enunciação ocupam lugar central na concepção de linguagem regente do pensamento bakhtiniano, e isso ocorre justamente porque a linguagem é concebida de um ponto de vista histórico, cultural e social, e que inclui a comunicação efetiva e todos os sujeitos e discursos envolvidos nela. E, do mesmo modo, como é típico do pensamento bakhtiniano,tais conceitos não se encontram prontos e acabados em determinada obra, pelo contrário, o sentido e as especificidades vão sendo construídos ao longo do conjunto de textos, totalmente implicados com outros conceitos, também, paulatinamente construídos.

Os enunciados, tanto orais quanto escritos, são unidades da comunicação discursiva, são as formas pelas quais a língua se efetua e se integra no cotidiano. Cada um dos enunciados é um elo na corrente complexamente organizada de outros enunciados. Esses refletem condições e finalidades específicas de cada determinado campo (termo utilizado repetidamente por Bakhtin para se referir a quaisquer áreas de atividade humana), em seu conteúdo (o que se fala), estilo (como se fala) e modo de construção composicional (BAKHTIN, 1997, p. 261).

Aos tipos relativamente estáveis de enunciados de cada campo, Bakhtin denominou de gêneros do discurso. Esses também são infinitos em possibilidades. Cada campo apresenta um repertório de gêneros do discurso específico, que, em geral, cresce, se modifica e se complexifica com o passar do tempo (BAKTHIN, 1997, p. 262). Tais gêneros nos são dados praticamente da mesma maneira que nossa língua materna. Como afirma Bakhtin: "aprender a falar significa aprender a construir enunciados" (BAKHTIN,1997, p. 283). Nossa fala só é possível por meio de determinados gêneros do discurso. Seesses não existissem, a comunicação discursiva seria praticamente inviável. Ou seja, utilizamos um vasto repertório de gêneros, mas não nos damos conta disso do ponto de vista teórico (BAKHTIN, 1997, p. 282/283).

Como afirma Bakhtin (1997):

> Até mesmo no bate-papo mais descontraído e livre, nós moldamos o nosso discurso por determinadas formas de gênero, às vezes padronizadas e estereotipadas, às vezes mais flexíveis, plásticas e criativas (a comunicação cotidiana também dispõe de gêneros criativos) (Bakhtin, 1997, p. 282).

Bakhtin ainda apresenta uma divisão dos gêneros do discurso em primários (simples) e secundários (complexos). O primeiro tipo refere-se aos gêneros do cotidiano,como diálogos simples do dia a dia. Já o segundo, diz respeito a gêneros predominantemente escritos, como romances, dramas, pesquisas científicas – relacionadas a um convívio cultural mais "complexo" e "organizado" (BAKHTIN, 1997), pg. 263). As diferenças e diversidades desses gêneros se dão em função da situação da comunicação, da posição social e das relações estabelecidas entre os participantes da comunicação (BAKHTIN, 1997, p. 283).

Alguns exemplos de gêneros são réplicas de diálogo cotidiano, relatos do dia a dia, comandos militares, documentos oficiais, manifestações científicas e gêneros literários diversos (BAKTHIN, 1997, p. 262). Uma determinada condição de comunicação discursiva e uma função podem gerar certos gêneros, certos tipos de enunciados estilísticos, temáticos composicionais relativamente estáveis (BAKHTIN,1997, p. 266). Por exemplo, em uma visita multidisciplinar em saúde, variados gêneros discursivos estarão presentes: gêneros mais

técnicos ou do senso-comum, dependendo decomo se dá a interanimação dialógica entre os/as participantes da visita: profissionais envolvidos, usuários/as, familiares, acompanhantes etc.

Para Bakhtin, todo enunciado possui um elemento expressivo, ou seja, uma relação subjetiva emocionalmente valorativa daquele que fala com o conteúdo do objeto e com a significação de seu enunciado. Isto é, é impossível a existência de um enunciado neutro, livre dessa relação. Da mesma forma, não existe neutralidade num processo de diálogo e comunicação discursiva. É justamente essa relação valorativa com o objeto do discurso que dita a escolha do estilo (recursos lexicais, gramaticais), conteúdo e composição do enunciado (gêneros do discurso) (BAKHTIN, 1997, p. 289).

Um traço constitutivo do enunciado e que é uma das formas de manifestar a relação emocionalmente valorativa do falante com o objeto de sua fala (sendo que é justamente nessa relação que as palavras adquirem significação, valor e expressividade), é a entonação expressiva/colorido expressivo (mais seco, mais frio, mais respeitoso, mais caloroso, mais alegre) (BAKHTIN, 1997, p. 284/290). Bakhtin afirma que, o que determina o valor/expressividade de um enunciado é o contexto no qual está inserido e não necessariamente as palavras que são utilizadas nele (BAKHTIN, 1997, p. 290).

Nesse sentido, as palavras e orações (enquanto unidades da língua), são desprovidas de tal expressividade. Essas só a adquirem num contexto de comunicação discursiva, com alternância de sujeitos do discurso em posição ativamente compreensiva, no qual a palavra se torna enunciado (BAKHTIN, 1997). Como aponta o autor:

> Qualquer palavra existe para o falante em três aspectos: como palavra da língua neutra e não pertencente a ninguém; como palavra alheia dos outros, cheia de ecos de outros enunciados; e, por último, como minha palavra, na qual opero em situação específica, com intenção discursiva determinada, compenetrando-a de minha expressão. Nos dois aspectos finais, a palavra é expressiva e tem certa posição valorativa, tornando-se enunciado (BAKHTIN, 1997, p. 294).

Segundo Bakhtin, o processo de comunicação discursiva é complexo e ativo demaneira ampla. O autor apresenta uma crença numa posição ativamente responsiva por parte daquele que inicialmente está como ouvinte, desde a audição da primeira palavra do falante à compreensão do discurso, no qual ele pode concordar, discordar, completar,aplicar, entre outras coisas (BAKHTIN, 1997, p. 271). Diante disso, pode-se afirmar que o processo de comunicação discursiva presume um posicionamento ativo e responsivo por partes de todos os sujeitos do discurso (falante-ouvinte, ouvinte-falante).

Bakhtin, ao afirmar veementemente que toda compreensão de uma fala (ou de um enunciado) é de natureza ativamente responsiva (que varia em grau), afirma, também,que só há compreensão se todos os sujeitos estiverem ativamente posicionados no processo de comunicação. Um ouvinte com compreensão passiva não corresponderia a um participante real da comunicação discursiva. Pois que toda compreensão é prenhe deresposta e, nesse processo, o ouvinte torna-se falante (BAKHTIN, 1997, p. 271/272).

Por isso, nossas experiências discursivas, ou seja, nossos modos de falar, se desenvolvem em contínua interação com os modos de falar dos outros, com os enunciados dos outros. A isso, Bakhtin intitula de processo de assimilação das palavras dos outros. Nosso discurso, tudo o que falamos e como falamos é pleno de palavras que aprendemos com alguém, pleno de ecos e ressonâncias de outros enunciados. Tais palavras vêm até nós com sua expressividade e tom valorativo, aos quais nós assimilamos, reelaboramos e reacentuamos (BAKHTIN, 1997, p. 294/295).

Deve-se fazer algumas considerações a respeito dos ecos da alternância dos sujeitos do discurso na comunicação discursiva. Todo enunciado, além do objeto a que se refere, sempre é uma resposta aos enunciados dos outros que o antecederam. Enquanto elo na cadeia de comunicação não se separa dos elos precedentes e subsequentes, pois esses o determinam completamente, gerando nele a necessidade de atitudes responsivas e ressonâncias dialógicas. Aqui, novamente, afirma-se a não passividade dos participantesda comunicação, pois é como se todo enunciado se construísse em função da resposta dooutro (BAKHTIN, 1997, p. 300/301).

Outro traço constitutivo e peculiar do enunciado, sem o qual esse não poderia existir, é o seu direcionamento a alguém, o seu endereçamento. O enunciado tem autor/a edestinatário/a. Tal destinatário/a pode ser um/a participante direto do diálogo cotidiano, uma coletividade de especialistas, um povo, os contemporâneos/a, correligionários/a, adversários/a,subordinados/a, chefes, um/a inferior, um/a superior/a, uma pessoa íntima, um/a estranho/a, entre outros/as. Cada modalidade de destinatário/a é determinada pelo contexto. E cada gênero do discurso tem uma concepção específica de destinatário/a, que o determina (BAKHTIN, 1997, p. 301).

Dessa forma, ao se falar, sempre se deve levar em conta aquilo que Bakhtin chama de fundo aperceptível da percepção do meu discurso pelo/a destinatário/a, ou seja, até que ponto ele/a está entendendo algo, se está a par da situação, se dispõe de conhecimentosespeciais de um dado campo cultural da comunicação. Além disso, deve-se levar em contasuas concepções e convicções, seus preconceitos, simpatias e antipatias, pois, de certa maneira, tudo isso influenciará na ativa compreensão responsiva do meu enunciado por ele. Tal consideração

determinará a escolha dos gêneros do enunciado, da sua composiçãoe do seu estilo (BAKHTIN, 1997, p. 302).

Portanto, como argumenta Bakhtin, a consideração do/a destinatário/a, que sempre ocorre, mesmo que o falante não se dê conta disso, influencia a construção dos enunciados. Assim, a posição social, o título e o peso do/a destinatário/a, determinam os enunciados. Em algumas circunstâncias, por exemplo, em condições de classes sociais mais bem estabelecidas e estanques, há grande diferenciação dos gêneros e estilos, de acordo com cada patente, função, fortuna, peso social, idade, entre outros (BAKHTIN, 1997, p. 303).

Spink M. e Medrado (2013, p. 26) afirmam que os conceitos de enunciados e vozes andam juntos na compreensão bakhtiniana. Ambos se referem ao processo de interanimação dialógica que se processa numa conversação, ou seja, o processo de contínua interação entre os enunciados das pessoas (suas vozes) num processo decomunicação discursiva, tais enunciados se interanimam mutuamente. As vozes dizem respeito aos/as interlocutores/as (pessoas, sujeitos do discurso) presentes nos diálogos (SPINK,M.; MEDRADO, 2013, p. 26).

Bakhtin produz reflexões acerca da multiplicidade de vozes e como se relacionam ao analisar obras romanescas. O autor cria o que seria a tipologia universal do romance, e divide-o em duas modalidades: monológicos e polifônicos. À primeira modalidade estariam relacionados os conceitos de monologismo, autoritarismo e acabamento. Tal autoritarismo consiste na indiscutibilidade das verdades transmitidas por certo tipo de discurso, o que se pode chamar de dogmatismo. Já o acabamento dizia respeito ao desaparecimento das características individuais de cada personagem, em sujeição ao horizonte do autor (BEZERRA, 2005).

Por outro lado, à categoria polifônicos, estão associados os conceitos de realidade em formação, inconclusibilidade, não acabamento, dialogismo e polifonia. Tais conceitos decorrem da condição de gênero em formação do romance, que está sujeito a novas mudanças, e cujos personagens sempre são representados como em processo de evolução constante. A polifonia e o dialogismo estariam vinculados à natureza ampla e multifacetada do universo dos romances, com seu grande número de personagens, diante da capacidade do escritor romancista para refazer os seres em sua riqueza, apresentada nas múltiplas vozes da vida social, cultural e ideológica (BEZERRA, 2005).

Ainda de acordo com Bakhtin, no monologismo, o/a autor/a faz questão de concentrar todo o processo de criação em si, coisificando tudo, tudo se torna objeto mudo, pois o monólogo não reconhece no/a outro/a força decisória. O/A outro/a é descartado/a como entidade viva, que fala e veicula por múltiplas facetas da realidade social. Em certo sentido, toda essa realidade é

coisificada, num modelo monológico de universo mudo e inerte (BEZERRA, 2005; BAKHTIN, 2002).

O que Bezerra (2005) ressalta, é que Bakhtin não constrói seus conceitos de monologismo, dialogismo e polifonia como se fossem abstrações desprovidas de seu conteúdo histórico, social e ideológico. Pelo contrário, a elaboração desses se dá a partir da análise do contexto vigente do modo de produção capitalista, e seu processo de transformação do homem em objeto, utilizando como influência, leituras e conceitos de Karl Marx. Por isso, como afirma Bakhtin, o romance polifônico não poderia ter outro contexto para sua realização, senão no cerne da diversidade de conflitos e desequilíbrio ideológico da era capitalista, que cria múltiplas vozes de existência social, numa essência conflituosa que excede os limites da consciência monológica, que se idealizava segura e calma (BEZERRA, 2005; BAKHTIN, 2002).

Ainda no sentido literário, a polifonia se definiria pela interação e convivência, num mesmo espaço de um romance, de uma multiplicidade de vozes e consciências, plenivalentes e equipolentes, independentes e imiscíveis, que representam certo universo e são marcadas por ele. Tais vozes são responsáveis por seus próprios discursos, soando como se estivessem ao lado da palavra do/a autor/a, o que se refere a uma transformação radical de posição delas, de vozes coisificadas para individualidades. Essa passagem do monologismo para o dialogismo, que encontra na polifonia sua representação suprema, equivale ao processo de libertação de um escravo mudo, preso à consciência do/a autor/a, se torna sujeito de sua própria consciência (BEZERRA, 2005; BAKHTIN, 2002).

Barros (1996) apresenta uma distinção entre dialogismo e polifonia, termos muitas vezes usados como sinônimos em alguns textos. Para a autora, dialogismo se caracteriza como o princípio dialógico constitutivo da linguagem e de todo discurso, ao passo que, polifonia caracteriza um certo tipo de texto ou situação discursiva em que o dialogismo se deixa transparecer, em que se percebem muitas vozes, em oposição aos textos e situações monofônicos, que ocultam os diálogos que os constituem, sob a supostaaparência de existência de uma única voz. Dessa forma, polifonia e monofonia são efeitosdecorrentes de estratégias discursivas (BARROS, 1996, p. 36).

A isso, a autora ainda aponta os dois grandes tipos de discursos distinguidos pela monofonia e polifonia: os discursos autoritários e os poéticos. Nos autoritários, abafam-se as vozes, ocultam-se os diálogos, e apenas um discurso se faz verdade única, absoluta e incontestável. Já os poéticos são aqueles que deixam aparecer o dialogismo, a heterologia discursiva (diversidade de discursos), os conflitos e as vozes contraditórias. A palavra poético

aqui é utilizada para todo e qualquer discurso que produz efeito polifônico (BARROS, 1996, p. 36/37).

Outra característica fundamental dos enunciados – e da própria natureza da linguagem – no processo dialógico, é a polissemia. Tal conceito diz respeito à diversidade de sentidos produzidos no cotidiano de comunicação das pessoas. Num sentido mais pragmático, são as diferentes formas de afetações e efeitos distintos produzidos e causados pelos interlocutores no processo de comunicação discursiva (BAKHTIN, 1997; SPINK, 2013).

A polissemia se aproxima de uma compreensão de linguagem em uso no cotidiano, que considera a diversidade e não regularidade das formas de comunicação; ea coexistência, num mesmo contexto, de discursos que competem e são distintos. Tem consonância com o conceito de práticas discursivas, que se refere à linguagem em ação, ressignificação, ruptura e produção de sentidos dos momentos ativos do uso da linguagem – nos quais convivem tanto a ordem, como a diversidade - para além do discurso institucionalizado e regular (discursos de diferentes domínios de saber, grupos sociais, estruturas de poder), que tem a tendência de permanência no tempo (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 26).

Na perspectiva bakhtiniana – que compreende a linguagem como uma prática social por definição – os (múltiplos) sentidos são construídos de forma dialógica, sempre quando duas ou mais vozes se encontram e se confrontam/respondem (BAKHTIN, 1997;SPINK; MEDRADO, 2013). Como afirma Bakhtin (1997, p. 386), chamo sentido ao que é resposta a uma pergunta. É importante destacar como os sentidos não são estáveis, mesmo os produzidos há muito tempo. Eles são sempre passíveis de renovação nas produções de novos diálogos, podendo a qualquer momento serem recapitulados, revigorados e assumirem outras formas, em outros contextos (BAKHTIN, 1990 *apud* SPINK; MEDRADO, 2013, p. 30).

Dessa maneira, entende-se a polissemia como propriedade que a palavra possui,em dada época e contexto, de representar simultaneamente várias ideias diferentes (LALANDE, 1996 *apud* SPINK; MEDRADO, 2013, p. 29). Tal natureza polissêmica dosdiscursos, possibilita que pessoas transitem por variados contextos e vivenciem diversas situações (POTTER; WETHERELL, 1987 *apud* MEDRADO, 2013, p. 239).

Vale também refletir um pouco sobre a noção de sujeito que é construída a partir da perspectiva bakhtiniana, perspectiva que se opõe a ideia de monologismos autoritários e à imposição de um sentido único e universalizante para as coisas. A partir também de uma compreensão de que todo processo relacional, dialógico, é complexo, dinâmico, por vezes conflituoso, contraditório e inacabado – o acabamento seria o fim do diálogo/relação. Nesse sentido, o sujeito da relação dialógica também é constituído a partir dessas características. É

formado em condições sociais, históricas, econômicas concretas e, por isso, é o sujeito do inacabamento, da incerteza, da dúvida, que não existe fora da relação com o outro, relação dialógica, que o constitui e o transforma (BAKHTIN, 1997).

Tal discussão nos ajuda a pensar a partir da lógica da interanimação dialógica, utilizando uma leitura dos processos por meio dos conceitos bakhtinianos a respeito de um processo de comunicação discursiva baseado em enunciados/gêneros do discurso posicionados, intencionais, expressivos, emocionalmente valorativos, direcionados a alguém (que têm sempre destinatários), com múltiplas vozes – polifônicas ou não – que podem ser contraditórias entre si, abafadas ou não por discursos autoritários, que requerem uma ativa compreensão responsiva dos participantes do diálogo.

