

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E O APRENDER NO TRABALHO

ALCINDO ANTÔNIO FERLA
CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA
ANANYR PORTO FAJARDO
DANIELA DALLEGRAVE
ELOÁ ROSSONI
VERA LUCIA PASINI
RAFAELE GARCIA SONAGLIO
(ORGS.)

Serviços e Redes

Mosaico de Experiências de Equipes

Serviços e Redes

Mosaico de Experiências de Equipes

Mosaico de Experiências de Equipes

Serviços e Redes

Mosaico de Experiências de Equipes

Serviços e Redes

Mosaico de Experiências de Equipes

editora



redeunida

Série Vivências em Educação e Saúde

Alcindo Antônio Ferla
Cristianne Maria Famer Rocha
Ananyr Porto Fajardo
Daniela Dallegrave
Eloá Rossoni
Vera Lucia Pasini
Rafaele Garcia Sonaglio
Organizadores

***Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho:
Mosaico de Experiências de Equipes, Serviços e Redes***

1ª Edição

Porto Alegre/RS, 2017

Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

R433 Residências em saúde e o aprender no trabalho : mosaico de experiências de equipes, serviços e redes [recurso eletrônico] / Alcindo Antônio Ferla ... [et al.] organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017. 257 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-75-7
DOI: 10.18310/978-85-66659-75-7

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Educação em saúde. 3. Atenção à saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Recursos humanos em saúde – Formação profissional. 6. Tutoria. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Série.

CDU: 614.253.4
NLM: W20

Biblioteca responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Projeto gráfico – Capa/miolo/Diagramação

Diego Marengo

Revisão de Língua Portuguesa

Mônica Ballejo Canto



Copyright 2017: Permitido o uso deste trabalho para fins não comerciais, desde que atribuído autoria. Esta licença pode ser consultado em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

O aprender no trabalho como formação em Residências e como desenvolvimento das práticas: perspectivas em mosaico de experiências de equipes, serviços e redes09
Alcindo Antônio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha, Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave, Eloá Rossoni, Vera Lucia Pasini e Rafael Garcia Sonaglio

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EQUIPE

O Hospício e o Fora: Um olhar pedagógico entre dores e amores.....35
Sheyla Werner, Cláudia Rodrigues de Freitas e Luciano Bedin da Costa

O farmacêutico na Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde.....55
Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira, Juliana Talita Cândido Pinheiro, Dílson Braz da Silva Júnior e Julieta Ueta

Movimentando corpos, redes e afetos: A Educação Física como propositora de ações em saúde mental coletiva em um território de saúde.....75
Igor Figueiro da Silva, Priscila Siebeneichler e José Geraldo Damico

Fonoaudiólogos atuando em Tutoria e Preceptoria em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Rio Grande do Sul em 2013.....97
Claudia Fernandes Costa Zanini e Ananyr Porto Fajardo

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

O tempo outro do residente na rede de atenção à saúde.....121

Mário Francis Petry Londero

Efeitos da municipalização tardia das Unidades Básicas de Saúde do Murialdo em um espaço-tempo de formação de residentes.....137

Eloá Rossoni

Residências Multiprofissionais e a Gestão do Sistema Único de Saúde: Situando-se em dobradiça para pensar os inesperados de um encontro.....156

Alexandre Amorim, André Luis Leite de Figueiredo Sales, Alessandra Charney e Daniel Rodrigues Fernandes

Pedagogia do Pormenor: Rendi[o]hando fo[car]tografias de formação.....173

Elisandro Rodrigues, Karol Veiga Cabral e Mayra Martin Redin

Aprender a gerir um Programa de Residência Multiprofissional: A cogestão na formação para o Sistema Único de Saúde.....190

Analice de Lima Palombini e Rosemarie Gartner Tschiedel

O Trabalho de Tutoria e Preceptoría em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança: Aprendendo e ensinando novas lições.....211

Vera Lúcia Pasini, Jane Heringer, Sandra Corrêa da Silva e Malviluci Campos Pereira

Descentralização da Formação pelo Trabalho: Narrativas de uma residente na construção de itinerários pedagógicos fora dos grandes centros urbanos.....235

Aline Scheffer de Menezes e Daniela Dallegrave

“Era uma casa muito engraçada”: Relato de experiência de um tutor [preceptor!] na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.....259

Laerte Antonio e Silva

O desafio de formar sanitaristas: Reflexões sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro275

César Augusto Paro, Tiago Magalhães Ceciliano, Marcella Martins Alves Teofilo, Neide Emy Kurokawa e Silva e Egléubia Andrade de Oliveira

Formação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde: Relato de experiência sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família.....295

Christiny Regina Lopes, Daniela Lemos Carcereri, Daniela Schwabe Minelli, Débora Martini, Elisa Prieto Kappel, Indiana Sartori Dalmolin, Keli Regina Dal Prá, Mareni Rocha Farias e Marina Leite Souza

Acreditação Pedagógica como Estratégia de Avaliação Formativa Institucional em Programas de Residência em Área Profissional da Saúde.....315

Ricardo Burg Ceccim

APRESENTAÇÃO

O aprender no trabalho como formação em Residências e como desenvolvimento das práticas: perspectivas em mosaico de experiências de equipes, serviços e redes

Alcindo Antônio Ferla
Daniela Dallegre
Cristianne Maria Famer Rocha
Ananyr Porto Fajardo
Eloá Rossoni
Vera Lucia Pasini
Rafaele Garcia Sonaglio

Introdução

Organizar uma coletânea temática sobre Residências em Saúde que tornasse visíveis as produções de residentes, preceptores, tutores e coordenadores das muitas Residências em Saúde que estão em desenvolvimento em nosso país, nas diferentes regiões e em diferentes contextos locais. Este foi o desafio lançado pela Editora da Rede Unida aos organizadores deste livro. O desafio envolveu os Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (PPG ATSUS), do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Essa estratégia, de estimular a produção de análises autorais de quem está no cotidiano dos Programas de Residência em Saúde é, na verdade, também uma estratégia investigativa para identificar e caracterizar inovações no cotidiano dos serviços. Compõem uma ação das pesquisas avaliativas sobre a atenção básica e as redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) as quais os organizadores,

em diferentes inserções institucionais e por meio de distintas redes científicas, têm realizado nos últimos anos. Trata-se de uma proposta de produzir visibilidade e identificar potencialidades que são singulares ou “em experiência” e que, no momento em que são submetidas a uma escala maior de análise, se diluem em universais que fazem sentido geral, mas que não se propõe à capacidade explicativa para a diversidade e a complexidade do local. Analisadas como positivities singulares, as experiências têm o valor do agir, mobilizar práticas, organizar fazeres, deslocar a relação entre o conhecimento e a prática.

Para essa iniciativa, elaboramos um Edital público, convidando os diferentes atores sociais a apresentarem suas produções; recebemos 51 textos submetidos à avaliação por pares, seguindo as normas de publicação da Editora. Destes, 33 estão reunidos nos dois livros que organizamos como um “mosaico de experiências”, agrupando um conjunto de textos que não possuem necessariamente uma linha comum de articulação, agenciam diferentes perspectivas, que se colocam em movimento no funcionamento das Residências em Saúde no contemporâneo. Os dois livros resultantes dessa iniciativa são ***“Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho”*** e ***“Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho: Mosaico de Experiências de Equipes, Serviços e Redes”***. Este último compõe a presente coletânea. Os textos aqui reunidos apresentam um mosaico de olhares sobre a formação em serviço e os desafios da formação em equipe. São, ao todo, 15 textos envolvendo mais de 30 autores e diversas (locais, instituições), heterogêneas (composição da base pedagógica e do constructo epistemológico) e distintas (profissões e arranjos nos serviços) experiências.

A expressão “mosaico”, mais do que um substantivo (“mistura de coisas diferentes”, no sentido mais frequente nos nossos dicionários de língua portuguesa), aqui pretende compor uma estratégia metodológica de visibilizar a diversidade do cotidiano no encontro entre a formação e o trabalho como estão nas residências em saúde¹, principalmente na atenção básica e na gestão de linhas de cuidado, seguindo as orientações das políticas de atenção básica e de educação na saúde implementadas nos últimos anos e de movimentos singulares micropolíticos que conectam diversas experiências nas zonas de silêncio dessas políticas. (CHAVES, 2014) A atenção básica é lugar de expectativas para a atenção, para a gestão e para a participação, mas também, e com particular ênfase, para a formação.

Políticas de saúde e de formação em saúde: construindo convergências

Esse lugar de expectativa está constituído, de um lado, pela ideia de “mudança de modelo”, normalmente designando a transição do ordenamento curativista (centrado na lógica de uma solução prescrita para cada problema, caracterizado pelo diagnóstico) para uma abordagem ordenada pela integralidade como resposta adequada às necessidades das pessoas e coletividades, reconhecendo as dimensões sociais das necessidades e com projetos terapêuticos individualizados. Por outro lado, pelo

¹As Residências em Área Profissional da Saúde, uniprofissionais e/ou multiprofissionais, foram criadas e definidas como “modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”, por meio da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, encaminhada ao Congresso Nacional pelo Governo Federal como Medida Provisória nº 238, de 01 de fevereiro de 2005.

reconhecimento de que a atenção básica, em particular, e as redes de atenção integradas aos territórios de vida das pessoas (multiinstitucionais, com desenhos diversos, com complexas relações local-global e compostas também por fluxos atravessados por diversas condições de possibilidade) têm tornado visíveis questões para o trabalho em saúde e para a formação que não tinham a mesma visibilidade até há uns 20 ou 30 anos. Também pelo fato de que a expansão da atenção básica alcança segmentos da sociedade antes excluídos e a mobilidade social intercala crescimento econômico e crises e mobiliza de forma distinta os determinantes da saúde. Todos esses fatores reconfiguram as necessidades que levam as pessoas e coletividades até o encontro com os serviços, reivindicando capacidades profissionais diversas daquelas constituídas na formação. Há um contexto de diversidade muito grande envolvendo a atenção básica, sejam os territórios definidos pela geografia social e política, seja o sistema de saúde como um todo, que normalmente desafia de forma aguda o trabalho e os recursos mobilizados para realizá-lo. É evidente que a complexidade do cotidiano da atenção básica contrasta com as lógicas disciplinares que produzem identidades profissionais e os regimes de verdade que sustentam os discursos da técnica e do saber vigente. Essa é precisamente a potência da formação na atenção básica, a travessia a ser percorrida pela formação no serviço. (CECCIM; FERLA, 2008a; 2011)