3.5. Rodas de Conversas

Inspirado na tradição bakhtiniana, utilizei a Roda de Conversa enquanto ferramenta metodológica. Essa se constitui como modalidade privilegiada para o estudo das Práticas Discursivas, pois baseia-se numa produção de conhecimento que rompe com lógicas hegemônicas de fazer ciência, com a falácia da neutralidade e com a figura de um/a pesquisador/a solitário/a que produz suas próprias verdades. Fundamenta-se numa ética dialógica, ao fomentar o protagonismo dos sujeitos da pesquisa, ao passo que possibilita que participem de todos os momentos, desde o planejamento e execução até a interpretação/análise das informações (BATISTA *et al*., 2014; BERNARDES et al., 2017).

Com as rodas, propõe-se a construção de uma ciência e conhecimentos mais democráticos, permitindo a grupos e coletivos produzirem seus próprios sentidos acerca das coisas (BERNARDES; SANTOS; SILVA, 2015). Sampaio *et al*. (2014) afirma que diálogo e horizontalidade das relações são prerrogativas na Roda de Conversa, o que, por outro lado, não retira a possibilidade de existência de tensionamentos e disputas, pelos jogos de poder e questionamentos às hegemonias que estão presentes.

As rodas de conversa têm origem nos Círculos de Cultura de Paulo Freire (1980), que visavam uma produção dialógica e coletiva do aprendizado e da cultura, tendo a orientação da Educação Popular; e no Método da Roda de Gastão Campos (2000), que foi utilizado em processos de cogestão de coletivos, para trabalhar autonomia e protagonismo de sujeitos envolvidos em processos de trabalho (LUNA; BERNARDES, 2016; BERNARDES *et al*., 2017).

Tal ferramenta, que pode ser considerada como dispositivo ético-político na construção de conhecimento, dialoga com o objeto – a visita multiprofissional – e com o referencial teórico dessa dissertação, por se caracterizar como espaço para circulação livre da palavra, negociação de sentidos entre sujeitos, consideração da polissemia dos processos de interanimação dialógica e fomento da democratização de saberes e horizontalização das relações. Tendo a pretensão de possibilitar posicionamentos de todos/as, compartilhamento de experiências, negociações e produções coletivas de sentidos (SPINK, M. *et al*., 2013; BERNARDES; SANTOS; SILVA, 2015; BERNARDES *et al*., 2017).

Dessa forma, realizei 3 rodas de conversa, no ano de 2019, com residentes que faziam parte da Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Adulta e da Pessoa Idosa da UFAL. As rodas ocorreram nos locais em que os/as residentes estavam atuando no momento, conforme rodízio e organização do programa, já relatado anteriormente. Foram realizadas com residentes do segundo ano do curso - turma 2018/2020 - devido a terem tido a experiência de realizar visitas multiprofissionais nos dois primeiros setores de atuação da residência: clínica médica e clínica cirúrgica – as visitas multiprofissionais, até a época, eram realizadas de modo quase que oficializado nesses setores.

Para conseguir fazer as combinações e marcações para a realização das rodas de conversa, entrei em contato por mensagem de aplicativo de celular com as psicólogas e psicólogos das equipes, que eram as pessoas que eu tinha mais contato e intimidade, além de ter o número de telefone – duas delas, inclusive, estudaram na minha turma de graduação, então já nos conhecíamos de cinco anos de convivência.

De alguma maneira, as/os psicólogas/os tiveram que assumir a tarefa de coorganizadores do momento, visto que precisaram combinar com a equipe e comigo, o dia e a hora que seria realizada a roda. É importante deixar claro que a roda já começa no próprio convite, ou até mesmo antes dele, nas articulações que fazemos para chegar no convite, nos encontros e desencontros das rotinas. No mesmo sentido, para longe da lógica de neutralidade, esses convites já são cheios de efeitos, pois já nos colocamos, colocamos outros/as e somos colocados em certos lugares/posições, expectativas etc. Aqui lembramos de Bakhtin também, quando fala que todo diálogo é intencional, é direcionado, é ideológico, ao mesmo tempo que é inacabado.

Na intenção de continuar tensionando os estilos acadêmicos hegemônicos ligados a pressupostos pré-construcionistas, que de alguns modos ainda influenciam a forma como escrevemos e produzimos nossos trabalhos, recorro ao recurso das narrativas a partir de memórias próprias, sensações, afetações dos momentos das rodas que participei. Reconhecendo

que esse movimento – que também caracteriza a idas e vindas, aproximações e distanciamentos que fiz durante a escrita – dá fluidez e colorido a meu texto. Dessa forma, irei contar/narrar um pouco sobre como foi participar das rodas de conversa, ir até os locais, encontrar pessoas e lugares novos, etc.

Após as combinações, parti para o momento que eu aguardava bastante, a ida aos locais e o diálogo com a equipe. Eu já havia estado como psicólogo residente em dois dos serviços nos quais marcamos para ocorrer as rodas, na UBS Jorge Duarte Quintela, na qual passei 6 meses no primeiro semestre do segundo ano da residência (2018), e na UDIP/HD, que foi meu último lugar de atuação pela residência (última trimestre de 2018-2019). Eram lugares que tinham um significado singular devido às experiências que tive em cada um deles. Em cada um deles, conheci pessoas e histórias de pessoas incríveis, pude contribuir nos processos de cuidado em saúde delas, fiz amigos/as, construí memórias.

3.5.1. 1ª Roda de Conversa – Unidade Básica de Saúde Jorge Duarte Quintela Cavalcante

A primeira roda de conversa foi realizada na UBS Jorge Duarte, que fica aos fundos do terminal de ônibus do conjunto Graciliano Ramos, no bairro Cidade Universitária, em Maceió. Dá pra ir andando da casa dos meus pais (local onde eu morava na época) para a unidade Jorge Duarte. Eu levava em torno de 10 a 15 minutos para chegar lá, andando.

É interessante pensar nesse momento de escrita sobre minha relação com esse bairro e como isso afetou e afeta o modo como penso sobre ele e as pessoas que nele moram, e como atuei enquanto profissional de saúde. Até mesmo minhas escolhas para ser estagiário – isso mesmo fiz estágio obrigatório em outra unidade de saúde do bairro, a Unidade de Saúde da Família Graciliano Ramos – e residente lá.

Enfim, no dia em que fui para a roda de conversa, fui como pesquisador. E estranhar esse lugar me ajudava também no processo contínuo de estranhamento-familiarização típico e necessário para a pesquisa. Cheguei à unidade e ela estava movimentada, como de costume, havia um burburinho no ar, típico de uma pequena aglomeração de pessoas, que aguardava de alguma forma ser atendida. Eu tinha sido avisado com antecedência pela psicóloga da equipe que nossa conversa seria na sala de reuniões da unidade. Como eu já sabia onde era a sala, fui direto para lá. Ao bater na porta, fui recebido por uma das residentes e todos os outros já estavam sentados ao redor da mesa principal da sala. Sentia-me realmente um visitante. E bem recebido/acolhido. Na sala estavam – sentados/as em sentido horário a partir da minha esquerda

– a psicóloga, a farmacêutica, o nutricionista, a assistente social e a enfermeira. Em meio às conversas iniciais descontraídas, expliquei para eles/elas os detalhes e a ideia para a realização do momento: que poderiam falar livremente sobre visita multiprofissional a partir daquilo que mais os/as afetou, que não tinha ordem de fala hierárquica, poderiam falar conforme quisessem; explanei um pouco sobre questões éticas e questionei sobre a utilização de um equipamento para gravação de áudio. Em poucos minutos, estávamos conversando. Após a roda, como já era o fim do expediente, eu e os residentes fomos juntos a uma lanchonete próxima da unidade, numa espécie de momento pós pesquisa.

3.5.2. 2ª Roda de Conversa – Unidade de Saúde da Família Dídimo Otto Kummer

Já a segunda roda de conversa foi realizada na USF Dídimo Otto Kummer, comumente chamada como unidade do Carminha, referindo-se ao nome do conjunto no qual se localiza. Apesar de nunca ter ido antes ao conjunto Carminha, já havia escutado muito sobre a "fama" do lugar, não só na residência, mas na vida. O Carminha é um conjunto habitacional que fica localizado num bairro da periferia de Maceió, o Benedito Bentes. Tanto o bairro quanto o conjunto são conhecidos pela criminalidade, violência, entre outras coisas que fazem com que, em geral, as pessoas tenham medo de ir lá. No meu caso, estava com um certo receio, principalmente por não saber onde se localiza de modo exato a unidade, por nunca ter ido lá. Ao contrário da fama do conjunto, os comentários que ouvia sobre a unidade de saúde eram os melhores possíveis. Na graduação conheci alguns profissionais que atuaram lá, e durante a residência, duas equipes da minha turma passaram também 6 meses na unidade, cada uma. Nos relatos sempre destacavam o quanto a unidade era viva, movimentada e o quanto a população era engajada nas atividades realizadas pelos profissionais. Lembro, por exemplo, de um grupo de homens que era realizado para discutir temáticas de saúde, algo raro e quase pioneiro na saúde em Maceió, e até mesmo no Brasil, pela dificuldade de se conseguir com que homens frequentem unidades de saúde.

No dia marcado para a roda, após o contato com a psicóloga da equipe, solicitei um carro de aplicativo e coloquei o destino para a unidade, conforme o mapa indicava. Escrevendo nesse momento, após esse tempo, consigo lembrar o modelo do carro do motorista e a história que ele me contou sobre sua vida no percurso até a unidade. Minha casa da época não distava tanto assim do Carminha, ficava cerca de 15/20 minutos de carro – eu só não sabia disso no dia.

Nesse tempo, tentava me concentrar no caminho para encontrar a unidade, respondia mensagens no celular e escutava a história do homem, de como havia se tornado motorista de aplicativo, após sua demissão do antigo emprego. A sorte do dia foi que a localização indicada no mapa para a unidade, de alguma forma, não era o lugar certo. Aí sim fiquei um pouco mais ansioso, o motorista recém ingresso na empresa de viagens também nunca tinha ido ao Carminha, quem dirá saber onde ficava a unidade. Abandonando as tecnologias nesse momento, parti para perguntar às pessoas na rua sobre o caminho. Após alguns momentos em que nos sentíamos um pouco perdidos, e conforme a indicação de algumas pessoas, encontramos, finalmente, a unidade.

Essa experiência de ir e visitar um lugar novo, desconhecido e reconhecido como potencialmente perigoso, me fez pensar sobre o processo de hospitalização. Talvez para alguns o hospital seja lugar de tratamento, geração de vida, mas para outros, é lugar de dor, sofrimento, violência, diagnósticos/prognósticos ruins e morte. Lembro das frases típicas que escutamos, em geral de pessoas de interior ou mais velhas, sobre o medo de ir ao médico ou hospital, o medo de procurar doenças. Assim como em meu processo de ida ao Carminha, ter quem te acolha, oriente, acompanhe e cuide é fundamental no processo de ida a um serviço de saúde.

Fui recebido na porta da unidade por uma das residentes, a unidade não estava tão cheia assim, mas dava pra ouvir bem – inclusive de dentro da sala em que ficamos – o som de pessoas conversando e se movimentando. Fui levado a um corredor, no final dele, do lado direito, entramos numa pequena sala, que estava meio escurecida, com a luz apagada, uma fresta de luz entrava por uma janela, tapada quase totalmente por um material que parecia improvisado. A temperatura estava amena, o ar-condicionado estava ligado. Pela hora e pelas condições da sala, suponho que o pessoal estivesse num descanso pós-almoço, tirando, talvez, uma soneca. Entrei, nos saudamos, fui avisado de que a nutricionista da equipe estava doente e, por isso, não poderia estar conosco.

Nas conversas iniciais, já depois de eu ter explicado um pouco da proposta do momento e começado a gravar o áudio da roda, os residentes, de modo engraçado, começaram a comentar sobre meu aparelho celular e sobre minha situação financeira no pós-residência. No momento não, mas depois, em conversas com meu orientador, percebemos como aquele diálogo fazia sentido e tinha tudo a ver com as incertezas do final do processo de residência, incertezas inclusive financeiras, que de modo jocoso, tratavam.

3.5.3. 3ª Roda de Conversa – Unidade de Doenças Infecto parasitárias (UDIP/HD) do HUPAA/UFAL.

A terceira roda de conversa foi realizada em um dos setores do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, na Unidade de Doenças Infecto parasitárias (UDIP/HD), ou apenas HD (Hospital Dia), como era mais conhecida (acabou sendo meu último espaço de atuação na residência). Passei os 3 últimos meses do programa convivendo com usuários e profissionais que marcaram minha vida. Lá pude acompanhar desde casos de pessoas que vivem com HIV/AIDS há anos, ou que acabavam de descobrir, até pessoas que contraíram tuberculose e precisavam de tratamento urgente. De todas as idades imaginadas e várias cidades do estado.

Lembro até hoje de histórias de algumas pessoas que passaram por lá, e que com certeza marcaram minha formação e vida. Como por exemplo, o caso de seu José (nome fictício), um senhor que vivia com HIV/AIDS há uns 15/20 anos, mas nunca realizou tratamento ininterrupto, com vários "abandonos" nesses anos. Que um dia chegou bravo na recepção, com raiva e gritando com todos porque uma profissional havia marcado consulta com ele e não foi para atendê-lo. Da sala da psicologia eu ouvia a barulheira. Quando de repente, ele chega na porta da sala em que eu estava e começa a falar de modo desorganizado e irritado. Eu pedi para ele entrar e se sentar, tratando da melhor forma possível. Me propus a escutá-lo, não sei se alguém já tinha feito isso naquele dia. Foi quando ele começou a me explicar, e notando meu interesse em ajudá-lo realmente, sua raiva e agressividade foram passando. Em alguns minutos, percebi que ele havia se equivocado acerca do dia marcado para a consulta. Ele veio uma semana antes, por isso a profissional não estava. Esclarecidas as coisas, ganhei um amigo e logo depois um paciente.

Contei essa breve história para dizer que minha visita a esse lugar, no dia marcado para a roda, foi marcada por todos os efeitos que ele causou e causava em mim, todas as lembranças de experiências que tive lá. Porque também carregamos nossa história/bagagem quando vamos visitar alguém ou algum lugar.

A marcação da roda também foi feita com o residente de psicologia da equipe. Confirmamos dia, hora e local, seria exatamente na sala da psicologia. No dia, eu fazia um retorno ao hospital, alguns meses após concluir a residência, por isso o clima saudoso mencionado antes. Entrei pela entrada de trás do hospital, comum aos funcionários, os seguranças já me conheciam, e ainda tinha o crachá em mãos. Após uma rampa para cima, a UDIP/HD ficava à direita. A recepção estava cheia. Os residentes estavam ainda terminando uma reunião com um grupo de usuários/as.

Após aguardar alguns minutos, fomos à sala da psicologia para iniciar a roda de conversa. Após todos/as tomarem assento, expliquei como seria o funcionamento, liguei o gravador, e começamos a conversar. Durante a roda, por duas vezes, uma das recepcionistas veio chamar a enfermeira do grupo para atender a algumas demandas. Estávamos fazendo a roda durante o expediente do setor, que em geral é bem movimentado. Por isso, interrupções já eram previstas. Mesmo com a ausência da colega, continuamos o diálogo. A roda durou aproximadamente 30 minutos. Como os/as residentes precisavam continuar suas atividades, sai logo após a conclusão do momento.

3.6. Transcrição das Rodas de Conversas

Após a realização das rodas de conversa, fiz a transcrição dos áudios que foram gravados. O processo de transcrição integral de áudio ou vídeo inclui todas as falas e expressões utilizadas no momento da conversa, de modo literal, com o objetivo de preservar ao máximo o discurso original realizado na situação de pesquisa. Por esse motivo, acaba sendo um momento trabalhoso e que exige extremo cuidado e atenção.

Em geral, para a transcrição dos áudios, cada um entre 30/40 minutos, foram levadas de 4/5 horas – para a primeira transcrição completa – fora as diversas revisões. Ainda mais em se tratando de um áudio de uma roda com 6 participantes, que falavam livremente, sem ordem predefinida, e muitas vezes um/a por cima do/a outro/a.

Para a transcrição, utilizamos como base as convenções[2] de Potter e Wetherel (1987), no intuito de manter uma padronização do texto transcrito. Tais regras são necessárias para a facilitar a compreensão da análise. Dessa forma, os quadros com as transcrições integrais foram dispostos em duas colunas: *quem fala* e *o que fala* (Quadro 1).

Quadro 1 - Fragmento de Transcrição Integral

QUEM FALA	O QUE FALA
Marta (Nutricionista)	Eu acho que as clínicas são rotinas diferentes… por exemplo, na cirúrgica são mais pacientes que a clínica médica… aí, pelo menos pra minha profissão, às vezes eu me sentia pressionada de ter que ir pra visita multiprofissional, mas não

[2] As convenções a partir de Potter e Wetherel (1987), são utilizadas para indicar quando há sobreposição de falas =; ações não verbais (((choro)), ((risos)), ((silêncios))); tempo de pausa (5); material inaudível (?); informação adicional do/a pesquisador/a [ ]; citações de uma fala pelo/a participante << >>, entre outras.

	ter tempo de fazer as minhas atividades, que são necessárias de rotina, só que eu acho super importante a visita porque, de certa forma, economiza um tempo, evita que todos os profissionais passe lá pra fazer as mesmas perguntas e às vezes até os pacientes esperavam a gente, não ia tomar banho, pra poder passar primeiro, conversar, saber como é que era, mas tinha essa questão da profissão… às vezes eu perdia mais tempo na visita, do que fazendo a minha visita sozinha. Já na clínica médica não, como são poucos pacientes a gente fazia mais rápido, às vezes... (risos), e às vezes demorava
Sandra (Assistente Social)	Tinha dias que demorava muito, nera?
Marta (Nutricionista)	Era, mas eu achava que era rápido, e aí acabava que sobrava mais tempo de fazer
Pesquisador	Suas atividades
Marta (Nutricionista)	Isso.
Renato (Psicólogo)	É que eu vejo que a visita pela visita produzia efeito. Ao longo dos atendimentos, pelo menos na psicologia, eu via que… muito da… das demandas que apareciam no sistema, nessas, eu conversava muito com o José, o outro psicólogo, né, que... nessas enfermarias onde existia essa rotina de residência as… os chamados, pelo menos pra psicologia eram menor (...).