Para seguir nessa construção epistemológica, é necessário recuperar algumas ideias que atravessaram a proposta do Edital de chamamento de experiências e das investigações que emergem nas pesquisas avaliativas associadas a ele. Em primeiro lugar, a constatação de que o trabalho e a formação em saúde

estão imersos em contextos de complexidade que transcendem a capacidade explicativa e as tecnologias desenvolvidas com base no conhecimento prévio, disciplinar e fortemente marcado pela lógica da medicina científica emergente no final do Século XVII. A bibliografia que trata do tema da lógica biomédica é vasta e a conexão dessa lógica com a lógica do conhecimento moderno também está bem estabelecida. (LUZ, 2013a; 2013b; 2009; 1988; FERLA, 2007) O filósofo Michel Foucault (1989) indica o nascimento da clínica, no interior do hospital assistencial da idade média, e sua articulação com a medicina social, como política para a saúde, no surgimento do Estado Moderno e embrenhada com o mesmo. Madel Luz (2013a) atualiza para o caso das políticas de saúde brasileiras a articulação Medicina e Estado já identificada por Foucault, construindo a categoria instituições médicas, para designar o preenchimento frequente do conteúdo das políticas implementadas pelo Estado com o discurso biomédico. A mesma autora, em obra clássica no campo da Saúde Coletiva, demonstra a articulação entre a razão biomédica e a racionalidade científica moderna, com origem no pensamento clássico. (LUZ, 1988) Projetam-se sobre o trabalho no interior dos serviços de saúde, e também sobre os atores que protagonizam a cena do cuidado (trabalhadores e usuários), lógicas que pertencem ao mundo do conhecimento, disciplinar, positivo e totalizante. Lógicas que também pertencem ao “mundo da formação”, onde há tendência de transmissão vertical do conhecimento e treinamento de habilidades por repetição.

Essa é uma tendência que também se projeta em outros âmbitos da vida, com efeito sobre a cultura e, em alguma medida, na produção de imaginários que compõem as necessidades de saúde. Em pesquisa recente sobre as imagens produzidas no

chamado segmento de divulgação científica dirigido ao público em geral, identificou-se uma retórica fortemente marcada pela biomedicina, inclusive sobre produtos das chamadas práticas integrativas e complementares e das naturopatias. (LUZ et al., 2013) Quer seja sobre a organização técnica do trabalho, quer seja sobre a configuração dos imaginários e das demandas para a atenção básica e demais âmbitos do sistema de saúde, há um forte predomínio da lógica biomédica e das imagens de produtos, serviços e tecnologias fortemente marcados por ela. Não apenas na formação técnica e universitária, mas também nas chamadas atualizações para os trabalhadores, no segmento de “educação continuada”, as ofertas comumente são centradas nas transmissões cognitivas, afirmando um lugar de atuação segundo informação técnica disponível para o trabalhador no cotidiano do sistema de saúde, em todos os seus pontos de atenção. (CECCIM; FERLA, 2008b)

Mais recentemente, no Brasil, uma vertente epistemológica e política sopra sobre essa realidade buscando produzir tensões e mudanças. Na área da saúde, com base na disposição constitucional de que também ao SUS cabe incidir sobre o ordenamento da formação dos trabalhadores que atuam no setor, um conjunto de iniciativas vem sendo desenvolvido nos diferentes níveis de ensino, da formação técnica à pós-graduação. Na área da educação, da mesma forma, a constatação da necessidade de mudanças nas capacidades dos profissionais para o mundo do trabalho vem produzindo estratégias distintas, que buscam incidir sobre a organização do percurso formativo e sua avaliação. (CHAVES; CECCIM, 2015)

Entre as iniciativas da área da saúde, protagonizadas no interior do SUS nas três esferas de governo, merecem destaque,

desde o início dos anos 2000, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Educação Médica (PROMED), O SUS e os Cursos de Graduação na Saúde (AprenderSUS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, os Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), o apoio e o fomento a Residências Médicas e em Área Profissional da Saúde prioritárias, entre outras, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004) realizadas no âmbito do SUS em articulações interinstitucionais. A ênfase das iniciativas e da Política de Educação Permanente em Saúde é, desde a sua formalização, o desenvolvimento do trabalho, a transformação das práticas sanitárias e de formação, a mobilização de recursos e poderes e ser recurso estruturante do SUS. (CECCIM, 2005) Para tanto, as diretrizes de gestão descentralizada, integralidade da atenção e participação da população têm destaque nos enunciados da política. No documento oficial de apresentação da política, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004) a Educação Permanente em Saúde é apresentada como uma

[...] proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a formação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado

entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004, p. 8)

Na área da educação, algumas iniciativas também têm destaque como marcos da aproximação da formação com os serviços. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, a criação das residências em saúde e as evidentes aproximações entre os Ministérios da Educação e da Saúde, visíveis mais recentemente com a criação do Programa Mais Médicos e da Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde. Na gênese das discussões que geraram as Diretrizes Curriculares Nacionais, articulações com movimentos sociais e com entidades científicas, entre as quais a Associação Brasileira da Rede Unida e, no caso das Residências em Saúde, uma articulação forte também com o Conselho Nacional de Saúde.

Aprendizagem e trabalho em saúde: uma relação que se transformou

A aprendizagem da saúde nos serviços não é invenção recente. Remonta à transformação dos hospitais assistenciais da idade média em hospitais médicos, no final do Século XVIII. A presença intensiva e o registro sistemático dos fenômenos médicos foi também a origem do conhecimento que embasa a “clínica moderna” ou a lógica biomédica e a condição para engendrar a

transformação. (FOUCAULT, 1989) O hospital se torna campo de cura, formação e transmissão de saber, nos diz o filósofo, uma vez que se desloca também o lugar do saber médico, até então localizado nos livros, que formavam uma jurisprudência médica, para o “que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital.” (FOUCAULT, 1989, p. 111) Para os médicos, atuação intensiva no serviço, nesse serviço particular, é parte relevante da sua formação profissional. Os programas de residência médica como parte da formação especializada tiveram início em 1889, no Hospital da John’s Hopkins University, com residentes em cirurgia e, logo em seguida, em clínica médica. (HORII, 2013) A partir de 1927, quando a Associação Médica Americana publicou a primeira relação de hospitais cadastrados para a execução de programas de residência médica, essa modalidade de formação se difundiu. No Brasil, o Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, seguindo o modelo americano, implantou em 1945 um programa de residência em Ortopedia e, em seguida, no mesmo ano, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro implantou programas em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia.

A Residência Médica é reconhecida como etapa de excelência da formação médica, justamente por tratar-se de um processo de ensino-aprendizagem que coloca “o residente diante de situações de atendimento que suscitem a tomada de decisão fundada no conhecimento científico e na experiência médica acumulada com o tempo de prática.” (SPONHOLZ et al., 2016, p. 68)

Nas demais profissões, a formação intensivamente vinculada aos serviços de saúde também não é recente. Diversos programas de especialização, bem como progressivas aproximações ainda na

graduação, utilizam essa estratégia pedagógica para se realizarem há muitos anos. É o caso, por exemplo, das antigas “habilitações” da Enfermagem, formações profissionalizantes após a graduação. Entretanto, as Residências em Área Profissional da Saúde foram formalmente estruturadas a partir da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Segundo o caput do Art. 13 dessa lei, trata-se de “modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2005) O destaque à formação de médicos se deu por pressão corporativa das entidades médicas, em nome da secularidade da residência médica, e não em função de convicções pedagógicas ou epistemológicas, que diriam respeito à contemporaneidade do trabalho e da formação. Segundo a lei, a Residência em Área Profissional da Saúde “constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde” (§ 1º, Art. 13) e deve ser realizado sob responsabilidade conjunta entre os setores da educação e da saúde.

A leitura cuidadosa do texto legal explicita algumas questões que lhe são contemporâneas no debate sobre a formação profissional, particularmente no campo da saúde, e que tiveram visibilidade no debate que formulou a redação final da lei: o caráter intersetorial, compatível com as formulações relativas à determinação social da saúde e da doença; a formação em serviço, como estratégia de aproximação do perfil dos egressos às demandas do sistema de saúde (“inserção qualificada dos jovens profissionais no mercado de trabalho”), o que supõe um diagnóstico

de necessidade de mudança na formação profissional existente; o foco nas necessidades do mundo do trabalho para a definição de perfis profissionais e, no caso específico, as áreas prioritárias do SUS como particularidade para orientar as prioridades das Residências; as tensões corporativas disputando vigência na formação e no reconhecimento social no mundo do trabalho, das quais o exemplo mais visível no texto legal é a exceptualização da medicina do conjunto das profissões participantes, preservando o status diferenciado dessa modalidade de formação para os médicos, mas também revelando conflitualidades na interação entre as profissões no mundo do trabalho e a defesa pela manutenção da tradição e do conservadorismo. No caput do Art. 15, da mesma lei, quando trata da criação de bolsas de diferentes naturezas, outras ideias que atravessam o debate sobre a formação e suas articulações com o mundo do trabalho são explicitadas, como o registro de que o Programa de Bolsas visa “à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional”, afirmando tecnologias pedagógicas que dão positividade à formação no mundo do trabalho, “como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde”, constituindo fortemente a ideia de que a formação precisa conectar-se com a dinâmica do trabalho.