Fonte: Autor, 2022.

3.7. Construindo Estratégias de Visibilização

As tentativas de aproximação ao conteúdo discutido nas rodas de conversa ocorreram, inicialmente, por meio de leituras e releituras diversas do material transcrito. O processo de ter participado das rodas, ter escutado por horas os áudios das gravações e, ao mesmo tempo, transcrito e revisado as falas, já serviu como pontapé inicial na identificação dos temas e diálogos possíveis.

Após isso, percebemos a necessidade de elaborar estratégias que nos ajudassem a continuar nos aproximando dos temas e na visibilização do conteúdo do material de modo mais sistemático e organizado. Para isso, construímos uma adaptação de um mapa de transcrição sequencial/integral, que é um recurso metodológico que auxilia na visualização e definição dos temas ou categorias, e é elaborado a partir da identificação de todas as vozes que surgem nos áudios gravados (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

A transcrição apenas sequencial consiste na identificação, dispostas num quadro com colunas, de *quem fala* – em que ordem fala – e *sobre o que fala* e *temas*. Esse processo, no entanto, não se trata ainda de uma transcrição integral da fala, mas de uma identificação do que se versa a conversa, como ela ocorre, isso sendo indicado por meio de ações e argumentos, onde se pode observar como cada pessoa fala, as expressões que usam, sensações, repertórios etc.

(NASCIMENTO *et al.*, 2014). No nosso caso, na coluna *sobre o que fala*, já utilizamos a transcrição completa do texto, e na coluna *Temas*, fomos ao longo do processo, identificando as principais temáticas discutidas nas rodas e os repertórios utilizados para se referir a elas.

Posteriormente, fomos compondo os conjuntos de sentidos – sentidos aqui compreendidos na perspectiva construcionista enquanto empreendimento coletivo pelo qual as pessoas constroem os termos pelos quais compreendem e se posicionam no cotidiano, nas dinâmicas das relações sociais que são datadas e localizadas historicamente (SPINK, 2010).

Quadro 2 - Fragmentos de Mapa de Transcrição Sequencial/Integral

QUEM FALA	SOBRE O QUE FALA	TEMAS/CONJUNTOS DE SENTIDO
Lorena, Psicóloga	Sim, no início, eu me sentia um pouco insegura, na visita, porque como eu estava entrando na residência, então eu... e eu não sabia direito como é que eu ia agir. Só que com o passar do tempo, também com a orientação que a gente tinha recebido dos outros residentes, R2, e também com o planejamento, acho que foi muito importante, também, no início, planejar pra fazer. Depois foi algo mais natural, a gente não precisava ficar planejando o que ia fazer. Mas no início a gente viu o roteiro e fazia, depois se tornou algo mais natural. E para mim, passou a ser algo que me localizava no hospital, digamos assim, na, na, me situava na minha nas minhas atividades, eu me sentia segura fazendo, me sentia produtiva fazendo a visita multi	PROCESSO DE TRABALHO Rotinas e Trabalho Multi X Uni
Carlos, Assistente Social	É, assim, como a Lorena, eu também me sentia meio que perdido, meio estranho em relação à própria visita, né ela, ela tem alguns traços que realmente não segue, não segue algo linear, né, algo muito mais construído por aquela, por aquela equipe, inicialmente a gente pegou esse roteiro, muito mais estrutu... estruturado e um tanto frio, no sentido de elencar perguntas e você direcionar aquela visita através dali. Óbvio que nem sempre sairia igualzinho o que a gente tava ali perguntando, porque as conversas e o diálogo iam levando pra outro, pra outro meio. Mas, até, até a gente ver, né, e criar vínculo com a própria rotina da visita, é: a gente, a gente passa por ela por um momento de estranheza, né, de adaptação, de: de enxergar o paciente fora daquela lógica também só, só biológica.	PROCESSO DE TRABALHO Rotinas e Trabalho Multi X Uni

Fonte: Autor, 2022.

Após finalizarmos a construção dos mapas e identificação dos temas e conjuntos de sentidos, construímos quadros, para cada roda, com o compilado de todos eles.

Quadro 3 - Compilado de Temáticas/Conjuntos de Sentidos de uma das RC

CONJUNTO DE SENTIDOS
VISITA MULTIPROFISSIONAL POSSIBILIDADES Visita X paciente hospitalizado Processo de Trabalho multi Diferenças visita médica-visita multi Influência da prática da visita multi na atuação uni Atuação multi em outros espaços Vínculo/Envolvimento/afeto – residentes e usuários Visita multi – Diálogo: leve, não engessado Polissemia – residentes, usuários Luto/afetações/Vínculo
PROCESSO DE TRABALHO Dificuldades para o Trabalho Multi – atribuições Estresse/cobranças Visita atrapalha rotina uni Tempo Equipe fixa/preceptoria X Visita Residente é profissional? Polissemia/Afetações Vínculo – relação usuário-residente multi Diferenças entres as clínicas cirúrgica e médica Visita Multi – Clínica Médica X Clínica Cirúrgica Visita Multi como primeira atribuição recebida
VISITA MULTIPROFISSIONAL DIFICULDADES Preceptores X Visita multi Percepção de outros profissionais sobre visita multi Visita Médica X Visita Multi Rotina, cansaço Tempo
FORMAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA RESIDÊNCIA Disciplina – processo de cuidado

Fonte: Autor, 2022.

Por último, elaboramos um quadro final com as temáticas e conjuntos de sentidos de todas as rodas e refinamos ao máximo até chegar nas categorias utilizadas na análise, ficando da seguinte forma: 1) Visita Multiprofissional: Vínculos (efeitos, tempo, lutos); Diálogos e Relações; 2) Processos de Trabalho/Formação: Rotinas e Trabalho Multiprofissional versus Uniprofissional; Formação.

Quadro 4 - Quadro Final de Temáticas e Conjuntos de Sentidos

TEMÁTICAS	UBS JORGE DUARTE	USF CARMINHA	UDIP/HD	CONJUNTOS DE SENTIDOS
VISITA MULTIPROFISSIONAL	Visita X paciente hospitalizado Processo de Trabalho multi Diferenças visita médica-visita multi Influência da prática da visita multi na atuação uni Atuação multi em outros espaços Vínculo/Envolvimento/afeto – residentes e usuários Visita multi – Diálogo: leve, não engessado Polissemia – residentes, usuários Luto/afetações/Vínculo Preceptores X Visita multi Percepção de outros profissionais sobre visita multi Visita Médica X Visita Multi Rotina, cansaço Tempo	Vínculo/proximidade X Tempo Confiança para dialogar Laço Expressão/falar/abertura Acolhimento de demandas Diálogo usuário-residente-médico Diferentes setores/rotinas X Vínculo Integralidade Troca entre saberes/profissões Redução de tempo de internação Melhor qualidade de vida Menos desgaste Fortalecimento do SUS Reconhecimento Equipe Multi Demandas uni durante a visita Equipe fixa X Visita Multi Residência Multi X medicina Diálogo usuário-residente-médico Tempo Demandas uni durante a visita Estranhamentos: Não linearidade da visita Singularidade da visita (cada equipe constrói a sua)	Efeitos/polissemia/afetações Formação Uni X Multi Cansaço/rotina Polissemia/efeitos – usuários Vínculo com usuários Visita Multi – possibilidades criatividade	Vínculos (Efeitos, tempos e lutos) Diálogo/Relações
PROCESSO DE TRABALHO/FORMAÇAO	Dificuldades para o Trabalho Multi – atribuições Estresse/cobranças Visita atrapalha rotina uni Tempo Equipe fixa/preceptoria X Visita Residente é profissional?	Estranhamento/adaptação Burocracia “tempo podado” na clínica cirúrgica Residente: profissional ou estudante? Equipe fixa – visita não importante Vínculo residente-rotina da visita	Protocolo/Prescritividade Multi - Possibilidades Multi - dificuldades Multi – dificuldades - Preceptoria Diálogo – Polifonia Polissemia Polifonia Diálogo equipe multi-usuário	Rotinas e Trabalho Uni X Trabalho Multi Formação

	Polissemia/Afetações Vínculo – relação usuário-residente multi Diferenças entres as clínicas cirúrgica e médica Visita Multi – Clínica Médica X Clínica Cirúrgica Visita Multi como primeira atribuição recebida FORMAÇÃO: Disciplina – processo de cuidado	Diferentes setores/rotinas – cansaço, desmotivação, vínculo Visita/organização de rotina Enfermaria – espaço disputado Multi x Uni Rotinas individuais X trabalho multi Formação X Visita Multi Relação Equipe fixa X residentes multi Funcionamento da clínica X visita multi Equipe anteriores X Visita Multi Criatividade (cada equipe 'criou' seu modelo de visita) Segurança Localização/orientação Relação R1-R2	Dificuldades equipe multi-medicina-usuário Relação entre equipe multi x equipe médica Formação Experiência individual Uni X Multi Diferentes lógicas Polissemia - usuários	

Fonte: Autor, 2022.

Das temáticas e conjuntos de sentidos identificados, partimos para a elaboração dos mapas dialógicos. Tais mapas, que eram denominados anteriormente como mapas de associações de ideias, se constituem instrumento que auxiliam no processo de análise. Pois contribuem na organização dos discursos e elaboração das discussões, por meio da visibilização da interanimação dialógica, na qual operam negociações de sentidos, rupturas em discursos, relações de saber-poder e jogos de posicionamentos (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Quadro 5 - Fragmento de Mapa Dialógico – Roda de Conversa USF Carminha

TEMÁTICAS		
CONJUNTO DE SENTIDOS	**VISITA MULTIPROFISSIONAL**	**PROCESSO DE TRABALHO**
Rotinas e Trabalho Multi X Uni		Lorena (Psicóloga): Sim, no início, eu me sentia um pouco insegura, na visita, porque como eu estava entrando na residência, então eu... e eu não sabia direito como é que eu ia agir. Só que com o passar do tempo, também com a orientação que a

		gente tinha recebido dos outros residentes, R2, e também com o planejamento, acho que foi muito importante, também, no início, planejar pra fazer. Depois foi algo mais natural, a gente não precisava ficar planejando o que ia fazer. Mas no início a gente viu o roteiro e fazia, depois se tornou algo mais natural. E para mim, passou a ser algo que me localizava no hospital, digamos assim, na, na, me situava na minha nas minhas atividades, eu me sentia segura fazendo, me sentia produtiva fazendo a visita multi.
Rotinas e Trabalho Multi X Uni		Carlos (Assistente Social): É, assim, como a Lorena, eu também me sentia meio que perdido, meio estranho em relação à própria visita, né ela, ela tem alguns traços que realmente não segue, não segue algo linear, né, algo muito mais construído por aquela, por aquela equipe, inicialmente a gente pegou esse roteiro, muito mais estrutu... estruturado e um tanto frio, no sentido de elencar perguntas e você direcionar aquela visita através dali. Óbvio que nem sempre sairia igualzinho o que a gente tava ali perguntando, porque as conversas e o diálogo iam levando pra outro, pra outro meio. Mas, até, até a gente ver, né, e criar vínculo com a própria rotina da visita, é: a gente, a gente passa por ela por um momento de estranheza, né, de adaptação, de: de enxergar o paciente fora daquela lógica também só, só biológica.
Rotinas e Trabalho Multi X Uni		Carlos (Assistente Social): Pra minha área, por exemplo, é: eu pude, eu pude acolher e enxergar as demandas muito mais rápido ali. E: a visão dos outros, dos outros profissionais nos dá também essa possibilidade de enxergar algo que a gente não tava vendo. Então, é: era um momento de: estudar, pensar, e depois, e depois voltar com algumas algumas respostas pra aquele, pra aquele usuário também.

Fonte: Autor, 2022.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após o percurso de aproximação ao material da pesquisa e desenvolvimento de estratégias para visibilização das informações e auxilio na análise, retratado anteriormente, chegamos na apresentação propriamente dita dos conjuntos de sentidos produzidos identificados.

Na identificação dos conjuntos de sentidos, percebemos que a maioria deles versava sobre duas temáticas principais: Visita Multiprofissional e Processo de Trabalho/Formação.

Os conjuntos foram agrupados da seguinte forma nas duas temáticas principais: Visita Multiprofissional: Vínculos; Diálogos e Relações; Processo de Trabalho/Formação: Rotinas e Trabalho Multi e Trabalho Uni; Formação.

É importante mencionar que tal processo de análise não busca produzir e impor verdades absolutas de forma determinista por meio de explicações dos materiais produzidos. Dessa forma, o processo de interpretação é um processo de produção de sentidos. Nosso rigor metodológico consiste na clareza da explicitação da produção da análise e estratégias de visibilização e aproximação aos materiais (SPINK; LIMA, 2013).

Vale ser ressaltado como os temas, conjuntos e repertórios dialogam entre si e parecem se perpassar, em certos momentos. O que aponta para a característica dialógica e relacional das discussões e processos aqui tratados. A seguir apresentamos e discutimos as temáticas e conjuntos de sentidos.

4.1. Visita Multiprofissional

Parte das falas produzidas durante as RC tratava de pontos de diálogo que tinham a própria visita multiprofissional como eixo principal. Relacionadas a essa primeira temática, identificamos conversas que foram agrupadas em dois conjuntos de sentidos: Vínculos (efeitos, tempo e lutos); Diálogos e Relações.

4.1.1. Vínculos

Vínculos foi um dos conjuntos de sentidos identificados por meio dos repertórios linguísticos nas discussões das três rodas de conversa. Surgindo de diferentes formas em diferentes contextos, relacionados à visita multiprofissional, por exemplo: a visita produz vínculo entre os/as residentes; entre residentes e usuários/as, no internamento e no pós-alta; e vínculo na relação entre residentes multiprofissionais e acompanhantes de usuários.

Nas conversas, os/as residentes afirmaram que a visita auxiliou na criação de vínculo entre os/as residentes da própria equipe, desde o início da residência, contribuindo para a criação de uma relação de confiança entre eles/elas.

A visita multiprofissional foi uma das primeiras práticas que tiveram contato, desde o começo do programa, bem no momento em que muitos/as residentes eram recém egressos/as de suas graduações, acabavam de entrar no mercado de trabalho, alguns/mas que nunca trabalharam, outros que nunca trabalharam de forma multiprofissional, ou nunca trabalharam na saúde. Em suma, um momento complexo de início e adaptação, por ser novo de algum modo.

Pelas conversas, realizar visitas e trabalhar de modo multiprofissional, em equipe, diariamente, os/as auxiliou nesse processo inicial:

> (...) no início a, a visita ajudou muito assim... a criar um vínculo com os outros profissionais, né, da minha equipe, porque a gent... eu como não conhecia ninguém... e... é... o modelo da visita permitiu que a gente criasse... é... esse tipo de vínculo, de confiança um com o outro, isso em relação profissional-profissional, né (Henrique, Nutricionista).

A visita, nesse sentido, se configura como uma oportunidade para os/as profissionais da equipe interagirem, se conhecerem e aprenderem uns/umas sobre os/as outros/as e sobre suas profissões e formas de atuação. O que contribui para a construção do trabalho em equipe multiprofissional.

Surgiram muitas conversas acerca dos vínculos produzidos entre residentes e usuários durante a prática das visitas. Em alguns casos, enfatizaram que o envolvimento entre eles/as e usuários/as era como se fosse de uma família, e isso era potencializado pela realização diária das visitas. Tal modo de relacionamento parece permitir maior abertura ao diálogo, pois, de acordo com os/as residentes, os/as usuários/as sentiam-se mais a vontade para conversar, como se tivessem menos barreiras entre eles/as. Chegando a relatar sentirem falta dos encontros diários, quando esses não ocorriam por algum motivo, conforme se pode conferir nos trechos a seguir:

> E, em relação a paciente, é... o vínculo que afeta assim mesmo, que a gente tinha, era de como se fosse uma, alguns pacientes, como se fosse alguém da família mesmo. A gente passava ali todos os dias, e aí a gente criava esse… esse vínculo bem… é um laço mesmo. (...) um laço bem forte com os pacientes, que criava, depois que instituiu essa visita todos os dias. Então, é… e a gente percebia assim que eles gostavam muito, que passasse lá todos os dias. A gente via que pra eles aquilo era... tipo um suporte que ele tinha naquele ambiente hospitalar, e que muitas vezes ninguém ouvia o que ele queria falar, e a visita multi tava ali (Henrique, Nutricionista).

> (...) eu particularmente gostava muito da visita, era um momento assim que a gente tava mais próximo do paciente e eles, eles gostavam tanto que eles sentiam falta no dia que a gente não ia. Então a gente dizia: <<ah amanhã a gente não vem>>, <<ah por que vocês não vêm?>>, e sei lá, a gente criava um vínculo bom (Cristina, Enfermeira Residente).

Bottega e Castro (2018) apontam o vínculo, o acolhimento e o acompanhamento, como componentes de um cuidado, fruto de interações entre usuários/as, trabalhadores/as da saúde e instituições, que produz saúde e tratamento com qualidade. As autoras afirmam que esse movimento faz parte de um sistema de saúde cuidador, que trata, respeita, acolhe e atende as pessoas, em meio às suas fragilidades. Nesse sentido, o que chamamos de vínculo, ou seja, a construção de laços entre pessoas, é um fator que potencializa e auxilia os percursos e caminhos possíveis dos/as usuários/as na construção de seu processo de saúde.