Bem, não parece necessário argumentar exaustivamente aqui que essas ideias contidas na Lei e que atravessam o debate contemporâneo sobre a formação adquirem centralidade na necessidade de mudanças no ensino e que há, no mundo do trabalho, questões diversas daquelas que permeiam centralmente a formação. Esse debate está presente na literatura sobre a educação

permanente em saúde, (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005) sobre o trabalho em equipe e a educação interprofissional (CECCIM; FERLA, 2008a; CHAVES; CECCIM, 2015; PEDUZZI, 2001) e sobre a natureza tecnológica do trabalho que busca a integralidade em saúde e nos estudos sobre micropolítica do trabalho em saúde de forma mais geral. (MERHY, 2014; CHAVES, 2014)

Diferente do que propõe o paradigma cartesiano, ainda vigente no mundo do conhecimento, parte importante das questões do mundo do trabalho requer lógicas distintas deste paradigma para sua abordagem de forma eficaz. Sem a pretensão de esgotar o debate epistemológico acerca da complexidade ou mesmo da crise do paradigma cartesiano, pretendemos utilizar aqui uma breve revisão do que se tem produzido principalmente no campo da Saúde Coletiva e da Educação, pela via da “tese” da Educação e Ensino da Saúde (CECCIM, 2008) para abordar dimensões da complexidade na articulação entre o conhecimento e a prática laboral ou mesmo as práticas da vida cotidiana das pessoas. Essa breve revisão pretende dar destaque ao que vem sendo proposto como necessidade de novas alianças entre o saber e o fazer em saúde, (CECCIM; FERLA, 2008a) principalmente no âmbito da atenção básica, que é onde se dá o encontro mais íntimo entre o saber acadêmico e os saberes práticos da vida. (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004)

Madel Luz, (2009) em ensaio teórico acerca da condição complexa do campo da Saúde Coletiva, descreve algumas dimensões que essa reflexão tem seguido ao longo do tempo. Uma primeira dimensão é a convivência entre o que ela denomina de “três paradigmas” (multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade), evocando a produção teórica da Saúde Coletiva latino-americana desde os anos 1990, que aponta o esgotamento

do conhecimento disciplinar para abordar os problemas de saúde, constituindo-se também como um campo de “saberes e práticas”. A tensão “saberes e práticas” não é meramente discursiva, já que parte significativa dessa produção sobre o núcleo epistemológico da Saúde Coletiva busca elementos justamente dessa tensão para explicar os movimentos constitutivos desse campo. Segundo Madel Luz, (2009) a complexidade do campo se traduz também pelo que denomina de “hibridismo epistemológico” para referir-se à coexistência de “normas epistemológicas de produção do conhecimento com o paradigma pragmático da eficácia e da ética, comum às medicinas preventiva e social e às políticas de saúde”, sendo que o paradigma científico é híbrido pela tensão entre os paradigmas das ciências humanas, da medicina, da epidemiologia clássica e do planejamento, gestão e avaliação das políticas de saúde. (LUZ, 2009, p. 304-305) A autora conclui que a tensão entre as duas “lógicas de ‘regime de produção de verdades’ (...) impede, a nosso ver, que se adotem explicações teóricas monocausais neste campo, ao menos no sentido da causalidade mecânica, em grande parte ainda dominante no campo das biociências.” (LUZ, 2009, p. 306)

A síntese que se pretende destacar aqui é que, no campo da Saúde Coletiva, há um problema epistemológico complexo que se enuncia por sua irreducibilidade nos discursos e práticas a um modelo ou paradigma único, sendo que coexistem, de forma integrada ou paralela, modelos discursivos “tanto em relação aos saberes disciplinares, como em relação às práticas de intervenção e às formas de expressão científica.” (LUZ, 2009, p. 307) Portanto, a compreensão dos problemas e das formas de intervenção inclui explicações abertas, mutáveis e híbridas em termos epistemológicos

(conhecimentos interpretativos ou explicativos das diversas áreas de conhecimento que se projetam sobre o campo) e da lógica operativa e pragmática da eficácia (que decorre da “intervenção normativa na ordem da vida”), conforme ressalta a autora. (LUZ, 2009, p. 306) Há aqui uma construção epistemológica que diz da necessidade de articulação entre diferentes núcleos disciplinares e práticos para compreender os fenômenos da vida e da saúde e uma tensão relevante entre conhecimentos e práticas, que renova o conhecimento e o aproxima do cotidiano, não no sentido do avizinhamiento, mas da capacidade de resolver os problemas que habitam o cotidiano.

Maria Cecília Minayo (2010), em ensaio teórico sobre as relações entre o conhecimento e a complexidade, afirma que o pressuposto que embasa a complexidade é que “os seres vivos se constituem como sistemas autônomos, abertos e ao mesmo tempo integrados”, (MINAYO, 2010, p. 437) sendo os sistemas hierárquicos e somente compreendidos do nível mais complexo para o menos complexo. O nível último de complexidade nessa hierarquia é social e político, sendo que a explicação para fenômenos que envolvem o social, o cultural, o histórico, o psicológico e o biológico não pode se dar apenas pela Biologia. A autora sugere algumas condições para o exercício do pensamento complexo, capaz de compreender a abrangência e a mobilidade de fenômenos com essas características e que desafia a pesquisa social: dialogia, circularidade, perspectivismo e objetividade atravessada pela subjetividade. Essas ideias nos permitem criar uma abertura ao pensamento do aprender saúde também com os desafios da pesquisa social, aos quais nos remete a autora.

Noutra perspectiva teórica, da geografia social, Milton

Santos (1997) identifica uma tendência de que o *meio geográfico*, pela incidência da ciência, da tecnologia e da informação, seja transformado em *meio técnico-científico*, ou seja, em meio *produzido*. O exemplo utilizado é das grandes cidades, em que a parte hegemônica, produzida ativamente pela intervenção governamental e das instituições da sociedade civil, é planejada para adaptar-se à “ação global das forças mundializadoras do mercado.” (SANTOS, 1997, p. 78) Entretanto, segundo o autor, a cidade como um todo resiste a esse movimento de construção segundo a hegemonia das práticas sociais mercadológicas justamente pelo fenômeno que descreve como *ambiente construído*. Para Milton Santos (1997, p. 79)

À cidade informada e às vias de transporte e comunicação, aos espaços inteligentes que sustentam as atividades exigentes de infraestruturas e sequiosas de rápida mobilização, opõe-se a maior parte da aglomeração onde os tempos são lentos, adaptados às infraestruturas incompletas ou herdadas do passado, os espaços opacos que, também, aparecem como zonas de resistência.

Para o autor (SANTOS, 1997) há uma produção ativa do espaço geográfico pelo efeito da ciência, da tecnologia e da informação (com efeito de produção de um meio técnico-científico), mobilizado pela expressão da lógica econômica hegemônica (com expressão predominantemente urbana e padrão internacional). Entretanto,

há também um ambiente construído, que retrata a diversidade da vida social, das diferenças de renda e poder aquisitivo, da heterogeneidade da cultura, que envolve a maior parte das cidades e da população, principalmente no chamado Terceiro Mundo, onde o autor identifica uma “verdadeira flexibilidade tropical”, que fermenta lógicas diversas daquela vigente e que compõe formas de vida e ocupação do espaço mais heterogêneas e inclusivas. Não há aqui a pretensão de esgotar o debate sobre essa temática, apenas de acolher algumas ideias que ajudam a mobilizar a reflexão que se faz nesse texto: que o ambiente sofre efeitos pedagógicos das lógicas vigentes nas políticas públicas (inclusive pelos serviços de saúde), mas também da resistência e da diversidade das formas de ocupação; que há heterogeneidade nas relações que as pessoas estabelecem com o ambiente; que os territórios de vida e produção de saúde mantêm relações complexas com os modos como as pessoas e coletividades interagem com eles. Há relações de transversalidade e móveis entre o território e a produção de saúde, diversas do vetor da ciência vigente, da técnica que dela deriva e da informação que se projeta sobre essa relação. Essa constatação dá visibilidade a parte do aprender saúde no fazer cotidiano nos serviços que estão em contato mais íntimo com os territórios de vida e produção de saúde das pessoas e das coletividades, assim como descreve parte da complexidade do trabalho nesses serviços e nos demais espaços desse território. Por fim, aponta um grande desafio das residências em saúde como estratégias de formação de profissionais e desenvolvimento dos serviços.

Essas propostas se assentam na vertente de produção denominada “educação e ensino da saúde.” (CECCIM, 2008; CECCIM; FERLA, 2008a) Não se trata de uma relação de similaridade:

os serviços e os territórios servindo de campo de práticas para o adestramento de habilidades e a aplicação em escala de tecnologias e conhecimentos prévios da formação. Trata-se de aprendizagem nos serviços como política. Há entre “ensino” e “serviço” nessa proposta uma aliança forte, de estranhamento recíproco. O contato é, ele mesmo, capaz de mobilizar educação permanente, produzindo ou tornando significativo o conhecimento mobilizado e desenvolvendo o trabalho de ensinar, de aprender, de cuidar, de gerir e de participar. (CECCIM, 2005; CECCIM; CAPOZZOLO, 2004; CECCIM; FERLA, 2008a; 2011)

Dois conceitos mais podem ampliar a compreensão que se pretende registrar aqui. A teoria como caixa de ferramentas, desde uma conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze, (FOUCAULT, 1989) sinaliza que é preciso que a teoria funcione e ela funciona não de forma totalizante, mas na forma de multiplicação e é, portanto, uma prática; o que opera totalizações é o poder que se associa às formas de conhecimento. Entre teoria e prática existem relações de revezamento: “nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro.” (FOUCAULT, 1989, p.70) Assim, o encontro “educação” e “serviços” opera como rede de revezamentos, refazendo teoria e prática, desenvolvendo o aprender e o trabalho. Fundamental que assim seja, uma vez que diferentes clínicas precisam operar em diferentes territórios e serviços, compondo modelagens tecnoassistenciais (MERHY, 2014) capazes de produzir integralidade. De outro modo, os diferentes serviços e arranjos de rede que foram sendo inventados no interior dos sistemas e redes permanecem vazios de um trabalho que lhes seja compatível. Não é viável pensar em integralidade (e em aprendizagem significativa) se as tecnologias que operam nos

processos de trabalho no interior dos serviços (e dos programas/instituições de ensino) forem apenas equipamentos tecnológicos (“tecnologias duras”) e conhecimentos estruturados (“tecnologias leve-duras”). Tecnologias relacionais (“leves”) precisam ser desenvolvidas para operar como ofertas e para gerir o trabalho que pretende integralidade e formação de redes. (MERHY, 2014) Conhecimentos e práticas precisam ser postos em movimento e os problemas e questões do cotidiano são desafios (efeito “muro”) sobre teorias e práticas, sobre conhecimentos e o trabalho.

Uma última questão para abordar a potência do encontro ensino e serviço, com base nas constatações sobre a tipologia de equipes encontradas por Marina Peduzzi (2001) na sua tese: equipes como agrupamento de agentes e equipes como integração de trabalhadores. Quando se fala em equipe de saúde, no contexto das produções recentes sobre a micropolítica do trabalho para a integralidade, é da equipe integração que se pretende falar, mas não é essa modalidade a predominante, por diferentes motivos, inclusive a formação uniprofissional e as tensões corporativas. Pois bem, segundo a autora, algumas características precisam ser incorporadas nos modos de trabalho dos profissionais para que se produza a integração de trabalho na equipe: comunicação intrínseca ao trabalho, projeto assistencial comum, diferenças técnicas entre trabalhos especializados, arguição da desigualdade dos trabalhos especializados, especificidades dos trabalhos especializados, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica de caráter interdependente. (PEDUZZI, 2001) O trabalho integrado é um

desafio impostergável da formação em serviço, como dos demais espaços de ensino da saúde; sua maior visibilidade (pela presença ou pela ausência) é no interior de serviços e redes e, portanto, é o lugar onde a aprendizagem significativa e modos interprofissionais de agir se tornam mais agudos.

O mosaico de experiências: o serviço no foco da análise

A essa altura do constructo, parece importante a escuta às experiências selecionadas. Experiências que falam da implementação de políticas e do exercício da liberdade dos espaços vazios, onde os diferentes atores (estudantes, docentes, preceptores e usuários) pensam, sentem e vivem a “delicadeza do aprender.” (CHAVES, 2014) O mosaico de experiências organizado nessa coletânea foi composto em duas sessões, para dar visibilidade às questões levantadas pelos próprios relatos e pelo acúmulo das reflexões sobre o ensinar e aprender no cotidiano do trabalho. São cinco textos na sessão “Formação profissional em equipe” e dez textos na sessão “Olhares sobre o processo de formação em serviço”.

A primeira sessão agrupa relatos de experiências de diferentes atores sociais em programas de Residência em Saúde desenvolvidos em diferentes territórios, que se debruçam sobre questões que fertilizam a formação desde os serviços. Em particular, o contato multi e interprofissional, com os desafios que são produzidos pelo estranhamento e pelo distanciamento das profissões. Onde parece haver uma tênue membrana que separa as capacidades profissionais e a formação das distintas formações, percebe-se um território de transição largo, que tem

efeitos de fragmentação sobre o cuidado e que mobiliza tais atores no cotidiano do trabalho e que, portanto, simboliza um enorme potencial pedagógico para a formação interprofissional e para a aprendizagem de modos de cuidar e gerir os processos de cuidado na complexa rede de produção de saúde no cotidiano do “local”.

Na segunda sessão, relatos sobre a formação em serviço, que constitui o dispositivo pedagógico estruturante das Residências em Saúde, que encontram na diversidade de instituições e territórios, mais do que os profissionais em formação encontraram no hospital do início dos tempos modernos. A complexidade dos modos de viver e organizar o trabalho, a visibilidade das questões relativas à gestão e à participação, a história das instituições e dos territórios, a diversidade de necessidades sociais e de saúde que chegam aos serviços, entre outras, são questões que mobilizam os modos de aprender e de ensinar nos serviços. Mobilizados os modos de aprender e ensinar dos diferentes atores, mobiliza-se também o modo de organizar o trabalho e desenvolve-se novas formas de inserir o trabalho no interior dos serviços, redes e sistemas de saúde. Portanto, o monitoramento e a avaliação das residências e dos residentes precisa incluir a capacidade de desenvolver os serviços. Fala-se, ao longo do texto e suas tramas, em aliança produtiva entre formação e serviços e é o destaque da potência dessa aliança que justifica sua difusão à saúde no Brasil e na comunicação da produção dos serviços brasileiros de saúde entre si e com os países em cooperação internacional, ou mesmo nas interações em saúde global, onde a experiência brasileira dos últimos anos tem destaque e reconhecimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf. Acesso em 09 nov 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 09 nov 2016.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.975-986, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3859/2936>. Acesso em: 09 nov 2016.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZZOLO, Angela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves ... [et al.] (Orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** Hucitec, Rio de Janeiro; Abem, São Paulo, 2004. p. 346-390.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Abertura de um campo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. In: MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio (Orgs.). **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. p. 258-277.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, v.6, n.3, p.443-456, 2008a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b. p. 162-168. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, jun. 2004.

CHAVES, Simone Edi. Os movimentos macropolítico e micropolítico: sem ensino de graduação em Enfermagem. **Interface** (Botucatu), v.18, n.49, p.325-336, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0325.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

CHAVES, Simone Edi; CECCIM, Ricardo Burg. Avaliação externa no Ensino Superior na área da saúde: inquietações e a dimensão das margens. **Interface** (Botucatu), v.19, n.55, p.1233-1242, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0728>. Acesso em: 09 nov 2016.

FERLA, Alcindo Antônio. **Clínica em movimento**: cartografias do cuidado em saúde. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

HORII, Cristina Leika. **Um estudo da residência médica para a compreensão da formação continuada de professores**. Dissertação (Mestrado). São Paulo, 2013. Universidade de São Paulo. Faculdade de Educação, Instituto de Física, Instituto de Química, Instituto de Biociências, São Paulo, 2013.

LUZ, Madel Therezinha. **A arte de curar versus a ciência das doenças**: história social da homeopatia no Brasil. 2.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013b. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/a-arte-de-curar-versos-a-ciencia-das-doencas-pdf/view>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. **As instituições médicas do Brasil**. 2.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013a. Coleção Clássicos da Saúde Coletiva, 3. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/instituicoes-medicas-no-brasil>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

LUZ, Madel Therezinha et al. Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. **Interface** (Botucatu), v.17, n.47, p. 901-912, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/11.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo em ato. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, Ponta Grossa, v.10, n.2, p. 435-442, 2010.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

SANTOS, Milton. **Técnica, espaço, tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: Hucitec, 1997.

SPONHOLZ, Thaís Carla Huk et al. Processo de trabalho na Residência Médica: a subordinação do ensino-aprendizagem à exploração da força de trabalho dos residentes. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 67-87, nov. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400067&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 nov 2016.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

EM EQUIPE

O Hospício e o Fora: Um olhar pedagógico entre dores e amores¹

*Sheyla Werner
Cláudia Rodrigues de Freitas
Luciano Bedin da Costa*

*A primeira condição para modificar a
realidade consiste em conhecê-la.
(Eduardo Galeano)*

PARA INICIAR UMA CONVERSA...

Sem receio, assumo a primeira pessoa neste texto. No entanto, trata-se de um “eu” que não se limita a uma primeira pessoa. Explico-me: embora parta das experiências de uma pedagoga residente em saúde mental coletiva, os depoimentos (em itálico) se prestam a toda e qualquer pessoa que por ventura assumo o lugar de quem vive o cotidiano de um Hospício (aliás, resolvi sustentar este termo em desuso, e com H maiúsculo, para marcar justamente o tom majoritário e violento de sua presença). Gostaria que o leitor lesse as páginas que seguem sob o tom de um testemunho, de uma pedagoga que, entre dores e amores, viu-se diante de um olhar estrangeiro, sendo os dois outros autores meus parceiros, tanto no processo de escrita, como no sustentar o próprio estar, o próprio olhar, ali onde o pedagógico se encontra com o terapêutico e se desdobra no político. É deste nó que um nós me parece possível. Passo, então, ao que me foi possível dizer e pensar.

¹O texto trata da experiência em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, elaborado por Residente do Núcleo de Pedagogia, Tutora de Núcleo e Professor da Universidade.

HABITANDO E ESCRREVENDO O HOSPÍCIO: PRÁTICAS MISTIÇAS

Eu sei que a morte é inevitável, mas não vivemos preocupados com ela. Este lugar é assombrado repentinamente pela morte. Sinto cheiro dela. Como posso definir o cheiro da morte?

Não me refiro ao cheiro do corpo decompondo, refiro-me ao sentido, - o cheiro da sensação de morte. Sim, este lugar fede a morte, parece que todos apenas esperam por isso. Se é forte o que eu disse? Sim, eu sei. O cheiro também!

Escrever sobre o Hospício é escrever sobre essa espera, a espera da morte. A Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tinha como cenário de prática o Projeto de Desinstitucionalização dos Moradores de um Hospital Psiquiátrico de Porto Alegre/RS.

Enxerga-se o Hospício São Pedro ainda como um monumento imponente: o prédio antigo e o vasto terreno ao seu redor destacam-se na paisagem da Avenida Bento Gonçalves. Cenário de muitas histórias [...] mantém-se sólido e parece mesmo, a despeito de todas as críticas e dificuldades estruturais que o cercam, inabalável. (WADI, 2002, p.27)

O projeto foi regido pela Direção de Atendimento aos Usuários Moradores (DAUM). Tal proposta encontrava-se no Plano Estadual de Saúde de 2012-2015 do Estado do Rio Grande do Sul.

Dentro da Rede de Atenção Psicossocial, as estratégias de desinstitucionalização visam garantir às pessoas com transtorno mental, em

situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias de cuidado substitutivas ao isolamento institucional, sob a perspectiva da garantia de direitos, com a promoção de autonomia e do exercício de cidadania, buscando a sua progressiva inclusão social. (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2013, p.130)

Compreende-se a importância do trabalho de desinstitucionalização no Hospício, por toda sua trajetória e por ter tantos usuários-moradores no local.

No que diz respeito às ações de desinstitucionalização stricto sensu, o Hospital Psiquiátrico São Pedro situa-se como espaço prioritário de intervenção, uma vez que abriga, ainda em 2012, cerca de 240 usuários moradores em sua área asilar. (RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE, 2013, p.130)

Atualmente há em torno de 170 a 180 moradores no Hospício. Infelizmente o número em declínio de moradores não é indicador de desinstitucionalização, pois apesar de vários terem tido essa felicidade, muitos recebem alta por óbito.

*Não sei mais como descrever tanto horror. Quanta resiliência de pessoas tão frágeis. Estou exacerbada desse Hospício; e não estou há 40 anos nesse lugar. Sinto-me negligente e ao mesmo tempo tão presa e amarrada quanto os moradores daqui. Quando penso: ah, já vai acabar, falta pouco. Falta pouco pra mim. E pra eles que vão morrer aqui?? Sim... Receberão alta. **Alta por óbito.***

O projeto, já no ano de 2015, teve impasses, foi **impedido** de ter continuidade. A DAUM deixou de ser campo de Residência, pois a proposta se reestruturou de outra forma, negativa, para quem acredita numa linha de atenção e cuidado integral em saúde mental, um cuidado em rede e não em manicômio.

No entanto, pude conhecer a DAUM antes de se desmanchar em termos de função desinstitucionalizadora. O interesse em trabalhar no Hospício era de poucos, mas número suficiente para compor uma microequipe. Ceccim, (2008, p.263. Grifo meu) olhando pra Multiprofissionalidade na Saúde, afirma:

[...] como parte do esforço pela mudança na formação profissional, que enfoque a afirmação da vida de modo intrínseco aos atos de saúde, argumento aqui sobre a **necessidade do trabalho em equipes multiprofissionais**, mas também sobre uma **prática mestiça**, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais) com os usuários e com a equipe de saúde.