Num processo de diálogo fruto de um modo específico de se fazer visitas, que se visa sem barreiras, hierarquias e outros empecilhos, no qual todas as vozes têm a mesma importância, encontramos as características do conceito bakhtiniano de polifonia, que é representação suprema do dialogismo. No diálogo polifônico, há ausência de excedentes na multiplicidade de vozes, rompe-se com a ideia de hierarquia, recusa-se a noção de assimetria, em que alguém fala do lugar do conhecimento absoluto e alguém ouve do lugar de sujeito passivo (BAKHTIN, 2002). Ao que indicam as falas, o vínculo resultante das visitas, propicia o diálogo e relação que se almeja polifônicos entre residentes e usuários/as.

A realização da visita também foi associada à criação de vínculo entre residentes e acompanhantes de usuários/as internados/as. Foi possível identificar nas conversas como a hospitalização afeta e envolve não somente o/a usuário/a, mas também aqueles/as que se propõem a estar os/as acompanhando, como familiares, amigos/as, entre outros/as. Nesse sentido, afirmam que a visita também funcionava como uma oferta de cuidado e apoio a tais pessoas.

Sales, Amorim e Mano (2018), numa discussão que pretende, entre outras coisas, desnaturalizar a utilização do termo vínculo, discutem como tal conceito passou a fazer parte da Política Nacional de Atenção Básica, e a que de fato ele se refere. Afirmam que vínculo se

remeteria ao acoplamento relacional entre corpos, que traz à cena a dimensão da afetividade presente de modo potencial na relação profissional-usuário/a. Sendo fundamentais para a construção e o manejo do vínculo, a possibilidade de permanência temporal do/a profissional, em certo território, de modo longitudinal, como produtor/a de cuidado.

Essa construção de vínculos que estamos discutindo está associada à percepção acerca dos efeitos produzidos pela realização das visitas multiprofissionais. De acordo com algumas falas, as visitas multiprofissionais apresentam potencial do ponto de vista da assistência integral aos/às usuários/as, contribuindo para o reconhecimento da atuação da equipe de saúde, e para o fortalecimento do SUS, entre outras coisas:

> (...) é um potencial porque nós estamos enquanto equipe multi dando uma assistência integral, vendo ele, aquela pessoa de forma integral. Então acho que é um potencial e também um potencial de fortalecer assim, o SUS, no sentido daquela pessoa reconhecer que aquilo ali é uma equipe de saúde do, do SUS, que tá, a gente ouviu muitas pessoas assim, não de moonte de gente, mas foi significativo ouvir de algumas pessoas, dizendo que a assistência que eles tavam recebendo no hospital era muito boa, de que eles tavam vendo que <<ah é parece que eu tô em hospital particular>>, mas a gente e fazer com que eles entendessem que aquilo ali é direito deles, e que o SUS é realmente isso, ((porta bate fora)) então eu acho que também tem esse potencial, a visita (Lorena, Psicóloga Residente, USF Carminha).

As profissionais destacam os comentários positivos que recebiam dos/as usuários/as acerca da assistência da equipe multiprofissional e sobre os benefícios da atenção contínua que tinham por parte dos/as residentes. Lorena, psicóloga, ressalta que aproveitava esses momentos para fortalecer as narrativas acerca dos serviços de qualidade que são oferecidos no SUS.

Ainda sobre o reconhecimento do trabalho da equipe, Carlos, assistente social, afirma que o trabalho multiprofissional auxiliava na identificação dos/as outros/as atores/atrizes que fazem parte dos processos de cuidado dentro de um hospital, para além de médicos/as e enfermeiros/as:

> E o legal também é… é que, os usuários começam a perceber que não existe só médico e enfermeiro dentro, dentro do, daquele hospital né, que eles conseguem enxergar que tem uma farmacêutica, que tem uma psicóloga, que tem um assistente social, que tem nutricionista, né. Eles começam a reconhecer outras profissões, né, que a que não são as mais comuns, pra uma internação, porque o cuidado direto realmente tá com assistência da, da... enfermagem e as consultas eles vão mais para médicos, então isso daí também fortalece muito a visão de um atendimento ((riso alto fora da sala)) e assistência integral, né, de reconhecer diversas outras áreas (Carlos, Assistente Social Residente).

Esse processo também se configura como uma via de mão dupla, ao passo que, o trabalho multiprofissional também influencia no modo com que os/as próprios/as residentes compreendem a atuação na saúde:

> Eu mesmo, por exemplo, aqui na prática de ambulatório, a minha visão é totalmente outra, eu já pego coisas assim de frases que o paciente fala, que eu já identifico, tipo precisa da assistente social, precisa da psicologia, precisa da farmácia. Já assim, muito rápido. Talvez, se eu não tivesse passado por esse processo da visita multi, isso ia passar batido (Henrique, Nutricionista Residente).

> Pra minha área, por exemplo, é: eu pude, eu pude acolher e enxergar as demandas muito mais rápido ali. E: a visão dos outros, dos outros profissionais nos dá também essa possibilidade de enxergar algo que a gente não tava vendo. Então, é: era um momento de: estudar, pensar, e depois, e depois voltar com algumas algumas respostas pra aquele, pra aquele usuário também (Carlos, Assistente Social Residente).

De acordo com os trechos acima de uma das conversas, depois de um tempo trabalhando em equipe multiprofissional, visitando todos os dias, discutindo casos e fazendo outras atividades, os/as residentes desenvolviam uma visão mais ampliada do processo de cuidado em saúde, contemplando não mais só os conhecimentos de sua formação, mas também o que aprendem dos/as outros/as e suas formações.

Em outra fala, Renato, psicólogo, traz um apontamento acerca das experiências de sua equipe com as demandas dos/as usuários/as, nas práticas de visitas:

> Mas isso acho faz parte do processo. ((Atravessamento de vozes)) Acho que os feedbacks produtivos sempre foram maiores, acho que a visita anunciou que... ((Atravessamento de vozes)) repensar o que é demanda em saúde. Que às vezes não é algo específico, eu acho que, deixa a entender que a demanda talvez fosse da visita mesmo. Teve uma paciente que a gente acompanhou no final, que eu lembro dela falar..., que ela tava sozinha, sem acompanhante. Aí uma das acompanhantes e as pessoas que tavam na enfermaria do lado, na enfermaria do lado, perguntaram: << ah, cê tá sozinha?>> é... e ela fez um vínculo muito grande com a Fabiana (enfermeira), aí falou assim << ah cê não sente falta das pessoas?>>, << não, eu tenho eles aqui, eles passam, eles passam todo dia>>. E a grande preocupação dela no momento da alta era: <<putz, e se vocês não tiverem aqui?>>. Então, isso produz um efeito (Renato, Psicólogo Residente).

De acordo com Renato, em certo momento, a rotina de visitas diárias passou a suprir uma demanda da usuária que não era tão específica, que não pertencia propriamente à saúde física, ou às intervenções de uma área profissional, era uma demanda muito mais afetiva do que biológica, ela precisava da presença de alguém que estivesse com ela, na situação de hospitalização. A frase: “eu tenho eles aqui, eles passam todo dia”, exemplifica um tipo de

cuidado baseado numa relação de vínculo que não é protocolar ou procedimental, e que faz com que a usuária se preocupe em se os/as residentes estarão por lá na sua alta.

A construção de vínculo, de acolhimento e de responsabilidade na produção de saúde, são processos que Merhy (1997) nos ajuda a pensar acerca da ideia de valises, que são uma espécie de caixa de ferramentas tecnológicas – saberes/fazeres e seus modos de desdobramentos – que são usadas por profissionais em determinados contextos da intervenção em saúde.

As "tecnologias leves" em saúde, como ele as denominou, se situam no espaço relacional entre profissional e usuário/a, e são produzidas em conjunto, entre os/as atores/atrizes que constroem o cuidado em saúde. Merhy (2013), também aponta como o cuidado não pode ser pensado apenas como um ato simples. Esse ocorre num encontro produtivo entre profissionais de saúde e usuários/as. Encontro entre quem precisa de cuidado e quem, por meio de seu saber/fazer, produz cuidado, que gera o que o autor nomeou como espaço intercessor, local em que se produz saúde por meio da intervenção mútua entre profissional-usuário/a.

Em outro momento da RC, Renato aponta como percebia, junto com outro colega psicólogo residente, o impacto das visitas multi na diminuição das demandas que surgiam para a psicologia:

> É que eu vejo que a visita pela visita produzia efeito. Ao longo dos atendimentos, pelo menos na psicologia, eu via que… muito da… das demandas que apareciam no sistema, nessas eu conversava muito com o José, o outro psicólogo, né, que... nessas enfermarias onde existia essa rotina de residência as… os chamados, pelo menos pra psicologia eram menor. E eu vejo que era produção de efeito da… da… da visita, que não era só a relação do paciente, mas como o ambiente ia ficando a partir disso (Renato, Psicólogo Residente).

"A visita pela visita produzia efeito" é outra fase que trata de um rompimento com uma lógica prescritiva. Quer dizer que em determinados momentos os/as usuários/as precisam de algo que vai para além de um procedimento catalogado cientificamente? Ao que parece, sim. Mas, na visita, o que necessariamente causa efeito? Será que a condição de espaço livre de diálogo e escuta? Ou o fato de ser realizada diariamente? Se não fossem diariamente, mas sim semanais, produziriam o mesmo efeito?

No sentido dessa discussão, durante a RC na USF Carminha, Carlos, assistente social, fala o seguinte:

> (...) pra os pacientes é... a visita, a visita realmente é o momento de maior descontração, tirando a visita dos seus, dos seus familiares e amigos. Porque é o momento em que realmente ele pode expressar e falar tudo, tudo o que ele quer, né, e... a abertura é tanta entre, entre, entre a equipe com aquele, com aquele usuário, que diversas questões aparecem ali que não foram colocadas pra, pra equipe médica

> também e que a gente pode tá auxiliando e direcionando para que seja resolvido, é... da melhor forma (Carlos, Assistente Social Residente).

Carlos afirma que, em geral, o hospital não é um lugar descontraído e leve, pelo contrário, por uma série de motivos, alguns compreensíveis, é o lugar da seriedade, do silêncio absoluto, do monólogo ou não-diálogo. Ele fala que a visita se constituía como um dos momentos mais descontraídos para os/as usuários/as, dentro da rotina hospitalar.

Essa discussão me faz pensar a partir do que Bakhtin (2008) denomina enquanto "dualidade do mundo" em sua obra Cultura Popular da Idade Média e no Renascimento – obra que objetiva compreender a influência da cultura cômica popular do período do Idade Média e Renascimento na obra de François Rabelais. O autor aponta que parece ter sido construído um segundo mundo e segunda vida, ao lado daquela que era oficial – a vida centrada nas formalidades da Igreja e do Estado –, que os seres humanos da Idade Média podiam pertencer e vivenciar em ocasiões estritamente determinadas.

Nesse segundo mundo, que tem sua experimentação marcada para início apenas nos momentos de manifestações da cultura popular, nos festejos na praça pública, nos ritos e espetáculos; vê-se a presença de um elemento cômico – caracterizado pela liberdade de rir e falar coisas não permitidas em outro momentos, até mesmo contrárias às ordens oficiais – na vida do ser humano medieval, que se opõe e promove uma ruptura ao tom sério e oficial das cerimônias religiosas, ligadas à Igreja e ao Estado Feudal (BAKHTIN, 2008). Parece ser uma metáfora necessária para se pensar nesses mundos paralelos – momentos de rupturas e subversões dos padrões e processos engessados, muitas vezes objetificantes, da rotina hospitalar – que são construídos por meio de ações de saúde que sejam comprometidas de forma ética e política com o atendimento das diversas necessidades das pessoas.

Outros repertórios que também surgiram nas conversas, em alguns momentos relacionados a vínculos, foram os que dizem respeito ao tempo. De acordo com alguns/as residentes, maior tempo de contato com usuários/as, por meio da realização diária de visitas, significava maior possibilidade de se estabelecer vínculo. Assim como, menos tempo junto ao/à usuário/a incorria em um vínculo incipiente.

Para alguns/mas residentes a visita demorava demais para terminar, e isso era um problema, porque comprometia suas rotinas uniprofissionais, fazia com que residentes e usuários/as cansassem, entre outras coisas; para outros/as, a demora, que acontecia às vezes, tinha a ver com o processo de implantação do trabalho multiprofissional.

> Porque assim, a nossa equipe, ela tem uma característica diferente da outra equipe. A nossa, a gente demorava mais, isso é fato, a gente admite, porque cada um vai ter sua forma de direcionar aquela visita, e a gente acabava demorando mais, isso é fato. Mas a gente também entendia que meia hora que a gente passava, pra gente era importante, principalmente pra aquele paciente, pra aquele usuário que a gente (parte incompreensível). Meia hora em paciente tem, tem pacientes que realmente a gente demorava muito, mas aí porque a gente tava tentando fazer um atendimento multi, que é a mesma coisa que a gente tá tentando implantar aqui, esse atendimento multi (Helena, Assistente Social Residente).

> (...) E sempre, às vezes demorava muito numa área, mas demorava muito, por exemplo, muito na, na nutrição, muito na enfermagem. E às vezes nós outros, das outras áreas ficávamos mais somente acompanhando. Entendeu, entendeu como é? (Sandra, Assistente Social).

> Resumindo, se for uma coisa rápida, que você possa resolver rápido a demanda, não se torna chato, mas se for uma coisa que vá demorar, vai demandar tempo, acho que fica, fica chato, que você tem que dar conta de todos os pacientes, aí acaba perdendo tempo em um só, entendeu? = (Sheila, Farmacêutica Residente).

Na primeira fala, os/as residentes comentam sobre como a equipe deles/as tinha um modo de funcionamento particular nas visitas, que acabava por fazer com que demorassem mais tempo em cada usuário/a. Sobre isso, Helena, assistente social, aponta que eles/as entendiam que o tempo a mais que passavam era importante tanto para residentes quanto para usuários/a, e tinha a ver com um processo de implantação da prática multiprofissional.

No segundo trecho, Sandra, assistente social, fala um pouco sobre como percebia a visita feita por seu grupo, e aponta incômodos em relação a alguns/mas profissionais que tomavam mais tempo na realização das visitas, como os/as de nutrição e enfermagem, o que fazia com que fosse cansativo para o/a usuário.

Cruz e Bernardes (2019), relatam como as experiências na realização de visitas multiprofissionais diárias são diversas e se modificam ao longo da implantação da prática na residência multiprofissional. Isso ocorria devido ao caráter dinâmico do ato de visitar e às especificidades das diferentes situações, equipes, dias, horários, usuários/as, entre outras coisas, que faziam com que cada visita fosse uma experiência única.

De acordo com os autores, no início, a visita multiprofissional se configurava de modo ainda compartimentalizado, no qual, cada profissional tinha seu momento de fazer perguntas, referentes à sua área, no que parecia ser uma tentativa de encontrar espaço ou demarcá-lo. Só após certo tempo, diante de tentativas, testes, modificações e com o contato mais próximo com os/as outros/as profissionais, que conseguiram uma maior familiarização com o processo e uma prática menos burocrática e procedimental (CRUZ; BERNARDES, 2019).

No terceiro trecho, a farmacêutica Sheila, comenta sobre o fato de que às vezes, em determinadas visitas, surgia uma demanda muito específica para certo/a profissional, e esse tinha a possibilidade de atender na hora ou depois. Ela afirma que se fosse uma demanda mais demorada, ficava chato aguardar, principalmente levando em conta os/as outros/as usuários/as que aguardavam a visita.

Existiria um tempo ideal ou necessário para a realização das visitas multiprofissionais? Esse incomodo com o tempo teria a ver com a necessidade de se fazer outros procedimentos com os/as usuários que estão sendo visitados, de dar prosseguimento à rotina hospitalar? Ao que consta, a visita multiprofissional se configura como uma prática em saúde, uma prestação de cuidado, um tipo de atendimento. Ela também não é parte da rotina?

Os vínculos resultantes das visitas multiprofissionais também reverberam nas formas como os/as residentes se relacionavam com as situações de morte e luto durante a residência. Nas conversas, foram relatados momentos em que usuários/as que estavam sob seus cuidados, acabavam falecendo. Os relatos foram marcados por falas emocionadas, que afirmavam o quão difícil era lidar com algumas dessas experiências:

> E as perdas foram muito difíceis, perder foi muito difícil. Teve pacientes que a gente perdeu que foi muito difícil pra gente da equipe, tem pacientes que a gente nunca vai esquecer. Que a gente lutou, lutou... eu me lembro de uma frase que você disse [referindo-se à membro/a da equipe] e eu não vou esquecer mais: <<a gente fez tanto, tanto, tanto, não acredito que não deu certo>> (Helena, Assistente Social Residente).

> (...) sem a visita, talvez a gente não tivesse oportunidade também de passar por isso, que também é um processo importante. De qualquer forma é um processo que a gente tem que aprender a lidar também, né… (Clara, Enfermeira Residente).

Lembro da primeira morte que vivenciei enquanto residente. Estava nos primeiros meses de residência, na clínica cirúrgica. Foi uma morte muito inesperada para toda a equipe. Havíamos visitado o usuário alguns minutos antes. Que sensação estranha, não poder fazer mais nada para alguém continuar vivo. Penso no texto de Suassuna (2005), em O Auto da Compadecida, "o encontro com o único mal irremediável". O hospital é um desses lugares em que a morte e o luto são temas cotidianos. A sensação de impotência e perda, a memória que nunca vai ser esquecida, a tristeza, falam do vínculo e processo de cuidado construídos pelo contato diário entre nós e usuários/as.

Sodré (2002) aponta para as transformações que "o morrer" vem passando, a partir do surgimento de tecnologias que trazem a possibilidade do retardamento da morte – tornando-a um momento mais distante –, ou da atenuação e/ou diminuição da dor de quem está em

momento terminal. Nesse sentido, a morte deixa de ser um episódio para ser um processo complexo, que envolve questões históricas, culturais, econômicas, familiares e afetivas.

Barbosa e Carvalho (2016) e Costa, Garcia e Goldim (2017) apontam para a sensação de despreparo relatada por residentes, em diferentes pesquisas, em relação às situações de morte que vivenciam durante suas formações. De acordo com os/as autores/as, nos programas de residência, as experiências e reflexões acerca do tema da morte ocorrem, em geral, por meio da prática profissional, havendo lacunas no processo formativo. Argumentam sobre a necessidade e a importância da criação de outros espaços para discussões e aprendizados sobre os processos vinculados à morte dentro dos programas de residência.