Eu e as outras colegas estávamos dispostas a realizar uma *prática mestiça*. (CECCIM, 2008, p.263) Contemplando a proposta da Residência, nossa Microequipe Multiprofissional era composta pelos Núcleos da Pedagogia, Assistência Social e Psicologia.

Deparei-me com diversas situações que faziam repensar o meu estar no Hospício, estar na residência. Faziam-me chorar e chorar aos soluços. Por vezes me calavam, deixando-me atordoada no silêncio. Mas ao mesmo tempo faziam com que eu buscasse possibilidades, tal como Maturana (2012, p.3) bem nos esclarece:

A dor nos faz perguntar. Apesar de difícil, é uma oportunidade única de transformação, assim como a curiosidade, que não nos permite submissão aos padrões externos. Quando tropeçamos dói o pé. Isso faz pensar sobre o modo de andar, a atenção ao caminhar, os desafios do trajeto. A dor da alma também ensina. Se alguém me repudia, tenho de perguntar o que estou fazendo para que isso aconteça. Investigar é oportunidade para crescer.

Além disso, é preciso mostrar/contar/gritar o quanto o Hospício é sombrio e impossível de ser colorido.

Apesar do tamanho, o complexo não podia ser visto do lado de fora, por causa da muralha que cercava todo o terreno. Lá dentro, a dimensão daquele espaço **asperamente cinza**, tomado por prédios com janelas amplas, porém gradeadas, impressionava. [...] um cheiro insuportável alcançou sua narina. [...]. (ARBEX, 2013, p.22-23, grifo meu)

As próprias pessoas que o defendem são de cor alguma. As cores produzidas só foram possíveis fora dele.

*Estavam todos de preto, unidos, dispostos a abraçar o Hospício. O que me surpreendia era os jovens, em formação, fazendo parte do protesto a favor do hospício! Ali no meio como “desinformados”. Será que eles não conhecem os residenciais terapêuticos? Será que eles realmente acreditam nessa forma de cuidado? Eram muitas as minhas perguntas, sobre os jovens, sobre os trabalhadores, sobre gestores... Até que me deparo com **moradores**, os internos no Hospício, também trajados de preto!*

Converso com um deles, questiono sobre sua camiseta nova e ele diz que ganhara para defender sua casa, pois queriam fechar e “deixá-lo na rua, sem ninguém para cuidar dele.” Foi assim que conheci o terrorismo instaurado na Instituição Total – o verdadeiro HOSPÍCIO. Onde os loucos eram alimentados com falsas verdades sobre suas possíveis saídas desse local onde a loucura maior é de quem ainda o sustenta.

UM OLHAR PEDAGÓGICO?

E o olhar pedagógico auxiliou as percepções, aliás, por que “olhar pedagógico”? Olhava ao redor e notava a falta de acessibilidade, a ausência de identidade de quem se dizia morador daquele lugar. Percebia a falta da promoção da autonomia, a carência do ensino-aprendizagem, a insuficiência da paciência, mas principalmente a precariedade da sensibilidade. Não tem profissão para dar conta disso. Talvez a mistura, a vontade compartilhada de outras coisas possa dar a intensidade necessária.

Hoje eu morri por um tempo! Não tive nenhuma parada cardíaca, mas talvez algo bem perto disso... Eu não ouvia nada, quase não me mexia. Quando tentei, algo muito forte não me permitiu, deixando-me morta, ali, por mais alguns instantes. Antes de falar sobre quem me acordou, posso explicar o que me matou?

Não foi a primeira vez que isso aconteceu e tenho certeza de que não será a última.

Os olhares, mas principalmente a falta deles, foram os primeiros a machucar. As ações, mas principalmente a falta delas, vieram depois. E por último, as ensurdecedoras palavras, mais precisamente o grito do silêncio.

Foi assim, quase subitamente, eu morri e não queria voltar, não queria viver (ou ver?) tudo isso de novo... No entanto, fui despertada por um sorriso que pedia para que eu ficasse acordada e bem viva. Pra quê?

Para devolver essa sutileza, esse sorriso (tão escasso) de e para pessoas que, onde todo o resto já lhes tinha sido negado, a própria vida, essa a qual eu voltei, lhes foi tirada.

“Meireles”² (é como a chamam, mas que fique claro: ela gosta de ser chamada de Mariazinha) é a dona do sorriso que me reviveu, ah, Mariazinha... Aprendi que num simples sorriso sempre há um pouco de vida, olhe só, você trouxe a minha!! Prometo que sempre que nos virmos lhe darei um pouco de vida, lhe darei o meu melhor sorriso!

Oras que vida é essa? **Quando a dureza vira rotina, o sorriso a exceção e a sutileza uma besteira!** Diga-me, que vida é essa? Essa é a (falta de) vida que tem no Hospício.

Nosso trabalho, como já mencionei, era de dentro para fora do Hospício. Desinstitucionalizar as pessoas (as ideias) que desejavam sair. Interagíamos muito com os moradores. O convívio fazia ver moradores ao longe, nus e sem querer aproximação de qualquer pessoa. Também nos deparávamos com moradores que pediam fumo, brincos, chocolates e aqueles que **pediam para sair**.

Os olhos dela pediam socorro!

Ela segurava minha mão tão forte... As mãos diziam “não estou bem”.

Caminhamos um pouco por dentro do hospício, de mãos dadas, eu perguntava: quer passear? E ela respondia de muitas formas.

Ela guiava o passeio. Logo percebi nossa trajetória direcionando-se para o portão de saída.

O passeio deveria continuar, mas eu não podia. Eu queria, mas sabia que não podia. Por quê? Por que eu não podia? Oras, estávamos presas. Havia seguranças, não nos deixariam sair sem autorização. E eu não tinha!

Quando parei, ela me puxou. Olhei nos olhos dela e expliquei da necessidade em marcar passeio. Ficaria para outro dia. Com movimentos de desaprovação ela me soltou e sem olhar pra trás continuou a caminhada para a saída.

Peço desculpas Renata, por não poder nem sequer minimizar tua dor, por não te roubar um sorriso, por não acalantar tua angústia e não poder atender teu pedido por um passeio. Deixo-te minhas lágrimas e a (in)certeza de que um dia possamos passear fora do hospício e sorrir juntas.

Eram moradores que mostravam, tanto na fala quanto na linguagem corporal o desejo de interagir com a cidade, de interagir com outras pessoas, com a própria vida. Nas assembleias realizadas com os moradores das unidades do Hospício também se ouvia, sentia, percebia, desejos de sair do Hospício e também de ficar. Afinal a Instituição Total faz isso – institucionaliza – impedindo que vejam as possibilidades existentes. Aqueles, que de alguma forma mostravam desejo de sair, eram os moradores que apareciam na pauta da reunião de equipe.

Mas era duro ter tantos nomes e tão poucas vagas nos Residenciais Terapêuticos. Quem éramos nós para escolher as pessoas que sairiam e os que esperariam? Como fazer essa escolha e dormir com ela? “Enlouquecedor” define esses momentos.

Hoje conheci Martim, 66 anos, cego desde os 6. Alguns anos depois do acidente, foi parar no Hospício. Martim não tinha (não tem!) nenhuma doença mental. Era apenas cego, sem pai e sem mãe – era o que diziam. Mais de 60 anos interno no Hospício! Sua história ainda está viva nos prontuários. Martim é natural de São Gabriel, viera a capital para procurar seu pai que trabalhava nas Ferrovias. Tem mais uns sete irmãos, a mãe havia falecido. Perdeu a visão mexendo com algo que continha ácido. Ele sabe de toda sua história pessoal e familiar, apesar de se atrapalhar com as datas e idade. Reconhecia e reconhece pela voz seus cuidadores e seus companheiros do Hospício. Era definido como “inteligente” e “afetuoso”. Hoje conheci Martim, que logo me perguntou se eu era a psicóloga que ia cuidar dele. Conheci um homem que segurava minha mão o tempo todo. Conheci Martim para convidá-lo a conhecer um Residencial Terapêutico. Após o convite ele me perguntou se essa “casa” que ele ia conhecer ficava em São Gabriel. Martim queria saber se era nessa casa que ele iria encontrar a família dele. Martim gostava de passear, mas tinha horário e espaço limitados pra isso. Conheci um homem que não era louco e estava internado no Hospício (como tantos outros). Martim gostava de cantar e dançar. Nós dançamos juntos. Conheci Martim, um homem que tocou meu coração e me deixou noites chorando por ele. Calma Martim, foi o que fizeram a ti que me encheu de lágrimas – o Residencial que ele moraria não abriu.

Conheci Martim, um homem cego, mas que vê e ainda sonha com a vida fora daqueles muros que pra ele são cinza”.

No Hospício te querem desensinar a sensibilidade, querem que não veja as atrocidades lá cometidas. No Hospício, querem te enlouquecer. Essas dores precisam das cores contidas nas palavras,

para que não se apaguem. Para que outros possam sentir sem ter que viver o horror. Sonho com o dia, o tempo, em que os Hospícios e tudo o que há dentro dele se tornem lembranças.

Conversando com o colorido da história de Martim, aprendi que é pra esse que devemos olhar, para o que se produz fora dos muros, por isso a importância da desinstitucionalização: ela é colorida.

Uma das ações da DAUM era acompanhar os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Então eu e minha microequipe procuramos conhecer dois SRTs tipo II para pensar propostas e inventar/vivenciar a desinstitucionalização em sua forma efetiva.

Segundo a portaria nº 3.090, emitida pelo Ministério da Saúde em 2011, o SRT tipo II constitui-se como:

Modalidade de moradia destinada àquelas pessoas com maior grau de dependência, que necessitam de cuidados intensivos específicos, do ponto de vista da saúde em geral, que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente. Este tipo de SRT deve acolher no máximo 10 (dez) moradores, não podendo exceder este número. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Como é possível o semblante das pessoas mudar tanto? Eram ex-moradores do Hospício, tinham limitações semelhantes, mas tinham suas próprias roupas, seus próprios quartos, sua própria casa. Tinham seus desejos pessoais atendidos. Tinham INDIVIDUALIDADE. Algo que lhes é arrancado num hospício. Tinham, principalmente, LIBERDADE. Por isso o sorriso era fácil, o convite para o mate era natural, dormir –confortavelmente – a hora que se tem sono era simples. Foi um alívio. Um grande alívio. Sei que todos ali sentem o mesmo.