4.1.2. Diálogos e Relações

Esse conjunto de sentidos diz respeito às diversas formas de diálogos e relações que os/as atores/atrizes da residência estabelecem com as visitas multiprofissionais e que foram tratadas nas RC.

Primeiramente, as relações que existem entre usuários/as e a visita multiprofissional. Em diversos momentos, foi possível perceber discursos variados que apontam como a configuração de visita multiprofissional, permite com que usuários/as e residentes estabeleçam uma relação entre si, na qual aqueles/as sentem-se à vontade para conversar e expor questões de suas vidas, que em geral, não expõem para outros/as profissionais.

Os/as residentes relataram que alguns/mas usuários/as se preparavam para o momento da visita, tomavam banho com antecedência e ficavam na expectativa da chegada dos/as profissionais. Alguns/mas até cobravam a realização da visita e sentiam falta quando algum/a residente não estava presente; outros/as usuários/as preparavam lanches em certos horários para eles/as, quase que numa espécie de relação de cuidado mútuo, como podemos ver nesses trechos:

> (...) Aí eu acredito muito que eles se sintam muito mais, muito mais confiantes, muito mais, é, é, muito, muito mais fortes em querer, em querer conversar, em querer, é, dialogar e expor mesmo algumas coisas. É... a visita, a visita ela traz esse laço, esse laço de, de, de proximidade (Carlos, Assistente Social Residente).

> (...) Então, tinha paciente, a grande maioria, esperava a gente de banho tomado, vestidinho, no leito, pra conversar. Tipo, eles têm aquela expectativa realmente de que a equipe vai chegar (...) (Joana, Farmacêutica Residente).

> E, vários momentos que a gente passava diziam: <<oxe, vocês não vêm aqui não é?>>, <<Não me viram não é?>>, <<Vocês não vão passar aqui não?>>, <<A gente vai já, vai já…>> Assim, foram momentos que realmente, enquanto pessoa, aquela visita, ela fez a gente crescer muito (Helena, Assistente Social Residente). E se um faltasse a visita, eles sentiam falta (Henrique, Nutricionista Residente). Eles sentiam falta! Perguntavam (Helena, Assistente Social Residente). Cadê fulano, nutricionista, cadê a psicóloga? = (Henrique, Nutricionista Residente). No final de semana, eles também comentavam que também era ruim porque a gente não tava lá, que era muito parado, e que não teve a, não teve a nossa visita (Clara, Enfermeira Residente).

> Tinham pacientes que chegavam, já sentíamos que se preocupavam tanto com a gente, que tipo eles faziam um lanche da tarde pra gente. Tinha paciente que o pessoal chegava lá ele dizia: "olhe, hoje eu comprei é... (Nutricionista UBS Jorge Duarte). Trufa! (Joana, Farmacêutica Residente).

Tais pontos, inclusive a conversa em que os/as residentes afirmam sobre a expectativa dos/as usuários/as pela visita, e a reclamação pelo final de semana parado sem receber visita, tratam de um modo de relacionamento profissional-usuário/a que, em geral, não é comum da lógica hospitalar. Lógica essa que compactua com a neutralidade, com o distanciamento e assepsia, não só físico-geográficos, e que torna o hospital um lugar, muitas vezes, indesejável, solitário e adoecedor (TESSER; LUZ, 2008), ficando claro que a visita permite o estreitamento de relações entre profissionais e usuários/as.

Outra relação apontada foi entre preceptores/as e visita multiprofissional. Surgiram muitas falas que apontavam para um movimento, por parte de alguns/mas preceptores/as, de privilegiar ações uniprofissionais, ao passo em que desfavoreciam e posicionavam-se de modo contrário à realização de visitas multiprofissionais:

> Porque tinha que ler prontuário, tinha que ver o exame bioquímico, tinha que atualizar mapa, entendeu? E os preceptores, eles não querem saber disso, que a gente visite multi… (Henrique, Nutricionista Residente).

> (...) e como cada preceptor é enxerga a visita multi também influencia. Porque a minha preceptora, por exemplo, ela não era a favor de se passar a visita multi diariamente. E aí, tudo isso gera algumas consequências, pressões né… enfim (Clara, Enfermeira Residente).

> Rapaz, falando da minha preceptoria, eu não via muito a favor não dessa visita diária. Porque na verdade pra algumas pessoas esse conceito de você trabalhar multiprofissional não quer dizer que você tem que tá na equipe o tempo inteiro e, por exemplo, na minha percepção não, eu posso fazer a minha visita e depois sentar com a minha equipe e discutir um caso, por exemplo. Eu vou tá trabalhando com outras profissões e acho que isso é... dificulta um pouco às vezes, as percepções diferentes dos profissionais (Marta, Nutricionista Residente).

> Agora, a professora... a... a preceptora não tá mais lá, na cirúrgica. Mas, eu tinha uma preceptora, que eu passava a visita multi, aí tinha que esperar ela passar tudo de novo, nos meus pacientes. (atravessamento de vozes) Perguntar tudo que eu tinha perguntado (Henrique, Nutricionista Residente). Agora repare que tipo de percepção o paciente pode ter disso, <<ele não já passou aqui?>> (Carmen, Psicóloga Residente). Pra que tá passando de novo? É um pouco estranho né?! (Carmen, Psicóloga Residente). Não, e a (atravessamento) (Clara, Enfermeira Residente). Aí

> você se sentia mal com isso? (Pesquisador). Me sentia (Henrique, Nutricionista Residente). Enfermeira: E a própria preceptora, que não facilitava então também esse processo, da compreensão da visita multi (Clara, Enfermeira Residente).

Falas como: “e os preceptores, eles não querem saber disso, que a gente visite multi”; “porque a minha preceptora, por exemplo, ela não era a favor de se passar a visita multi diariamente”; “falando da minha preceptoria, eu não via muito a favor não dessa visita diária”; “e a própria preceptora, que não facilitava então também esse processo, da compreensão da visita multi”; sugerem que preceptores, de algumas áreas, não eram a favor da realização de visitas multiprofissionais. A primeira pergunta que nos vem é: por quê? O que faria com que profissionais vinculados a um programa de residência multiprofissional não concordassem com uma atividade de caráter multiprofissional?

Feuerwerker (2005) aponta como são esperadas contradições como essas, entre o que é instituído e a forma pela qual os/as profissionais atuam em seus processos de trabalho. No entanto, reforça que tais contradições precisam ser trazidas à tona ao diálogo e aos poucos superadas, para que não continue se perpetuando modos de funcionamento que já não fazem mais sentido.

Mesmo diante das conversas sobre como algumas pessoas da preceptoria lidavam com a visita multi, dois grupos diferentes de residentes relataram como o relacionamento com uma preceptora de psicologia, em específico, foi importante para que eles se sentissem melhor em relação à visita e mais apoiados. Uma das residentes, psicóloga, chega a afirmar que sem essa profissional, não sabia se a visita existiria no cenário da clínica cirúrgica, pois ela contribuía de modo significativo para o próprio funcionamento da visita.

> (...) é o olhar da equipe, o olhar da equipe que tá no hospital sobre a importância daquela visita multi (Helena, Assistente Social Residente) Começando dos preceptores que estão vinculados à residência, o que já foi citado aqui um pouquinho (Carmen, Psicóloga Residente) Porque assim, a mínima pessoa que a gente sentiu um apoio, de fazer essa visita funcionar e que ela era importante, era da Mirela (psicóloga preceptora), porque dos outros… (Helena, Assistente Social Residente) Se não fosse a Mirela (psicóloga preceptora) na clínica cirúrgica (Henrique, Nutricionista Residente). Eu não sei se tinha não essa visita (Carmen, Psicóloga Residente).

Numa outra RC, lembrei, junto com os/as residentes, como essa preceptora fazia questão de ir à sala de prontuários – uma sala com computadores e prontuários físicos que fica ao lado do posto de enfermagem –, que geralmente era repleta de médicos, para avisar que a visita multi começaria e convidá-los/las para acompanhar. Essa atitude para mim na época, em minha primeira atuação profissional da vida, era fundamental para a aproximação necessária entre equipe multiprofissional e equipe médica.

Tais questões trazem ainda outras reflexões: Como que posicionamentos desse tipo reverberam nos/as residentes, num contexto em que eles precisam prestar contas aos/às preceptores/as e no qual os/as preceptores/as os/as avaliam?

A atuação de residentes está vinculada à presença de profissionais de suas áreas, com mais tempo de formação e experiência, que atuam como mentores/as/orientadores/as e/ou supervisores/as de suas práticas profissionais, com vistas a acompanhar e ensinar o que for necessário (CEBALLOS BARRERA, 2014; CORONA MARTINEZ; FONSECA HERNANDEZ, 2013). Esses/as profissionais são chamados/as de preceptores/as. A prática de preceptoria se inicia com as residências médicas, sendo já prevista no documento que as regulamenta, em 1977 (BRASIL, 1977). É também descrita, posteriormente, nos documentos que instituem as residências multiprofissionais em saúde, como a resolução de 2012 do MEC (BRASIL, 2012).

Fajardo e Medeiros (2018) afirmam também que a preceptoria, enquanto responsável pela formação de residentes em programas multiprofissionais ou em outras áreas profissionais, é herdada da tradição dos programas de residência médica. Os autores afirmam que, em geral quem exerce essa função, a acumula com atividades de atenção em saúde que também fazem parte do cargo que ocupam em alguma instituição de saúde.

A palavra preceptor/a se refere àquele/a que precede outro/a em certa tarefa ou atribuição, lugar que é ocupado por quem supostamente tem alguma experiência pregressa com o que o/a residente deverá fazer. A função de preceptoria se constitui como resultado de um jogo de posições no campo da formação na modalidade residência e, apesar de estar prevista nos documentos legais dos programas, a formação para o exercício da preceptoria ainda não está instituída, nem mesmo o tempo de experiência que é necessário para ocupá-la. Sem falar que o exercício da função costuma transcender a carga horária previstas e atividades formais dos/as profissionais que a exercem – o que fala de uma certa precariedade da preceptoria (FAJARDO; MEDEIROS, 2018).

Outro ponto de diálogo identificado foi a relação entre residentes e equipe fixa, tanto da clínica cirúrgica, quanto da clínica médica. Em diversos momentos em que essa relação era apontada, os/as residentes afirmavam como ela pode ser benéfica ou não para a atuação da equipe multiprofissional de residentes, inclusive para a prática de visitas multiprofissionais, que era algo que os/as residentes estavam tentando implementar e inserir na lógica de funcionamento dos setores. Assim, surgiram sempre conversas nas rodas sobre se após a saída dos/as residentes, as atividades propostas e realizadas por eles/as seriam continuadas, ou não:

> Mas, é... dependendo da... de como isso realmente se configura, pode até atrapalhar, porque se é uma coisa que a equipe não compra, por exemplo: vai passar outra enfermeira ali depois, um outro médico, um outro estudante de medicina, pra perguntar a mesma coisa? Então, aquilo acaba mais atrapalhando do que contribuindo. Então, se é algo só pra cumprir rotina, pra cumprir protocolo, pra dizer que a residência faz... Também tem que ver até que ponto aquilo ali realmente vai ser comprado pelo hospital, pela equipe que tá ali no setor, porque a gente vai sair e eles vão continuar. Então, pode ver até que ponto vai atrapalhar e vai contribuir (Carmen, Psicóloga).

Ainda sobre essa questão, algumas residentes da USF do Carminha, afirmam que, sem a residência, a prática de visitas multiprofissionais não existiria no hospital, nos setores que elas tinham passado. Tal afirmação aponta para uma vinculação da prática de visitas às ações da residência que é interessante, ao passo que se implementa a lógica que baseia a proposta dos programas de residências enquanto estratégia de Educação Permanente; mas que também anuncia a lacuna existente na prática dos/as profissionais em relação às ações multiprofissionais.

O diálogo entre residentes multiprofissionais e equipe médica – aqui compreende-se acadêmicos, residentes e médicos em geral – também foi tema presente nas discussões das RC. Em geral, há uma dificuldade de diálogo entre esses atores/atrizes, caracterizada de modo principal por um distanciamento. Dificuldade que é traspassada em alguns momentos pelas características pessoais dos membros de cada uma das equipes.

Tal situação é de longo debate e remonta os processos de construção e regulamentação das diferentes profissões de saúde e dos próprios programas de residência, médica e multiprofissional. Dallegrave (2008), constrói em sua dissertação, um debate e argumentação – a partir das diferentes vozes dos/as atores/atrizes que constituem esse debate – acerca das diversas disputas, jogos de poder e discursos/vozes que circulam nos contextos dos dois principais tipos de residência que temos no país.

Ela aponta para um movimento da medicina, de se colocar como profissão à parte das outras profissões de saúde, visando manter o status quo, posições de privilégio e os modos hegemônicos de se fazer saúde. Assim como afirma ser a residência multiprofissional em saúde uma invenção cultural, estrategicamente fabricada para e a partir do SUS, num sistema complexo de relações, associada aos discursos da integralidade, trabalho em equipe, e outros, que objetiva rever os caminhos para a formação de profissionais (DALLEGRAVE, 2008).

Segundo alguns outros posicionamentos, essa dificuldade de diálogo parece se estender também à relação com os/as usuários/as, visto que em vários momentos, os/as residentes multi se põem como interlocutores/as entre as demandas dos/as usuários/as e a equipe médica.

> E também seria legal o sentido das visitas se elas fossem mais integralizadas né, tipo com os médicos, porque tem muitas coisas que a gente não sabe responder na hora, aí tem que ir atrás do médico. Principalmente na cirúrgica, que parecia o mestre dos magos, uma hora tava lá, uma hora já não tava (Sheila, Farmacêutica). É, a minha percepção é essa. Que às vezes eles não conseguiam conversar o que eles queriam com o médico (Sandra, Assistente Social). E ficava perguntando até a gente: <<e esse procedimento, vai demorar? Vai doer? Vai fazer o que? Como é?>> (Marta, Nutricionista).

Na primeira fala, a residente de farmácia usa uma comparação da figura do médico da clínica cirúrgica com a de uma personagem de um desenho animado. No desenho, a personagem é uma espécie de guia para jovens que estão perdidos em um mundo que não é o seu. O mestre dos magos tem o dever de guiar esses jovens por situações inusitadas em busca de uma passagem de volta para seu mundo, mas sempre, quando as coisas complicam, o mestre some e deixa os jovens sozinhos à própria sorte, e eles acabam nunca conseguindo voltar para casa.

Após a fala da residente, todos/as rimos, pelo modo engraçado como soou. No entanto, apesar do tom jocoso, nossa colega nos trouxe uma metáfora interessante para pensarmos o contexto da clínica cirúrgica e as dificuldades de diálogo e compartilhamento de informações que se tem nele. Claro que já se imagina que numa clínica cirúrgica, a maioria dos médicos passem a maior parte do tempo no centro cirúrgico, realizando cirurgias ou auxiliando nelas. Mas será que essa justificativa por si só se basta?

Lembro que, durante minha passagem enquanto residente pela clínica cirúrgica, geralmente, um/a dos/as médicos/as da escala do dia deveria estar disponível, caso fosse necessário. Apesar disso, com frequência também tínhamos dificuldade de encontrá-lo/a, principalmente quando precisávamos fazer a ponte entre alguma necessidade do/a usuário/a e um tipo de informação que só o/a médico/a poderia fornecer. Fica evidente que essa discussão apesar de nos envolver, também extrapola nossas profissões e contextos, adentrando por uma discussão que me parece também ser presente na medicina, quase como uma disputa de especialidades e práticas. No entanto, do nosso lugar, precisamos sinalizar e buscar dialogar sobre, pois, diferente das personagens do desenho animado, não queremos que os/as usuários fiquem “para sempre presos” no hospital.

Em determinado momento, durante uma das RC, os/as residentes falaram de uma situação ocorrida na clínica cirúrgica, que tem a ver com certas formas de diálogo e relações que alguns atores/atrizes estabelecem com os/as residentes.

Segundo o relato, representantes da COREMU vieram adverti-los/as devido a um documento enviado por profissionais da clínica cirúrgica, no qual continha uma reclamação

acerca do horário de início das visitas multiprofissionais por parte da equipe deles/as. Durante o relato, houve falas como as seguintes:

> Teve isso, só que poderia muito bem ter chamado: <<olhe gente, a gente tá precisando que vocês comecem a visita mais cedo, que reduzam o tempo…>>, mas não, mandaram uma reclamação na COREMU e a COREMU veio falar com a gente, coisa que eu acho que não teve essa necessidade (Joana, Farmacêutica Residente). E como é que vocês se sentiram nisso? (Pesquisador). Impotente né?! Porque (atravessamento de vozes) (Henrique, Nutricionista Residente). Porque aí, a gente como residente, a gente meio que não tem direito a nada né?! Então, tipo, o preceptor manda, a gente tem que obedecer. Só que é uma coisa que a gente também é profissional, então poderia muito bem ser conversado, ninguém é criança, e que poderia ter sido uma coisa acordada e não exigida (Joana, Farmacêutica Residente).
>
> Foram momentos bem complicados mesmo, foi a gente ficou irritado mesmo, essa é que é a verdade, a palavra certa é irritados, chateados, porque parecia que a gente não era profissional, tava tratando a gente como se a gente fosse criança (Helena, Assistente Social Residente).

Durante a conversa os/as residentes evidenciam incomodo e desconforto com o modo de posicionamento dos/as profissionais e preceptores/as da clínica, que ao invés de dialogarem de modo direto e tentarem negociar um acordo sobre suas demandas, recorreram a uma instância superior aos/às residentes, que poderia exercer controle e autoridade sobre eles/as, num caminho contrário à lógica do diálogo, mas comungando com posicionamentos hierárquicos, típicos do meio hospitalar. E aí surge o questionamento da residente: “a gente meio que não tem direito a nada né?!” Esse reflete a sensação de “impotência” e a dimensão de silenciamento do ato. Fica mesmo parecendo que não se trata de uma relação com profissionais, mas de adultos autoritários com suas crianças que necessitam de uma atitude mais “enérgica” que lhes dê limites.

Bakhtin (1997), nos aponta as características intencionais e valorativas do processo de comunicação, presentes nas falas dos/as participantes de todo tipo de diálogo. Nesse sentido, para o autor, não há interanimação dialógica que não tenha intenções e que não seja perpassada pelos diversos valores de quem dialoga. Todo diálogo traz consigo um jogo complexo de endereçamentos e posicionamentos, no qual, quem fala, se posiciona e posiciona os/as outros/as. Esse jogo pode ser compreendido a partir das entonações e colorido expressivo, ou seja, como se fala (de modo seco ou frio, respeitoso, caloroso etc.), e nos lugares/posições sociais ocupados, afirmados e reinvidicados (ou não) nos diálogos.

Duarte (2021) afirma que as formas de identificação do/da residente e dos lugares que ocupam, são fortemente marcadas por relações de poder. Nesse movimento, ele/a pode transitar por lugares diversos, sendo identificado/a como profissional, quando seu trabalho é necessário

ao serviço; como estudante, ao reivindicar o caráter formativo da residência, e/ou como alguém em treinamento em serviço; transitando por esses lugares – e sendo colocado/a neles –, de acordo com o que é conveniente a eles/as e/ou aos/às outros/as. Como aponta a autora, essas disputas que se enredam, vão para além do reconhecimento de si, pois são atravessadas pelos modos como o/a outro/a nos posiciona e – ou não – reconhece, interferindo no ser/estar residente (DUARTE, 2021).

Duarte (2021) afirma ainda que, apesar do que se vê nas legislações acerca de como deve funcionar a Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto modalidade de pós-graduação *lato sensu*, que se volta para uma educação em serviço, entre outras coisas, o que se evidencia no dia a dia são projetos distintos e diversas disputas, a níveis macro e micropolítico, que influenciam nos modelos educacionais desenvolvidos e práticas pedagógicas adotadas. Produzindo atores/atrizes que se posicionam e são posicionados de diferentes formas o tempo inteiro.

Outro ponto abordado foi a respeito das possibilidades de diálogo proporcionadas pela prática de visitas multiprofissionais entre os/as próprios/as residentes. Tal ponto de diálogo, parece dizer respeito à própria discussão acerca da lógica da multiprofissionalidade na saúde.

O psicólogo da UDIP/HD afirma como o ato de "ouvir junto", realizado por pessoas diferentes – diferentes em suas histórias, modos de ser, formação – propicia uma produção de diálogo diferente da que seria produzida se cada um fosse falar individualmente com o/a usuário. Vejamos a fala a seguir:

> (...) e eu acho que durante a visita, é, ficava evidente, (parte incompreensível) perceber que nós somos seres humanos e ouvindo a mesma coisa a gente ouvia diferente. Então é um lugar, um ponto de diálogo, então é muito diferente o que acontecia. E eu acho que aquele momento que a gente ouve junto a gente criava a possibilidade de... de dialogar, por mais que a gente tivesse conversando ali pontualmente sobre as questões que apareciam, a gente entendia os equívocos da comunicação e a gente poder, e expandir de, e tem essa questão logística mesmo da, que a M fala. É aquele momento que, é... estamos conversando sobre algo e a pessoa está presente ((telefone tocando na sala)), tá falando da medicação e a farmacêutica tá presente, ou serviço social, nutrição, psicologia. Produzia algo diferente (Renato, Psicólogo Residente).

Aqui podemos refletir sobre algumas questões a partir de Bakhtin. Será que, em alguma medida, conseguimos superar os equívocos nas nossas comunicações? Na medida em que pensamos nas dimensões não só de quem fala, mas também na de quem escuta, segundo o autor, todo processo de diálogo é complexo, dinâmico, inacabado e contraditório. Pois não se tem um sentido único, ou única interpretação, ou intenção. Esse processo se inicia na nossa introdução ao que chamamos de língua materna, que se dá de modo distinto e singular, ao passo que cada

um apreende o mundo a partir de suas perspectivas e contexto. O que acaba gerando em nós a ilusão de que existe uma única língua e que sempre entendemos aquilo que o outro quer falar. Pois todo ato comunicativo é, na verdade, incerto, falamos e nunca sabemos o que o outro vai, de fato, entender (BAKHTIN, 1997; 2002). Isso é potencializado quando pensamos também nas diferentes formações dos/as diferentes profissionais da saúde. Durante cada processo formativo, cada um/a aprende e desenvolve diferentes formas de pensar sobre saúde, cuidado, princípios do SUS etc.

Nesse sentido, Spink (2003) traz uma discussão acerca da necessidade de se problematizar o conceito de multiprofissionalidade que tanto é usado para se referir a certos modos de trabalho em equipe. Segundo a autora, o que acontece no cotidiano de atuação em equipes de saúde é que a multiprofissionalidade é regida por uma lógica de fragmentação, que determina os saberes e fazeres das profissões de saúde. Tal processo surge sob influência do paradigma da ciência moderna clássica, racionalista, que compartimentaliza o conhecimento em disciplinas estanques – paradigma da disjunção, simplificação e redução.

Como aponta a autora, tal fragmentação do conhecimento em diversas disciplinas, apesar de possibilitar um acelerado crescimento dos saberes, de modo paradoxal, dificulta a apreensão do todo. O que faz que a unidade indivisível da saúde seja tomada de modo multifacetado (SPINK, 2003). Desse modo, as equipes acabam por reproduzir as posições que são ocupadas historicamente pelas profissões, fazendo com que haja uma perpetuação de um cuidado fragmentado. Spink (2003) aponta que esse processo implica em duas perspectivas que se complementam: uma fragmentação dos “saberes” (conhecimento), estratégia de exercício de poder; e uma fragmentação dos “fazeres” (práxis, trabalho), em defesa de espaços de atuação.

A autora aponta para a superação desses processos por meio da adoção de uma postura de compreensão dos modos que se estruturam os diversos tipos de práticas discursivas, diferentes das que utilizamos, num movimento de enfrentamento das possíveis barreiras de contato que foram construídas ao longo do tempo, entre os diferentes. Visando uma integração – que não se pretende ser uma equalização dos saberes/fazeres, nem mesmo a submissão das diferenças e especificidades a alguma verdade única e inequívoca (SPINK, 2003).

4.2. Processo de Trabalho/Formação

Outros repertórios foram identificados nas rodas de conversas e foram agrupados na temática Processo de Trabalho/Formação. A essa temática, foram associados os seguintes

conjuntos de sentidos: Rotinas e Trabalho Uniprofissional *versus* Multiprofissional; e Formação. A seguir serão apresentados e discutidos.

4.2.1. Rotinas e Trabalho Uniprofissional v*ersus* Multiprofissional

Esse tópico apresenta diferentes posicionamentos acerca da relação entre rotinas e trabalho *uniprofissional versus* multiprofissional conversados nas RC, e suas relações com a visita multiprofissional.

Foi possível perceber na conversa que, apesar de os/as residentes fazerem parte de um programa de residência multiprofissional em saúde, suas práticas ainda são marcadas por uma quantidade considerável de atividades uniprofissionais. Algumas falas apontaram para a existência de rotinas que são multiprofissionais e outras que são uniprofissionais na atuação cotidiana. Em geral, há uma quantidade considerável de rotinas uniprofissionais em comparação com as multi, de modo principal em certas áreas, como nutrição e enfermagem. Diante de rotinas uniprofissionais diferentes, temos também cobranças e consequências diversas, que reverberam em como os/as residentes vivenciam suas práticas. É importante ressaltar que o intuito de nossa discussão aqui não é entrar em modo policialesco e dizer o que está certo ou errado, mas sim, numa perspectiva mais analítica, compreender os diferentes posicionamentos dos atores/atrizes e que sentidos produzem nas práticas profissionais.

O nutricionista Henrique (UBS Jorge Duarte), por exemplo, afirma que devido ao processo de trabalho uniprofissional da nutrição, a visita o atrapalhava:

> (...) E… é, no meu caso, é porque eu tinha que tá certos horários, eu tinha que tá ali, entendeu? Porque se eu passasse 5 min além daquilo… (Henrique, Nutricionista Residente). Aí a visita te atrapalhava? (Pesquisador). Aí a visita atrapalhava, porque às vezes a visita demorava. Aí, exemplo, na clínica médica mesmo às vezes a visita demorava muito, porque eram pacientes muito crônicos, e aí a gente acabava ficando quase uma hora de visita. Na cirúrgica ela demorava menos, mas tinha dias que demorava muito. E como são muitos pacientes, é eu, é eu não tinha tempo de tá ali despendendo aquele tempo todo de tá conversando pra poder é… (Henrique, Nutricionista Residente). Sendo que tinha outros afazeres já esperando (Clara, Enfermeira Residente). É, tinham outros afazeres pra fazer (...) (Henrique, Nutricionista Residente).

O nutricionista fala ainda como em determinado momento, no fim do primeiro ano da residência, “já não aguentava mais” realizar as visitas multiprofissionais. Não consegui conter minha surpresa ao ouvir tal fala, mas foi com esse discurso que ele apontou como a estrutura da rotina uniprofissional o sobrecarregava, causava sofrimento e influenciava, inclusive, na sua

percepção acerca da visita multiprofissional, fazendo-o não querer mais visitar de modo multi no final do primeiro ano da residência.

Ainda outra fala de uma nutricionista, dessa vez de Marta (UDIP/HD), sobre como era difícil escolher entre fazer visita multi ou fazer suas atividades de rotina uniprofissionais:

> Eu acho que as clínicas são rotinas diferentes… por exemplo, na cirúrgica são mais pacientes que a clínica médica… aí, pelo menos pra minha profissão, às vezes eu me sentia pressionada de ter que ir pra visita multiprofissional, mas não ter tempo de fazer as minhas atividades, que são necessárias de rotina, só que eu acho super importante a visita porque, de certa forma, economiza um tempo, evita que todos os profissionais passe lá pra fazer as mesmas perguntas e às vezes até os pacientes esperavam a gente, não ia tomar banho, pra poder passar primeiro, conversar, saber como é que era, mas tinha essa questão da profissão… às vezes eu perdia mais tempo na visita, do que fazendo a minha visita sozinha. Já na clínica médica não, como são poucos pacientes a gente fazia mais rápido, às vezes... (risos), e às vezes demorava (Marta, Nutricionista Residente).

Expressões como: "aí a visita atrapalha" e "às vezes eu me sentia pressionada de ter que ir pra visita multiprofissional, mas não ter tempo de fazer as minhas atividades", falam de uma espécie de disputa entre multiprofissionalidade e uniprofissionalidade, presente no cotidiano da residência. Ponto que também está relacionado à lógica de fragmentação de saberes e fazeres apontada por Spink (2003).

No conjunto diálogos e relações, discutimos um pouco sobre como preceptores/as de algumas áreas não eram a favor da visita multiprofissional, ao passo em que privilegiavam ações uniprofissionais. Aqui vemos como tais modos de posicionamento pesam nas decisões cotidianas dos/as residentes sobre as práticas: aventuro-me com minha equipe na realização de uma prática multiprofissional ainda em construção e buscando validação; ou cumpro o papel que me é esperado?

Na tentativa de melhor compreender tais questões, recorri ao projeto político-pedagógico vigente da residência multiprofissional em saúde da UFAL. Busquei nele qualquer referência que pudesse ter sobre a atuação multiprofissional e suas nuances. Existem afirmações em partes fundamentais do documento acerca da multiprofissionalidade.

A primeira menção à característica multi no projeto político-pedagógico da residência pode ser encontrada no item 2.2, referente às competências dos residentes, dentro do organograma de assistência hospitalar, e afirma que é de competência de todos/as os/as residentes, contribuir para a consolidação de trabalhos em equipe multidisciplinar, por meio de suas atividades, conforme o texto:

> Competências dos residentes: Compete a todos os residentes desenvolver assistência hospitalar e participar das atividades teóricas e práticas, contribuindo para a consolidação de trabalhos em equipe multidisciplinar e novos modelos de atendimento em saúde para o fortalecimento do SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2010).

Em outra parte, dessa vez na justificativa do projeto, podemos ver a afirmativa de que, na residência, o trabalho multiprofissional é requisitado para implementar um novo modelo de assistência e promoção à saúde, embasado pelos princípios do SUS, que se pretende superar o modelo centrado na doença e em ações meramente curativas.

Também nas diretrizes pedagógicas, temos o seguinte:

> (...) As diretrizes que norteiam a Residência Multiprofissional em Saúde estabelecem como compromisso propiciar a especialização de profissionais da área da saúde para o trabalho multidisciplinar na atenção à população. Para isso, mantém um caráter multiprofissional, envolvendo profissionais da área de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social, visando à integração interdisciplinar, mas preservando as especificidades de cada área profissional participante (...) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2010).

O texto aponta o compromisso das ações formativas da residência para uma especialização em saúde direcionada a um trabalho multidisciplinar, e que para isso se organiza por meio de caráter multiprofissional, se caracterizando pela integração e envolvimento de diferentes profissionais da saúde.

Ainda no projeto político-pedagógico, lemos que o eixo transversal da matriz curricular é a especialização de profissionais de saúde para o trabalho em equipe multiprofissional, conforme o texto:

> Matriz Curricular: Eixo Transversal: Especializa profissionais de saúde em regime de residência para o trabalho em equipe multiprofissional, atuando na média e alta complexidade da atenção à saúde, nos espaços intra e extra-hospitalar, preparando-os para exercer ações de assistência, gestão e pesquisa no âmbito das competências específicas de cada profissional em conformidade com os princípios do SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, 2010).

Por fim, a última menção encontra-se na parte de perfil de competências do egresso da residência. Lá, entre outras coisas, é afirmado que se espera que o egresso do programa esteja capacitado para a atuação em equipes multidisciplinares. Todas essas menções fazem com que entendamos que há sim um foco multiprofissional no programa de residência multiprofissional em saúde da UFAL.

Ainda sobre as diferentes configurações de rotina e modos de trabalho, que por vezes acabam atrapalhando a realização das visitas, a psicóloga Carmen aponta para a existência de

uma divisão de enfermarias que é diferente para cada profissional da equipe multi, alguns/mas precisam dar conta de mais enfermarias e mais usuários/as, o que também não contribui para que o trabalho multiprofissional flua:

> Mas também tem algumas coisas que se configuram na residência que acabam realmente não contribuindo pra que algumas profissões possam tá literalmente. Por exemplo, a nutrição pega outras enfermarias que a psicologia não pega, que o serviço social não pega. A enfermagem também divide os pacientes de outra forma, né, que eu não sei exatamente como é, mas tipo a Clara (enfermeira) pode pegar enfermaria que a equipe dela não tá responsável. Então isso acaba não contribuindo pra todo mundo também tá ali disponível, entre aspas, né, pra fazer a visita fluir melhor, digamos. Porque às vezes ela tem que passar em pacientes que a enfermeira da outra equipe, da residência, também vai passar. Então ela vai ter que passar duas vezes pra poder cumprir com a divisão lá (Carmen, Psicóloga Residente).

A enfermeira citada pelo nutricionista na última fala como que sendo a mais cobrada de sua equipe em sua prática profissional, afirmou que às vezes sentia-se em meio a um impasse, em que não conseguia cumprir seus compromissos:

> Me sentia, assim... é... não conseguindo, às vezes, né, me sentia que não conseguia cumprir realmente com esses compromissos, tanto de participar em equipe, quanto de particip… é… quanto de procedimento, da clínica mesmo de enfermagem, às vezes tinha um certo conflito. Às vezes me sentia realmente em meio e um conflito mesmo (Clara, Enfermeira Residente).

Tais falas me fazem ter algumas inquietações, mas uma questão considero fundamental nesse momento, em meio às diversas demandas que se apresentam na multiplicidade dinâmica dos cenários de atuação em que os/as residentes se inserem, pensando inclusive nos princípios norteadores das práticas de um programa de residência multiprofissional, qual é a prioridade de um/a residente que se encontra na situação relatada por Clara?

Em outra RC, o psicólogo Renato, afirma que a visita multiprofissional causava certo mal-estar na rotina das clínicas. A isso ele atribui a possível existência de diferentes lógicas operando ao mesmo tempo:

> (...) Talvez a gente da psicologia entenda um pouco mais, mas causa um mal-estar na rotina, muitas vezes. Porque a rotina, de manhã é quando tem mais movimento, nas enfermarias, os procedimentos, mas eu vejo muito, como, às vezes, durante a formação a gente que somos de outras formações que não a médica, a gente aponta muito o dedo pra medicina, fala << ah, são muito biomédicos, seguem, seguem isso>>, mas eu acho que isso tá internalizado dentro de todas as formações, inclusive da psicologia. Quando a gente que << ah uma rotina mais prescritiva, um checklist>>, << ah tá demorando demais>>, que a outra, outras equipes olhavam assim << ah não, a equipe de vocês demora um pouco mais>>, esse demorar mais era 15, 20 minutos, dentro de uma rotina, o que que é isso que? Eu acho que quando produz mal-estar, eu via esse mal-estar, é porque é existem lógicas diferentes ali. Tinha alguma coisa que

> tava puxando a gente pra fora da visita. Que é um pouco essa lógica, eu acho que da uni e da prescritividade assim (Renato, Psicólogo Residente).