Tivemos alguns dias de adaptação para conhecer os moradores e cuidadores, para observar e ver de que forma iríamos nos inserir e contribuir. Por isso era preciso observar e “o ato de observar envolve todos os instrumentos: a reflexão, a avaliação e o planejamento; pois todos se inter cruzam no processo dialético de pensar a realidade.” (FREIRE, 1996, p.3)

Dentro disso, vimos a necessidade de filtrar e focar nossa observação. Madalena Freire também salienta a importância disso “Por que é necessário focalizar o olhar? Olhar sem pauta se dispersa.” (FREIRE, 1996, p.3)

Nesse sentido, olhamos e observamos as relações: moradores/moradores, cuidadores/moradores. Com isso, percebemos a necessidade da produção de vínculos entre eles. Muitos eram os questionamentos sobre as formas de se produzir vínculos, e por que não uma proposta lúdico-pedagógica em um residencial terapêutico?

*Minhas segundas-feiras eram as mais surpreendentes, realizávamos atividades que chamamos de “lúdico-pedagógicas”, mas era bem mais que isso, eram conversas, troca de olhares, atenção, carinho, argila, desenhos, histórias, música, às vezes apenas **presença**.*

Pensamos em histórias, depois música e dança, quem sabe produzir mandalas, ou então saídas ao parque próximo. Misturamos tudo isso. Ao todo, aconteceram 15 encontros, realizados semanalmente durante o segundo semestre de 2014. A cada encontro construíamos laços que auxiliavam na formulação do encontro seguinte.

Hoje trabalhamos com argila. Nossa! Argila é mais que pedagógico, é terapêutico e cheio de encanto, pois com a argila a gente brinca, suja, formula, desformula, limpa, cria. Com a proposta, alguns trabalhadores finalmente se colocaram em ação – acredito que foi o primeiro movimento de agir junto.

Mas a surpresa não fora essa. A surpresa viera de Isa. Enquanto todos estavam preocupados fazendo formas, como frutas e objetos. Isa apenas enrolava vários pedaços de argila, formando uma espécie de “minhoca”. Uma das trabalhadoras chega próximo à mesa e vai elogiando os trabalhos. Quando chega para ver o

trabalho de Isa, lamenta comentando: “Poxa Isa, todos fazendo coisas legais e tu não tá fazendo nada”. Isa que só se comunica por gestos e sinais, olha para a trabalhadora balançando a cabeça em afirmação e aponta para os rolinhos, logo, pega um deles e finge fumá-los. Caímos todos na risada, Isa nos disse claramente: “Estou fazendo sim, olha aqui, estou fazendo cigarros!”. A trabalhadora abraça Isa e a parabeniza. Momento único, inesquecível.

Os encontros tinham horário para começar, mas não para terminar, alguns duravam a tarde toda, outros apenas uma hora era suficiente. Quem dizia desse tempo eram os moradores da casa, afinal, éramos visita e não queríamos ser inconvenientes.

As ações, propostas e análise desta experiência são embasadas principalmente pelos estudos de Paulo Amarante e Fernanda Nocam(2012). Estes possibilitaram inventar práticas que valorizam a diferença e oportunizam vínculos.

Nos tempos recentes de reforma psiquiátrica e de tantas outras transformações no âmbito social e político, passou-se a perceber que a função da arte é sempre bem maior do que podemos definir. Não há limites para a arte. [...] não há uma limitação científica ou terapêutica para a arte-cultura, pois ela sempre a transcenderá. [...] E nessas transições, pode-se começar a pensar a arte-cultura como produção de vida, de subjetividades, de significados e sentidos para todos os sujeitos. (AMARANTE; NOCAM, 2012, p.10)

Por fim, conseguimos reconhecer indícios de integração cuidador e morador nas atividades propostas. Percebeu-se um movimento interessante e de valorização das produções, pois ficavam expostas no SRT e notamos o olhar atento dos que circulavam. E oras quem circula em um SRT? Quem nele mora, quem dele cuida. Os trabalhadores que não estavam no horário das atividades propostas podiam acompanhar a partir da exposição. Usavam as produções como parte dos espaços de convivência. Como as mandalas que enfeitaram a sala e corredores, exceto o de Ângela, o dela tinha que ficar em seu quarto.

Éramos surpreendidas semanalmente, fizemos conquistas e plantamos sementes importantes, o fechamento foi emocionante, chegamos para um piquenique e uma das moradoras - que tenho paixão - perguntou: “Vamos pintar?”. Vamos! Vamos colorir essa nova vida... É a mesma moradora que quando questionada sobre voltar ao São Pedro, responde veemente: “Não, nunca mais, aqui é a minha casinha”.

Ao analisar as atividades, percebemos a grande necessidade de fortalecer os SRT valorizando e apoiando os cuidadores. Estes, quando acompanhados, qualificam seu fazer e também se investem no lugar de promotores de autonomia e singularidade. Uma das cuidadoras produziu com ajuda de um dos moradores um “cartaz de aniversários”, produção artística, nele se via a delicadeza dos traços da moradora e a dedicação da cuidadora. São desses detalhes, gestos que um SRT se fortalece.

Produziram-se vínculos entre os moradores e cuidadores? Talvez não tanto quanto gostaríamos, mas deixamos caminhos para

isso. Vivenciamos a desinstitucionalização? Sim, vivenciamos a vida de um lugar onde enquanto alguns dormiam em suas camas, outros fumavam no pátio ou olhavam seu programa de tv, outros ajudavam no café que estava para ser servido. Lugar onde podíamos sair sem que tivéssemos um papel que autorizasse ou seguranças na porta. E mais: sair e fazer compras no mercadinho, sair pra escolher uma calça que lhes faz falta e poder dizer: “Não gosto de azul, quero uma calça vermelha”. Lugar onde o banheiro tem porta e quase todos só agora estão aprendendo a usá-la. Lugar que tem sabonete... Amigo essas coisas no Hospício não existem.

Saliento que o SRT é um dispositivo importante que se mostra potente como opção de moradia acolhedora para egressos de longa internação, porque mesmo com as dificuldades, pois sabemos que há, é um lugar em que o morador encontra possibilidades, sendo isso o que devemos proporcionar enquanto trabalhadores da saúde mental: **possibilidades**.

Tudo isso nos conta como o campo do pedagógico, do aprender, tem um coração psicológico. (FREIRE, 1996, p.36)

POR UM ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO & PEDAGÓGICO

Uma das ações que tomei como ferramenta básica na Residência foi o Acompanhamento Terapêutico (AT). A ideia partiu de uma dúvida: sobre como compreender o desejo daquele intitulado “louco”, dúvida de como este “louco” lida com sua loucura e com a própria reinserção na cidade.

Acompanhei Cecília, moradora de umas das unidades do Hospício. Cecília já havia tido uma tentativa de desinstitucionalização, mas retornou ao Hospício por desejo próprio, em prontuário, relatos da equipe da DAUM informavam que Cecília ficou com medo, não queria morar sozinha, não saberia se cuidar sozinha, precisando ficar onde sempre morou – no Hospício – Cecília nos conta exatamente o que uma Instituição Total oferece: a institucionalização. Cecília dialoga de forma clara e objetiva, também gosta de circular, procura por individualidade em um lugar onde a mesma é escassa, quase inexistente. Cecília coleciona ursos e bonecas. Gostou de saber de meu gato, pois ela também tinha. Cecília gostaria de colorir o Hospício porque fecha os olhos para as cores fora dele, fecha tão forte que quis me odiar quando tentei mostrar...

Acompanhar a loucura, acompanhar aos que carregam o estigma de um diagnóstico psiquiátrico, aos que são vistos como “anormais”, é, nesse sentido, acompanhar também ao Outro, ao que, da cultura, manifesta-se como negação da diferença, recusando-se à estranheza do laço que a diferença intenta. (PALOMBINI, 2009, p.1)

Entendo como objetivo do AT me emprestar ao outro e também promover o protagonismo e a autonomia do morador, a (re)colocação deste sujeito em funcionamento com a realidade da cidade e a própria criação da relação sujeito/cidade. Mesmo com a compreensão da proposta, havia desconforto da minha parte de realizar algo que no meu entendimento (na época) era do fazer da psicologia.

Encanto-me pela compreensão de Palombini sobre o fazer AT:

[...] o exercício do AT não pode ser circunscrito a esse campo [o da Psicologia]. Não se trata de uma profissão regulamentada nem constitui um campo de saber específico, mas, sim, uma prática, uma função, um modo de exercer o cuidado para o qual confluem múltiplos saberes, não só aqueles disciplinares, mas os que a vida possibilita. (PALOMBINI, 2009, p.2)

Foi a partir deste empréstimo autorizado, desses múltiplos saberes, que exerci o papel de AT e com ele colori e fui colorida. Porque assim como nos dispomos a acompanhar, a pessoa acompanhada também se empresta, também coloca seu corpo, suas ideias, sua disposição. Uma troca, um (com)partilhar.

Madalena Freire (1996) não escreve sobre AT, mas sobre o “olhar sensível” o qual é preciso ter em um Acompanhamento a fim de não se estabelecer uma relação hierarquizada ou autoritária. Nesse sentido, a autora se aproxima deste fazer AT que me alinho. Afirma Madalena que o olhar sensível e pensante

[...] envolve ATENÇÃO e PRESENÇA. Atenção [...] é a mais alta forma de generosidade. Atenção que envolve sintonia consigo mesmo, com o grupo. Concentração do olhar inclui escuta de silêncios e ruídos na comunicação. Estar aberto para vê-lo e/ou ouvi-lo como é, no que diz, partindo de suas hipóteses, do seu pensar. É buscar a sintonia com o ritmo do outro, do grupo, adequando em harmonia ao nosso. Para tanto também necessitamos estar concentrados com nosso ritmo interno. A ação de olhar e escutar é um sair de si para ver o outro e a realidade segundo seus próprios pontos de vista, segundo

sua história. Só podemos olhar o outro e sua história se temos conosco mesmo uma abertura de aprendiz que se observa (se estuda) em sua própria história. (FREIRE, 1996, p.1)

Compreendo e defendo que o AT é realizável de e para quem se dispõe a tal. Com isso, entendo que ao se colocar nesta função há algo a oferecer. De minha parte, o que eu tinha a proporcionar vinha de minha trajetória na Pedagogia, nesse sentido, emprestei ao Acompanhamento Terapêutico também o Acompanhamento Pedagógico. Sem muito poder teorizar sobre este segundo, vejo o Acompanhamento Pedagógico como uma estratégia de olhar e ação, buscando na relação constituída com o outro instrumentos educativos sutis, mas nem por isso menos potentes à vida que ali se coloca. Vejo a dimensão terapêutica do acompanhamento como algo extremamente educativo – talvez a pedagogia contribua em tornar mais potentes estas ações. O olhar sensível construído para sala de aula e outros dispositivos educativos também deve estar presente na Saúde Mental. No terapêutico há muito do pedagógico e vice-versa.