Renato utiliza a expressão: “tinha alguma coisa que tava puxando a gente pra fora da visita”, para exemplificar o que percebia em seu cotidiano de atuação. Quando escutei, senti que ele acabara de descrever em palavras o que também vivi durante minha passagem pelas clínicas. Parece que visitar de modo multi talvez não estivesse de acordo com as expectativas da rotina hospitalar para os/as residentes. Toma tempo, atrapalha, incomoda. A visita também tinha que competir com o movimento das enfermarias, o fluxo de profissionais e os procedimentos que ocorriam a todo momento, em conformidade com o modo vigente de atuação no hospital. O que, ou quem, puxava para fora da visita, parece mandar uma mensagem por entrelinhas de que visitar não se configura como trabalhar de verdade, de modo protocolar. A necessidade de prescritividade parece ter a ver com o desejo de se aproximar desse modo de trabalho.

A fala de Renato também se configura como símbolo dessa fragmentação de saberes (e do conhecimento), que faz com que cada vez mais estejamos trabalhando de forma uniprofissional, separados, com espaços de atuação devidamente demarcados, que não podem ser ultrapassados pelos que não são da nossa profissão/área. Uma lógica em que o trabalho uniprofissional é tido como regra necessária e ideal que puxa/empurra qualquer prática profissional que se distancie disso.

Outras conversas citaram diferenças entre as rotinas das clínicas cirúrgica e médica, e como cada uma influenciava na rotina de visitas multiprofissionais e dos/as residentes. De acordo com os/as residentes, a clínica cirúrgica apresentava características como maior rotatividadade de usuários/as, maiores cobranças, preceptores e profissionais com compreensões diferentes acerca da atuação profissional, protocolos mais burocráticos de horário, entre outras, que dificultavam o processo de visita.

Outras falas sinalizaram ainda as diferenças no processo de realização das visitas multiprofissional e médica. Para os/as residentes, a visita médica parece ser focada na patologia, enquanto a multi tenderia a olhar o/a usuário/a de um modo integral, levando em conta aspectos da vida dos/as usuários/as, como as questões econômicas, sociais e outras.

Alguns/mas residentes apontaram como alguns/mas profissionais das clínicas cirúrgica e médica se posicionavam de modo diferente em relação à visita médica e à multiprofissional. Afirmaram que sentiam como se a visita médica já tivesse seu lugar cativo no funcionamento das rotinas dos/as profissionais. Esse lugar não era questionado e nem posto à prova, ao contrário da visita multiprofissional. Era como se essa não tivesse importância e valor como

aquela, e isso se expressava na maneira como os/as profissionais lidavam com elas, em geral, por meio de reclamações, cobranças e exigências que eram feitas aos/às residentes multiprofissionais.

Em meio às discussões acerca das diferenças entre o funcionamento das clínicas médica e cirúrgica, surgiram afirmações que os/as profissionais da clínica médica compreendiam melhor as visitas multiprofissionais. O termo compreender que é usado na fala, parece ter a ver não só com uma acepção no sentido pedagógico da coisa, mas muito mais num sentido ético-político, algo como acolher, respeitar, conviver de modo pacífico com. De algum modo soa como um paralelo a alguns discursos sobre as relações estabelecidas em certos momentos na clínica cirúrgica, que pareciam mais pautados numa lógica de controle e relações de poder.

Claro que as coisas não são tão simples assim, e aqui não quero dizer que uma clínica é melhor que a outra, em hipótese alguma, apenas evidenciar discursos produzidos por certas pessoas, referentes a um determinado contexto, época, situação. Como afirma Duarte (2021), é preciso reconhecer que os locais de prática e como eles se organizam influenciam de modo direto no processo formativo nas residências. No entanto, não se trata de uma disputa entre qual cenário de atuação é melhor ou pior que o outro, pois nenhum deles está pronto, plenamente organizado e estruturado para os/as residentes se inserirem e desenvolverem suas práticas (DUARTE, 2021, p. 72-73).

Durante as RC falamos acerca da criatividade no manejo das visitas. De acordo com os posicionamentos, a visita multiprofissional, nos moldes em que começou a ser realizada pelos/as residentes multi, não tinha um protocolo específico a ser seguido e, por isso, não era engessada, era aberta, o que a tornava um espaço profícuo para o exercício da criatividade e reinvenção, como podemos ver nas seguintes falas:

> Talvez o grande potencial da visita seja justamente essa, que ela não tem um protocolo específico, assim, tipo, ela vai recriando de paciente em paciente. Mas eu vejo que a gente ainda anseia por uma prescritividade, algo que seja mais efetivo, como se fosse um checklist. E muitas vezes talvez ela, é... ela se tornou cansativo, mas também acho que, ela por ser aberta, ela é um convite a gente reinventar. Claro que tem essas perguntas que sempre acontecem, mas eu acho que ela é muito diferente de leito pra leito assim, sabe? (Renato, Psicólogo Residente).

> Uma coisa que a gente estranhou muito no começo era não ter tido um direcionamento, um roteiro vindo da, de vocês que estavam antes. Mas eu vejo hoje isso como foi uma qualidade. Que cada um se reinventou, cada um construiu de uma forma, eu acho que isso foi importante. Só que eu não sei é... muitas vezes ((tosse)) você sente desconfortável quando a gente é colocado nesse papel de, de ter que... construir diariamente as coisas, sabe? (Renato, Psicólogo Residente).

Ao mesmo tempo em que aponta como importante a criatividade e a reinvenção da visita multiprofissional - que faziam com que cada equipe pudesse construi-la da sua forma, e que ela fosse diferente até mesmo de leito para leito de uma mesma enfermaria - Renato afirma que era desconfortável ter que (re)construir algo todos os dias. Ele aponta também para o quanto é possível perceber que ainda ansiavam por uma prescritividade e suposta efetividade nas suas práticas profissionais.

Em outra fala, Carlos, assistente social (USF Carminha), afirma que essa característica de construção durante o processo e a não linearidade da visita, faziam-no sentir estranhamento e a sensação de estar perdido no início da prática:

O profissional chega a afirmar que sua equipe tentou, inicialmente, usar um roteiro mais estruturado para realizar as visitas, no entanto, o modelo de diálogo aberto levava-os para fora do protocolo. Um modelo de visita que foge à lógica estruturada, protocolar, e que é baseado no diálogo, na conversa livre, parece gerar estranhamento, desconforto, é incomum, principalmente para profissionais de certas formações de base mais procedimental. É como se faltasse algo para se agarrar e se sentir seguro, e a proposta de fluidez da visita rompe com isso.

Tais modos de atuação parecem fazer parte do que Duarte (2021) denominou de movimentos de ruptura com lógicas instituídas, que mesmo incipientes, têm potencial de criar instabilidade em padrões hegemônicos de operar práticas de saúde, sendo estratégicos para que se ocorram mudanças nos modos de se produzir cuidado em saúde. Tais práticas promovem rupturas e tornam a experiência das residências multiprofissionais mais diversa.

Na RC realizada na UBS Jorge Duarte, os/as residentes argumentaram que até mesmo a forma como as perguntas são feitas durante a visita, é fundamental para que os/as usuários/as se sintam à vontade para conversar. Relatam como costumavam concluir a visita perguntando se a pessoa queria relatar mais algo, e como isso era um momento em que questões surgiam:

> Até certas perguntas, né, por exemplo, geralmente nosso, a nossa equipe, geralmente eu terminava ((tosse)) com a pergunta, que a gente perguntava se o paciente, ele queria nos relatar alguma coisa, pra gente poder escutar aquele paciente. E muitas vezes essa pergunta era o ponto chave de certas questões que vinham com aquele paciente e com aquele acompanhante (Henrique, Nutricionista Residente).

Em outro momento da conversa na UBS Jorge Duarte, os/as residentes afirmam que muitas vezes, os diálogos com usuários/as se davam fora dos leitos e enfermarias, ocorriam nos corredores do hospital, nas janelas, que eram locais que os/as usuários gostavam muito de estar – talvez por permitirem que se conectassem com o mundo que deixaram lá fora, após a

hospitalização. Essas conversas também podiam emendar num passeio por algumas áreas permitidas do hospital.

Acerca do impacto gerado pela realização de visitas multiprofissionais nas rotinas dos serviços e dos/as residentes, residentes afirmam que a visita auxiliava na organização da rotina, assim como na geração de vínculos com os/as usuários, e na produção de um tipo de cuidado em saúde no qual havia um interesse dos/as residentes não só no adoecimento, mas na história de vida daquelas pessoas.

> (...) eu sempre, pra mim se eu não fo... não ir pra visita, me desorganizava na minha, na minha rotina. Virou algo que me organizava na rotina, como o Carlos (assistente social) falou, para identificar a demanda (Lorena, Psicóloga Residente).

Algumas conversas apresentaram como as visitas multiprofissionais geravam sentimentos ambivalentes em relação à segurança e à orientação. Por exemplo, o início da residência e das práticas de visitas multi, foi apontado como um momento em que, em geral, o/a residente encontra-se inseguro e com medo, por diversos motivos – já discutimos um pouco sobre isso no tópico vínculos –, sobre como a residência muitas vezes é a primeira experiência profissional de alguns/mas residentes. As características não protocolares e de fluidez da visita também são apontadas como responsáveis por essa sensação de insegurança e desorientação, por alguns/mas.

Da mesma forma, afirmavam que, ao longo do tempo, a visita também os auxiliava na sensação de orientação, localização dentro do espaço geográfico do hospital, e segurança em suas rotinas. Como podemos ver na fala da psicóloga Lorena:

> Sim, no início, eu me sentia um pouco insegura, na visita, porque como eu estava entrando na residência, então eu... e eu não sabia direito como é que eu ia agir. Só que com o passar do tempo, também com a orientação que a gente tinha recebido dos outros residentes, R2, e também com o planejamento, acho que foi muito importante, também, no início, planejar pra fazer. Depois foi algo mais natural, a gente não precisava ficar planejando o que ia fazer. Mas no início a gente viu o roteiro e fazia, depois se tornou algo mais natural. E para mim, passou a ser algo que me localizava no hospital, digamos assim, na, na, me situava na minha nas minhas atividades, eu me sentia segura fazendo, me sentia produtiva fazendo a visita multi (Lorena, Psicóloga Residente).

A residente de enfermagem, Fabiana, afirma que a visita facilitava parte do seu processo de trabalho:

> Pra enfermagem, é como se sempre a minha rotina de trabalho é essa de tipo, tá lá com o paciente, no tempo que eu tiver no hospital é o tempo que eu vou estar com o

> paciente sempre, então a visita facilitava parte do processo, né. É, tipo, ia ter que fazer visitar de todo jeito, mesmo se não tivesse multi, ou se tivesse multi eu ia ter que passar leito por leito. Então já, pelo menos pra mim, como enfermeira, já facilita bastante essa questão de tá todos os profissionais (...) (Fabiana, Enfermeira Residente).

Outras duas residentes, discordavam da realização diária de visitas multiprofissionais:

> (...) o negativo que eu acho era que ficava cansativo por ser todos os dias, entendeu? Por ser todos, ou sei lá, ou porque demorava muito às vezes, perguntando coisas que todos os dias sempre eram as mesmas perguntas, sabe? (Sandra, Assistente Social Residente).

> Eu acho que diário assim talvez, não sei se teria assim essa necessidade, até porque por exemplo, os nossos preceptores, eles não passam todo dia com a gente, mas eles sabem do paciente, até porque a gente passa pra eles os casos. Não sei se teria essa necessidade de diariamente os cinco profissionais passarem ali (Marta, Nutricionista Residente).

É possível encontrar leituras discordantes e contraditórias, assim como diferentes sentidos produzidos pela realização de visitas nos/as diferentes residentes, influenciados por questões como as experiências de formação, características da área profissional e modos de pensar e atuar na saúde que foram aprendidos por cada um/a. Alguns posicionamentos apontam para as características de mutabilidade e flexibilidade constantes da prática de visitas, que podem ser revistas para que novos acordos de funcionamento sejam acordados – como em relação à periodicidade e às rotinas – a partir das necessidades do serviço de saúde, dos/as usuários e da equipe multiprofissional.

4.2.2. Formação

Esse conjunto de sentidos se refere às discussões acerca do tema formação que surgiram nas RC, assim como aos discursos acerca das relações com a formação em saúde e características formativas da prática de visitas multiprofissionais.

A partir das falas, foi possível identificar que para alguns/mas residentes, o trabalho em equipe multiprofissional ajudava, muitas vezes, a suprir lacunas nas suas próprias formações. Boa parte deles/as afirmou não ter oportunidade de, durante a graduação, ter a experiência de atuar e dialogar com pessoas de outros cursos/formações.

Gisele, farmacêutica residente, por exemplo, chegou a afirmar que, em sua graduação, não teve contato com usuários/as e nem com profissionais de outras formações: “na graduação eu não tive contato (...) e por ir (fazer visitas) em grupo já era algo que me ajudava”.

De acordo com ela, a visita foi efetiva nesse sentido, pois permitiu que tivesse suas primeiras experiências profissionais e em equipe multiprofissional. Sandra, assistente social residente, ressaltou o aprendizado diário durante todo o processo de cuidado, que é importante tanto para residentes quanto para o/a usuário/a: “(...) isso vai sendo importante, tanto pra aquela pessoa, na recuperação dela, quanto pra gente também, entendeu? Porque a gente vai aprendendo é... no dia a dia”.

Durante essa conversa, tentei lembrar se tive contato com profissionais de outras áreas durante minha graduação. Lembrei que tive alguns com estudantes de outros cursos, não só da área da saúde, principalmente pela experiência de participar do Programa de Educação Tutorial (PET), mas que não chegavam a se configurar como uma atuação multiprofissional em si. Apenas no final do curso, no estágio obrigatório curricular, que realizei numa UBS, participei de ações em saúde com profissionais diversos, inclusive com uma equipe de residentes multiprofissionais do mesmo programa que eu faria parte. No entanto, mesmo assim, a experiência da residência foi muito mais intensa e profícua.

A lógica de formação em serviço, que rege a estruturação das residências multiprofissionais, é princípio da Política de Educação Permanente em Saúde, que objetiva, entre outras coisas, uma transformação do trabalho em saúde, a partir da articulação entre a dimensão do ensino e do trabalho aos princípios do SUS (VASCONCELOS; VIEIRA, 2018; CECCIM; FERLA, 2008).

Surgiram também conversas relacionadas à matriz curricular do programa de residência. Renato, psicólogo residente, afirma que, apesar de a residência já ter na organização de sua matriz, disciplinas que tentam sanar questões relacionadas ao campo da saúde, que talvez não tenham sido abordadas durante a graduação, como disciplinas de clínica ampliada e outras, faltariam mais espaços para a discussão e o desenvolvimento de novas estratégias para a produção de outros tipos de saúde que não os hegemônicos.

Ainda em outro momento, Renato produz um discurso que de algum modo toca em discussões já realizadas até aqui, acerca das diferentes lógicas presentes na prática profissional em saúde, no hospital:

> (...) e essa era a vivência multi que a gente cobrava muito ao longo da, do processo de formação e muitas vezes, não sei se só por essa questão da rotina uni ou alguma coisa assim, mas eu vejo que tem um é, lógicas muito diferentes, a lógica que é defendida

> e que eu falo que a visita produz efeito, é uma lógica que, que contradiz essas prescrições (Renato, Psicólogo Residente).

Spink (2003) afirma que as equipes multiprofissionais acabam perpetuando, por meio da adoção de uma divisão tácita de práticas, a lógica da fragmentação do cuidado oferecido aos/às usuários/as. Para a autora, as equipes continuam reproduzindo no seu funcionamento as posições ocupadas ao longo do tempo pelas diversas profissões de saúde, e os modos de organizar as ações de saúde, sendo o indicador mais óbvio disso a posição de subalternidade dessas profissões diante da medicina, enquanto profissão hegemônica.

Acerca da questão da formação dentro dos programas de residência, Ceccim (2018), faz um panorama e aponta como, desde 2003, a presença do SUS é afirmada no ordenamento da formação em saúde, por meio de planos, programas e ações diversas – sendo o único setor das políticas sociais que na Constituição Federal é responsável por tal processo de ordenamento da formação de recursos humanos. O autor afirma como o SUS se constitui como uma escola, desde a lei nº 8.080/90, na qual os serviços públicos que o integram passaram a ser campo de prática para ensino e pesquisa, o que passou a ser chamado de serviço-escola ou Rede SUS-Escola – desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde, de 2003.

Nesse sentido, os programas de Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde se apresentam como uma das principais estratégias nesse processo. Ceccim (2018) afirma que os programas de residências, tanto as residências médicas quanto as em área profissional de saúde – uni ou multiprofissionais – são os programas mais duradouros no contexto do sistema de formação em saúde, no SUS.

Ceccim e Ferla (2018) afirmam ser a educação em serviço é uma das maneiras de se desenvolver aperfeiçoamento especializado na formação. Isso se dá pela presença contínua em locais que produzem ações, bem como por estratégias de aprendizagens coletivas e em equipe multi que são desenvolvidas. De acordo com os autores, um contato contínuo de profissionais com usuários/as e com as ações e serviços de saúde, por meio da atuação em equipes a partir de um trabalho realizado de modo coletivo e corresponsável, favorece o cruzamento de saberes e fazeres, assim como o desenvolvimento de perfis profissionais novos, que sejam direcionados ao atendimento das necessidades epidemiológicas e sociais das pessoas. De certa forma, o trabalho em equipes multiprofissionais é um dos aspectos principais que caracteriza as residências multiprofissionais.

Duarte (2021), por sua vez, aponta para uma formação em saúde, por meio das residências, que disputando territórios de forma constante com as lógicas hegemônicas, tente não se deixar capturas por projetos de cuidado em saúde, ensino e gestão que se distanciem do

diálogo com os princípios do SUS. Visto que os interesses em torno das residências são diversos, se faz imprescindível o diálogo e o fortalecimento da formação a partir de compromissos éticos e políticos, com base na Educação Permanente, juntamente com a problematização das práticas realizadas no dia a dia dos serviços de saúde.