Olha! Mas fita os olhos.

Escuta! Talvez ele não volte a falar!

Fale! Mas fale baixinho, os gritos já são comuns.

O Acompanhamento Terapêutico – com tudo o que há de pedagógico nele – é um desafio o tempo todo, uma aposta aqui, um abraço acolá. Uma corrida ali, um silêncio lá. É também ensinar e aprender, criar e reinventar a vida. Mexer e envolver-se com a cidade e com as pessoas. Enfim, tudo o que é construído **com alguém** torna-se possível.

*O que dizer sobre essa experiência no hospício? Sem ela, sem as dores e amores, eu não teria visto e vivido a falta de vida, a resistência e principalmente como pequenos gestos podem ser tão grandiosos. Não teria aprendido que um pouquinho de sensibilidade é mais que necessário, é fundamental. Não teria notado que é preciso muita paciência para lidar com as pessoas ditas “normais”. Que a burocracia pode ser ainda mais cruel do que a gente pensa. Que retornar à sociedade é fácil, difícil é a sociedade aceitar esse retorno. Sem esta experiência eu não teria aprendido que posso estar sempre “boa” apesar dos dias difíceis. Que o abraço é melhor que qualquer remédio. Que a gente pode estar presa e amarrada sem qualquer corda ou grade. Aprendi que temos limites e devemos respeitá-los, até encontrarmos o próximo passo. Que para ensinar ou aprender não exige nada além do que desejar. **Ser ou não “humano” e “sensível” é uma questão de escolha e aprendizado.***

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; NOCAM, F. **Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates.** São Paulo: Zagodoni, 2012.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011>. Acesso em: 10 jan 2016.

CECCIM, R. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UFRJ, ABRASCO, 2008.

FREIRE, M. **Observação, registro e reflexão**. Instrumentos Metodológicos. 2.ed. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1996. v. 1.

PALOMBINI, A.L. Entrevista. **Jornal do Conselho Regional de Psicologia**, n. 23, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012/2015**. Porto Alegre: SESC/RS, 2013.

WADI, Y.M. **Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

O farmacêutico na Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde¹

Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira

Juliana Talita Cândido Pinheiro

Dílson Braz da Silva Júnior

Julieta Ueta

RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua concepção, criação e implementação ao final da década de 1980, apresenta como demanda fundamental o processo de formação e preparo dos profissionais de saúde com visão para o cuidado integral à saúde da população. (BRASIL, 1988) A Constituição Federal atribuiu ao SUS a competência “de ordenar a formação na área da saúde.” (BRASIL, 1990) Uma das ações foi adequar as diretrizes dos currículos de formação dos profissionais de saúde com vistas a introduzir as demandas do SUS neste processo de formação colocando os acadêmicos junto aos serviços de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE ENSINO SUPERIOR, 2001a; 2001b) Esta proximidade com os serviços possibilitaria aos aprendizes o conhecimento e o reconhecimento das práticas de saúde junto às pessoas, sua concepção, política e organização.

O cuidar da saúde das pessoas tem trazido muitos desafios à sociedade em geral, independente do país, do estado ou do município. Um dos desafios é a limitação de recursos e, o outro, é atender a crescente população com perfil distinto de décadas anteriores, devido à transição demográfica e epidemiológica

¹Elaborado por residentes, preceptor e tutor da Área de Farmácia.

associadas a outras transformações que requerem mais dos serviços de saúde. Acompanhar as mudanças, criar novas alternativas de cuidado, enfrentar desafios multidimensionais exigem do processo de formação transformações rápidas e eficazes que se traduzam em melhor qualificação, maior efetividade e compreensão da política e da organização dos sistemas de saúde. (PEREIRA; LIMA, 2008; MATTA, 2008; MENDES, 2011; 2015)

Os desafios da transformação são imensos, apesar da clareza das diretrizes curriculares. Significa a transformação dos centros formadores de novos profissionais com novos olhares e percepções. Ao longo das últimas décadas, foram criados programas, como o PET-Saúde, o Pró-Saúde e o VER-SUS, com o objetivo de fornecer oportunidades aos acadêmicos de graduação para atuar junto aos serviços de saúde, inserindo-os precocemente nos cenários de prática preconizados e implementados pelo SUS, como em Unidades de Atenção Primária à Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007; HADDAD et al., 2009)

Em relação a programas envolvendo graduados, pretendeu-se criar um Programa Nacional de Residências. Houve forte resistência à criação de residências multiprofissionais junto à residência médica, mas após debates e embates, criaram-se as residências multiprofissionais e em áreas profissionais da saúde. Instituiu-se a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a partir da promulgação da Lei nº 11.129/2005, suas complementações, pela Lei Federal nº. 1.077, Portaria Interministerial nº 1.082 de 20 de novembro de 2009 e pelas deliberações da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional

(CNRMS) dos Ministérios da Educação e Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016)

A Residência Multiprofissional em Saúde é parte integrante da educação permanente e concebida como

(..) modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptoria e tutoria), em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de ensino e serviços de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016)

Um dos desafios é trabalhar com o conceito ampliado de saúde, exigindo dos profissionais a produção de novos enfoques teóricos e tecnologias no campo da saúde, tornando imprescindível e compulsório o comprometimento do ensino com o modelo assistencial. Fica evidente a mudança do foco hospitalocêntrico e biologicista. Observa-se a mudança de olhar para o trabalhador de saúde, cidadão digno e participativo, direcionando a educação integrada aos serviços, e lá estruturando ações de educação com base na realidade local, seja ela social ou de trabalho. (ROCHA, 2012)

O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Tradicionalmente, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) é reconhecida como centro formador por meio da residência médica em inúmeras especialidades. Foi por meio do Hospital das Clínicas da FMRP-USP que foi aberto o primeiro processo seletivo para a Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde (RMAIS) em 2010 para um total de 11 vagas mantidas até 2012. Em 2013, três novas áreas foram introduzidas: Odontologia, Física Médica e Informática Biomédica, ampliando o número de vagas para 18. Pelo fato da Informática Biomédica não ser oficialmente reconhecida como área da saúde as duas vagas desta área foram realocadas para as áreas de Farmácia e Odontologia. A distribuição das vagas por área no período de 2010-2016 está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação do número vagas anuais por profissão da RMAIS

Profissão	Número de vagas anuais						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Farmácia	2	2	2	2	3	3	3
Física Médica	-	-	-	2	2	2	2
Fisioterapia	2	2	2	2	2	2	2
Fonoaudiologia	2	2	2	2	2	2	2
Informática	-	-	-	2	-	-	-
Biomédica	-	-	-	-	-	-	-
Nutrição	2	2	2	2	2	2	2
Odontologia	-	-	-	2	3	3	3
Psicologia	2	2	2	2	2	2	2
Terapia Ocupacional	1	1	1	2	2	2	2
Total	11	11	11	18	18	18	18

Fonte: Autores.

Desde 2014, por exigência do Ministério da Saúde (MS), a RMAIS está vinculada à Comissão de Cultura e Extensão Universitária

da FMRP-USP, sendo a instituição proponente a Universidade de São Paulo (USP).

O Programa tem a parceria de docentes da FMRP, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP) e da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP). As três unidades de ensino fazem parte do Campus da USP no município de Ribeirão Preto, o qual oferta cursos de graduação e pós-graduação em diversas áreas.

Ribeirão Preto é um município ao norte do estado de São Paulo com população estimada em 666.323 habitantes, considerado referência econômica, de serviços e de educação superior no Brasil. (BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E GESTÃO. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015)

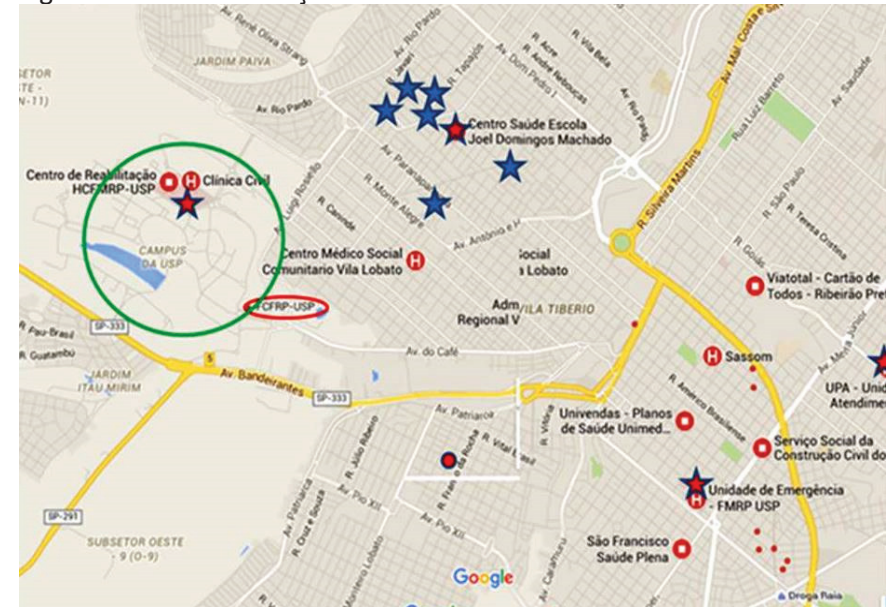
Vinculado à FMRP-USP, tem-se o complexo HCFMRP-USP, que atende a população dos municípios dos Departamentos Regionais de Saúde (DRSs) da região norte do estado e eventualmente de outros municípios e estados, alcançando dois milhões de pessoas. É centro de formação e treinamento de acadêmicos de graduação, aprimoramento profissional e residências médicas e multiprofissionais de saúde, com várias unidades de atenção ambulatorial e hospitalar, além de Unidades de Saúde da Família (USFs), Centro Integrado de Atendimento em Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) e outras unidades em alguns municípios. Em relação ao município de Ribeirão Preto, a FMRP-USP tem convênio com a Secretaria Municipal de Saúde compartilhando atendimentos da população do Distrito Sanitário Oeste com uma população estimada em 160.000 habitantes.