5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Até aqui construímos diálogos com um conjunto complexo de discursos, advindos de uma rede de diferentes pessoas e materiais – nosso campo-tema – que nos auxiliaram a compor esta pesquisa. A partir das conversas e literatura, as visitas são compreendidas como práticas que variam conforme contexto, objetivo, proposta, formação dos/as profissionais que a realizam, sendo historicamente vinculadas à profissão médica – realizadas em geral em hospitais sob influência da lógica da racionalidade biomédica, configurando-se, quase que de modo exclusivo, como processos de investigação/pesquisa e/ou de ensino-aprendizagem, que tendem a objetificar e excluir os/as usuários/as.

As visitas multiprofissionais surgem, a partir da lógica do trabalho multiprofissional entre profissionais de diferentes formações, com o intuito de serem uma prática profissional com características da relação entre saúde e educação, e a articulação entre ensino, trabalho e cidadania, baseada nos princípios da Educação Permanente em Saúde – da qual a residência multiprofissional é uma das estratégias de implementação. Buscando contribuir com a produção de sujeitos autônomos e protagonistas, copartícipes e corresponsáveis por suas vidas, por meio de deslocamentos que se aproximam de um modo específico de pensar-fazer saúde, fundamentado em um estar com o outro: usuário/a, trabalhador/a, gestor/a. Um tipo de visita que tem como referência as necessidades dos/as usuários/as – que são dinâmicas e singulares – e se baseia em processos de diálogos horizontais, visando a promoção do cuidado em saúde.

Nesse contexto, as Rodas de Conversas foram ferramentas importantes, inspiradas na tradição bakhtiniana, por se caracterizarem como espaços para livre circulação da palavra, compartilhamento de experiências, negociações e produções coletivas de sentidos, típicos dos processos de interanimação dialógica. Permitiram a articulação entre as conversas produzidas pelos/as residentes, a literatura e nosso referencial teórico.

Nas conversas que surgiram nas rodas, foi possível perceber que as práticas de visitas multiprofissionais são complexas, dinâmicas, ainda em construção, perpassadas por diferentes afetações, sensações, contradições, concepções, equívocos, posicionamentos, disputas e jogos de poder. Tais pontos parecem ser acentuados pelo fato de nossa pesquisa ter sido realizada com profissionais que atuavam no hospital, devido às fortes características de hierarquia e disputas de autoridade, lugares e posições dessa instituição.

As conversas apontaram para como as visitas multiprofissionais recebem influência das diversas formas de diálogos e relações que os/as atores/atrizes da residência e do hospital estabelecem entre si e com a própria visita. Tais relações podem, de modo direto, auxiliar ou

atrapalhar na rotina de realização das visitas. As diferentes rotinas e lógicas de funcionamento já estabelecidas nos setores nos quais as visitas multiprofissionais são realizadas, também são apontadas como de grande influência no modo como essa prática é compreendida. Assim como, as formações dos/as profissionais que participam ou interagem de alguma forma com as visitas.

De outro modo, surgiram conversas que afirmavam como as visitas multiprofissionais auxiliaram na criação de vínculos diversos, de modo especial entre usuários/as, seus/suas cuidadores/as e os/as residentes. Como também no vínculo dentro das próprias equipes de residentes, auxiliando na construção do trabalho em equipe multiprofissional. Interessante surgir que as visitas diárias passaram a suprir uma demanda que não era tão específica, que não pertencia propriamente à saúde física, pois era uma demanda afetiva.

Junto a essas questões, há produção de sentidos das mais diversas ordens, como: incertezas, medos, alegrias, incongruências, cuidados, inseguranças, pertencimentos, reconhecimento da atuação da equipe de saúde, fortalecimento do SUS, maior abertura ao diálogo entre quem participa da visita, e influência no modo com que os/as próprios/as residentes compreendem seus processos de trabalho e a própria atuação na saúde – visão mais ampliada do processo de cuidado em saúde. Efeitos como esses parecem estar relacionados, conforme as conversas, às práticas diária de visitas. E com elas, à possibilidade de maior permanência do/a profissional, em certo território, de modo longitudinal, como produtor/a de cuidado.

Com o mesmo intuito, assumimos a existência de outros pontos a serem avançados, bem como discutidos e trabalhados de modo mais detido, dentro dos próprios programas de residência, e/ou por outros/as pesquisadores/as. Por exemplo, a forma como a visita multiprofissional ainda se configura de modo compartimentalizado, que nos aponta para como a multiprofissionalidade, durante as visitas, ainda é regida por uma lógica de cuidado fragmentado; as tensões existentes nos modos como certos/as profissionais dos serviços de saúde – que podem compor até mesmo os programas de residência – se relacionam e concebem as visitas multiprofissionais, o que fala da coexistência e disputa de diferentes projetos de saúde, que geram efeitos na realização ou não da prática e em como os/as residentes pensam e sentem sobre ela, assim como trazem a questão se a visita multiprofissional faz parte da rotina ou não; e o modo como em alguns serviços, a residência tem papel central na realização das visitas multiprofissionais, realizando a prática de forma isolada, sem a articulação com equipes locais.

Avançamos, assim, para a possibilidade de pensar a construção de uma visita que rompa com a ideia de hierarquia, a partir da recusa de uma assimetria – e jogo de poder do conhecimento, poder-saber –, na qual alguém fala do lugar do conhecimento absoluto, enquanto

outro/a ouve de um lugar passivo; rompa com a lógica prescritiva, na qual é necessário apoiar-se sempre numa lista de procedimentos/questões a se fazer, por vezes distanciadores e frios; e rompa com as seriedades absolutas, monólogos, não-diálogos, a partir do investimento em momentos de livre circulação da palavra, em que a interanimação dialógica seja a referência.

O final desse texto não pretende ser o final dessa discussão, pelo contrário. Nosso desejo é realizar convites para que outras pessoas se sintam motivadas a entrar nessa roda, de conversa e de construção conjunta. E que ela se amplie e amplifique em potência. Potência, sobretudo, de transformação desses territórios e lugares, que habitamos e passamos tanto tempo de vida e que são casa para muitos/as todos os dias. Por que não podemos fazer do hospital um lugar tão acolhedor quanto as melhores casas pelas quais já passamos e fomos hospedados durante a vida?

REFERÊNCIAS

BAKHTIN, M. M. **A Cultura Popular na Idade Média e no Renascimento:** o contexto de François Rabelais. Tradução de Yara Frateschi Vieira. São Paulo: Hucitec; Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2008.

BAKHTIN, M. M. **Problemas da poética de Dostoiévski.** 3. ed. Tradução, notas e prefácio de Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. (Orgs.) Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: [1963]

BAKHTIN, M. M. **Estética da Criação Verbal.** Tradução por Maria Emsantina Galvão G. Pereira. 2ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BARBOSA, L. H.; CARVALHO, I. S. A perspectiva de residentes sobre a morte e seu reflexo na relação com os pacientes. **Rev. SBPH,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 107-128, dez. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000200008&lng=pt&nrm=iso>.

BARROS, D. L. P. Contribuições de Bakhtin às teorias do texto e do discurso. In: FARACO, Carlos Alberto; TEZZA, Cristovão; CASTRO, Gilberto de (Orgs). **Diálogos com Bakhtin.** Curitiba: Editora UFPR, 1996.

BATISTA, N. C. S. B.; BERNARDES, J. S.; MENEGON, V. S. M. Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In: Spink, Mary Jane; Brigagão, Jacqueline Isaac M.; Nascimento, Vanda Lúcia V.; Cordeiro, Mariana Prioli (Orgs.). **A produção da informação na pesquisa social:** compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.

BEAIRD, G. *et al.* Perceptions of Teamwork in the Interprofessional Bedside Rounding Process. **J. Healthc Qual.**, v. 39, n. 2, p. 95-106, mar./apr. 2017. doi:10.1097/JHQ.0000000000000068

BENVENISTE, É. **O vocabulário das instituições indo-europeias.** Campinas: Unicamp, 1995.

BERNARDES, J. S. *et al*. Sobre Rodas de Conversas e Oficinas - Implicações Éticas em Pesquisas. In: 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa and 2nd International Symposium on Qualitative Research. Atas - Investigação Qualitativa em Saúde. Salamanca: **Sistema Electrónico de Edição de Revista**s, v. 2, 2017.

BERNARDES, J. S.; SANTOS, R. G. A.; SILVA, L. B. A "Roda de Conversa" como dispositivo ético-político na pesquisa social. In: **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas.** Maceió: EDUFAL, 2015.

BEZERRA, P. Polifonia. In: BRAIT, Beth. **Bakhtin: Conceitos-Chave.** 4. Ed. São Paulo: Contexto, 2005.

BHAMIDIPATI, V. S. *et al.* Structure and outcomes of interdisciplinary rounds in hospitalized medicine patients: a systematic review and suggested taxonomy. **J. Hosp. Med**., v.11, n. 7, p. 513-523, mar. 2016. https://doi.org/10.1002/jhm.2575.

BÍBLIA, Português. **A Bíblia Sagrada: Antigo e Novo Testamento.** Tradução de João Ferreira de Almeida. Edição rev. e atualizada no Brasil. Brasília: Sociedade Bíblia do Brasil, 1993.

BOTTEGA, C. G.; CASTRO, T. C. M. Cuidado. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (orgs.). **EnSiQlopédia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 56-60.

BRAIT, B.; MELO, R. Enunciado / enunciado concreto / enunciação. In: BRAIT, B. (Org.). **Bakhtin: conceitos-chave.** São Paulo: Contexto. p. 61-78, 2005.

BRASIL. Decreto nº. 7.562, de 15 de setembro de 2011. **Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 0, n. 0, SeçãoI, p. 3, 2011.

BRASIL. Lei nº 11.129/05. **Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde.** Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS no 1.077, de 12 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para ResidênciasMultiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2009.

BRASIL. 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.** Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Diário Oficial da União. 15 jan. 2007; Seção 1:28, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. **Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 0, n. 0, Seção I, p. 11.787, set. 1977.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior (BR), Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** Diário Oficial da União[da] República Federativa do Brasil. (Seção I):24-5, 2012.

BRITO, A. D. E. Ética en el pase de visita hospitalario. **Rev Cubana Salud Pública**, 32 (4), 2006.

CAMARGO, R. S. S.; BUENO, M. S. Dádiva e hospitalidade na Bíblia. **Revista Hospitalidade.** São Paulo, v. VIII, n. 2, p. 52-70, jul.-dez. 2011.

CAMARGOS, M. H. Como priorizar as visitas domiciliares com base na Escala de Risco Familiar. **Rede de Teleassistência - Centro de Telessaúde**. Hospital da Clínicas – UFMG, Minas Gerais, 2016.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições:** o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAO, V. *et al.* Patient-Centered Structured Interdisciplinary Bedside Rounds in the Medical ICU. **Crit. Care Med**., v. 46, p. 85-92, jan. 2018.

CARRIAS, F. M. S. *et al.* Visita humanizada em uma unidade de terapia intensiva: um olhar interdisciplinar. **Actas de Saúde Colet**., Brasília, v. 11, n. 2, p. 103-112, 2018.

CEBALLOS BARRERA, M. C. *et al.* Pase de visita docente-asistencial hospitalario en las especialidades quirúrgicas. **Rev Cub Med Mil**, Ciudad de la Habana, v. 43, n. 1, p. 72-82, 2014.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania Como Travessia de Fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], 6(3), 443-456 ISSN: 1678-1007, 2008. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406757014003

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência Integrada em Saúde. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (orgs.). **EnSiQlopédia das residências em saúde.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 227-236.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CORONA MARTINEZ, L.; FONSECA HERNANDEZ, M. Fundamentos teóricos para la modelación del pase de visita como actividad docente-asistencial (I). **Medisur**, Cienfuegos, v. 11, n. 4, p. 431-442, 2013.

COSTA, D. T.; GARCIA, L. F.; GOLDIM, J. R. Morrer e morte na perspectiva de residentes multiprofissionais em hospital universitário. **Revista Bioética** [online]. 2017, v. 25, n. 3 [Acessado 19 Junho 2022], pp. 544-553. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422017253211>. ISSN 1983-8034. https://doi.org/10.1590/1983-80422017253211.

CRUZ, F. A. R. **Visita Multiprofissional em Saúde** – uma revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Residência – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.

CRUZ, F. A. R.; BERNARDES, J. S. **Visita Multiprofissional de Saúde** – Um Breve Ensaio. Revista Portal: Saúde e Sociedade, Maceió, v. 4, n. 2: 1163-1178, 2019.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 13,n. 28, p. 213-226, 2009.

DER, Y. Multidisciplinary Rounds in Our ICU: Improved Collaboration and Patient Outcomes. **Crit. Care Nurse**, v. 29, n. 4, p. 84, aug. 2009. https://doi.org/10.4037/ccn2009792

DICIO, DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. **Significado de Visita**. Disponível em: https://www.dicio.com.br/visita/. 23 maio, 2019.

DUARTE, H. A.; FREIRE, J. C. G.; SILVA, L. M. A estruturação de uma visita multiprofissional para o acompanhamento integral de idosos: relato da experiência em um hospital universitário. In: **CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO (CIEH)**, 4., 2015, Paraíba, Anais [...]. Paraíba, set. 2015.

FAJARDO, A. P.; MEDEIROS, R. H. A. Função Preceptoria. In: CECCIM, Ricardo Burg *et al.* (orgs.). **EnSiQlopédia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 102-108.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

GERGEN, K. **Movimento do construcionismo social na psicologia moderna**. Tradução do inglês: Ercy José Soar Filho. 1985.

GRASSI, Marie-Clarie. Transpor a soleira. In: MONTANDON, A. **O Livro da Hospitalidade:** acolhida do estrangeiro na história e nas culturas. São Paulo: Senac, 2011.p. 45-53. Hospital Nossa Senhora da Conceição, p. 17-22, 2010.

IBÁÑEZ, Tomás. **Municiones para disidentes**: realidad, verdad, política. Barcelona: Gedisa, 2001.

INFOPÉDIA. **Visita**. Disponível em: https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/visita. 03 de maio de 2020.

IÑIGUEZ, L. La psicología social en la encrucijada postconstruccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. In: GUARESCHI, NEUZA MARIA DE FÁTIMA (Org.). **Estratégias invenção do presente**: a psicologia social no contemporâneo. Edição onl ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 5–42, 2008.

JIMENEZ GARCÍA, I. *et al.* La opinion del paciente cuenta: Experiencia en la atención nutricional en un equipo multidisciplinar de ELA. **Nutrición Hospitalaria**, vol. 31, núm. 5, p. 56-66, Grupo Aula Médica. Madrid, España, 2015.

KADARÉ, I. **Abril Despedaçado**. Trad. Bernardo Joffily. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

KIM, M. M. *et al.* The Effect of multidiciplinary care teams on intensive care unit mortality. In: **Intern med**. v. 170, n.4, pp. 369-376, 2010.

LANG, C. A tradição da hospitalidade, o sacrifício e a paternidade. **Protestantismo em Revista**, vol. 03, jan-abr de 2004.

LAW, J.; MOL., A. Notes on Materiality and Sociality. **The Sociological Review**. 43, 2,274-294, May, 1995.

LIZARRAGA, C.; SÁNCHEZ ARRUIZ, A. Visita domiciliaria al recién nacido y a la puérpera / Home visit to the newborn and the post-natal mother. **An. sist. Sanit. Navar**; 25(supl.2): 7-16, 2002.

LUNA, W. F.; BERNARDES, J. S. Tutoria como Estratégia para Aprendizagem Significativa do Estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica** (Online),40(3), 653-662, 2016.

MEDEIROS, L.; FERREIRA, H.; JUNIOR, G. Visitas Virtuais a Pacientes Hospitalizados por seus Entes Queridos, Durante a Pandemia de Covid-19, em UTI de Centro Oncohematológico: Um Relato De Experiência. **Hematology, Transfusion and Cell Therapy**, 42, 567, 2020. https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.958

MEDRADO, B. Textos em Cena. In: Spink, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, p. 215-241, 2013. Metodología para el desarrollo del pase de visita docente asistencial. MEDISAN, Santiago de Cuba, v. 15, n. 12, p. 1810-1818, dic. 2011.

MEUS DICIONÁRIOS. **O que é visita**. Disponível em: https://www.meusdicionarios.com.br/visita. 03 de maio de 2020.

MICHAELIS. **Visita**. Disponível em: https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/visita. 03 de maio de 2020.

OLIVEIRA, M. C. **Enfermagem em cuidados paliativos:** proposta de intervenção para a assistência à saúde dos portadores de doenças crônicas. Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2014.

ORTIZ, R. (org). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Editora Ática, 1983.

PATEMAN, C. **O Contrato Sexual**. Tradução de Marta Avancini. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

RAYMUNDO, L. **Relato de Experiência: visita domiciliar para uma pessoa com obesidade**. Tese em Português – Coleciona SUS. Porto Alegre; s.n; 24 p., 2018.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação latosensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.479-498, Nov. 2009.

SAMPAIO, J. *et al*. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 18(2), 1299-1311, 2014.

SANTOS, S. L. F. *et al.* Atuação do farmacêutico na visita multiprofissional em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. **Mostra Científica da Farmácia**, [S.l.], v. 4, n. 2, ISSN 2358-9124, 2018.

SODRÉ F. **Alta Social**: a atuação do Serviço social em cuidados paliativos. Serviço Social e Sociedade 2002; 82:131-147.

SOUZA, M. C. A. F.; NETA, M. I. S. Contribuições da Equipe Multiprofissional para Redução do Tempo de Permanência Hospitalar de Pacientes Idosos em um Hospital Universitário: Relato de Experiência. In: **Congresso Internacional Envelhecimento Humano – CIEH**, Maceió, (online), 2017.

SPINK, M. J. P. (org.) *et al*. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2013.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectivada psicologia social. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, p. 41-61, 2013.

SPINK, P. K. **Pesquisa de campo em psicologia social**: uma perspectiva pós-construcionista. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 2003.

SUASSUNA, A. **Auto da Compadecida**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005. 36ª edição.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. **Racionalidades médicas e integralidade**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. **Projeto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**. Maceió, 2010.

WIKCIONÁRIO. **Visitar**. Disponível em: https://pt.wiktionary.org/wiki/visitar. 03 de maio de 2020.