O MODELO ADOTADO PELA RMAIS

A RMAIS se caracteriza pela proposta em que residentes atuam nos cenários de prática envolvendo diferentes pontos de atenção: atenção primária, especializada ambulatorial e especializada hospitalar. A carga horária semanal total são 60 horas (48 horas dedicadas às atividades práticas e 12 horas de atividades teóricas) com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os residentes também podem acompanhar usuários da ESF nos diferentes pontos de atenção. Isto os qualifica a claramente perceber e acompanhar as linhas de cuidado e atuar junto aos usuários na oferta de atendimento integral de qualidade, com ação interdisciplinar no contexto das redes de atenção à saúde. (MENDES, 2011; 2015)

A Figura 1 apresenta um esquema dos locais onde os farmacêuticos residentes atuam por meio de um modelo em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Figura 1: Locais de atuação dos farmacêuticos residentes da RMAIS.



(★) Unidade de Saúde da Família; (★) HCFMRP-USP, Unidade Básica Distrital de Saúde, Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, Hospital Estadual de Ribeirão Preto, Unidade de Pronto Atendimento; (○) Campus da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto.

Fonte: Autores.

Assim, a RMAIS permite o convívio com diversos profissionais de maneira colaborativa e oferta a atenção integral aos usuários dos serviços. Essa característica da interdisciplinaridade confere um caráter inovador, possibilitando a formação coletiva inserida no mesmo “campo” de trabalho, sem deixar de priorizar e respeitar os “núcleos” específicos de saberes de cada profissão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2006)

A distribuição das atividades práticas dos residentes em serviços representando diferentes pontos de atenção, usufruindo

de todo o complexo de serviços de saúde dedicado à formação e treinamento de graduandos e profissionais de saúde foi uma proposta desafiadora. O programa inicialmente proposto pelo Ministério da Saúde focava na Atenção Primária, entendendo-a como ponto de atenção coordenador e ordenador do cuidado e visando capacitar profissionais não médicos para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e a instituição proponente era uma unidade hospitalar. As negociações para atuação dos residentes selecionados em locais diferentes com comandos distintos exigiram muita articulação e disposição. Os residentes pioneiros, tutores, preceptores, gestores, coordenadores e trabalhadores dos serviços passaram por enfrentamentos para implementar a proposta multiprofissional com interdisciplinaridade. No entanto, a presença prévia de graduandos dos cursos contribuiu substancialmente para a introdução dos residentes nas unidades. O número insuficiente de residentes de várias áreas para as seis USFs e o reduzido espaço físico criaram desafios para os envolvidos. Os residentes praticavam preferencialmente em suas áreas específicas, percebendo aos poucos o processo integrativo centrado no indivíduo.

A introdução dos residentes em locais de atenção especializada ambulatorial e hospitalar foi mais tranquila devido à existência de serviços multiprofissionais. O Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP), por exemplo, com atendimento ambulatorial e de internação, tem profissionais de saúde de diferentes áreas e um processo de trabalho adequado à interdisciplinaridade e preparado para receber os residentes.

INTRODUZINDO O FARMACÊUTICO NA CLÍNICA E NA INTERDISCIPLINARIDADE

O farmacêutico ainda hoje é percebido como um profissional dos medicamentos com ações voltadas a sistemas de apoio para o processo logístico da assistência farmacêutica. (MENDES, 2011) Ele próprio assim se enxerga e prover medicamentos para quem deles necessita é uma arte de gestão, logística e operacional. Uma nova fronteira para o farmacêutico e para a sociedade é transformá-lo em um profissional da saúde também que se perceba e é percebido como um clínico que cuida das pessoas que usam medicamentos e interage com os outros profissionais de saúde. Assim, as pessoas são o centro da atenção de todos os profissionais. Por quê?

A profissão farmacêutica vem sofrendo mudanças ao longo das décadas em todo o mundo. Desde as históricas boticas com a preparação artesanal pelo farmacêutico das formulações terapêuticas individualizadas, até o gigantesco complexo industrial mundial de produção de medicamentos, o universo de atuação do farmacêutico foi sofrendo alterações. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994) O produto pronto para uso prescindiu do farmacêutico “formulador” e este migrou para outros horizontes que se abriam: a indústria, as análises clínicas, a pesquisa científica; em busca de novos fármacos e novas formas de formular, exames laboratoriais complexos e precisos. (PEREIRA; NASCIMENTO, 2011) No entanto, para a implantação de sistema de dispensação de medicamentos por dose unitária e para atuação conjunta com outros profissionais de saúde, os farmacêuticos focaram na clínica para se

alcançar melhores desfechos clínicos e menos efeitos indesejáveis dos medicamentos aos pacientes internados. (CASSIANI; UETA, 2004)

Dados alarmantes de morbimortalidade causada pela utilização inadequada, irracional e indevida de medicamentos surgiram com forte impacto somente no final do século passado (CASSIANI; UETA, 2004; COHEN, 2007), apesar de estudos estarem indicando a irracionalidade na utilização de medicamentos, inclusive na prescrição desde décadas anteriores. (COHEN, 2007)

O farmacêutico clínico, em alguns países, surgiu como o profissional responsável pela redução de morbimortalidade causada pelos medicamentos. Esta atuação clínica abriu espaço para se criar a residência para farmacêuticos que atuavam nas enfermarias das unidades de internação. (STOLPE et al., 2011) A presença dele com olhar clínico em ambientes multiprofissionais se concretiza lentamente. A proposta da Atenção Farmacêutica implementou a ideia de que o farmacêutico deve responsabilizar-se pela farmacoterapia do paciente e responder por este compromisso. (STRAND; CIPOLLE; MORLEY, 2012) Esta filosofia deve nortear as ações cotidianas destes profissionais, por meio do mesmo processo de cuidado e gestão compatível a cada cenário de prática. (OLIVEIRA, 2011)

No entanto, há unidades de ensino no país que ainda não estão preparadas para a formação de profissionais farmacêuticos para atuarem na atenção à saúde no SUS, conforme preconizado pelas diretrizes curriculares nacionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE

ENSINO SUPERIOR, 2001b) Mantiveram fortalecidas as diferentes vertentes de formação: para a indústria, análises clínicas, alimentos e pesquisa. A sólida formação em assistência farmacêutica, que visa a utilização racional de medicamentos e o acesso da população a eles com a introdução do acadêmico de farmácia nos serviços de saúde desde o início do curso, não exige somente corpo docente qualificado, mas mudanças profundas na organização da grade curricular. Sabe-se que o maior mercado de atuação do farmacêutico é a drogaria ou farmácia comunitária pública ou privada, local em que se encontram disponíveis os medicamentos que atendem às necessidades da população. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2015)

A criação e implantação de programas de residência multiprofissional com farmacêuticos encontram vários desafios que convergem na limitação de competências para a atuação clínica (apesar de provido de gama extensa de conhecimentos, habilidades e competências) e na conscientização de todos os atores envolvidos, inclusive a população, para os cuidados exigidos na utilização de medicamentos. Este tipo de formação profissional, que qualifica o farmacêutico para a saúde, atuante na clínica juntamente com outros profissionais, cumprindo o papel fundamental do cuidado nos serviços de saúde e nas redes de atenção organizadas é o desafio para a maioria das unidades de ensino farmacêutico.

Na RMAIS a área de farmácia está inserida desde o início, e o perfil dos farmacêuticos residentes ingressantes no período de 2010-2016 está descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Perfil dos residentes selecionados para a área de farmácia na RMAIS no período de 2010-2016

Ano	Gênero	Tipo de Instituição de Graduação	Cidade da Instituição
2010	M	Pública	Alfenas – MG
2010	F	Pública	Ribeirão Preto – SP
2011	M	Pública	Juiz de Fora – MG
2011	F	Pública	Alfenas – MG
2012	F	Pública	Araraquara – SP
2012	F	Pública	Ribeirão Preto – SP
2013	M	Pública	Divinópolis – MG
2013	F*	Pública	Ribeirão Preto – SP
2014	M*	Pública	Ribeirão Preto – SP
2014	F	Pública	Ribeirão Preto – SP
2014	F	Privada	São Paulo – SP
2015	M*	Privada	Sobral – CE
2015	F	Privada	Mogi Guaçu – SP
2015	F	Privada	Barretos – SP
2016	F	Pública	Ribeirão Preto – SP
2016	F	Pública	Ribeirão Preto – SP
2016	M	Pública	Maringá – PR

M – Masculino; F – Feminino; (*) Desistente

Fonte: Autores

Na RMAIS, os farmacêuticos residentes realizam as atividades práticas em USFs e serviço de farmácia da Unidade Básica do Distrito Oeste de Ribeirão Preto ao longo dos dois anos de formação. Os objetivos das principais atividades desenvolvidas são:

- Gerenciar a terapia medicamentosa, atendimentos compartilhados com outros profissionais na unidade ou em visitas domiciliares, ações em escolas públicas, organizações não-governamentais, casas terapêuticas, instituições de longa permanência, conselho local de saúde e grupos de promoção à saúde.
- Elaborar projetos terapêuticos singulares em conjunto com a equipe de saúde.

- Assegurar o acesso das pessoas aos medicamentos que elas necessitam, buscando soluções através do acionamento dos programas vinculados aos diferentes componentes da Assistência Farmacêutica ou outras soluções se necessárias.
- Integrar a equipe multiprofissional em grupos destinados à saúde do homem, saúde da mulher, saúde na escola, saúde da criança, saúde do idoso, diabetes, hipertensão, tabagismo, vivências, canto, artesanato, dentre outros.
- Procurar familiarizar-se com o processo de gestão municipal e da assistência farmacêutica, fortalecendo conhecimentos voltados à organização da RAS e a utilização racional de medicamentos e acompanhar o cuidado farmacêutico ofertado pela farmácia a usuários com HIV/Aids e outras condições clínicas como o diabetes.

Em Hospitais de Atenção Especializada, o farmacêutico residente atua junto aos pacientes internados por descontrole pressórico e glicêmico, descompensação cardíaca, quadros infecciosos, cuidados oncológicos e paliativos, dentre outros. Além disso, tem a oportunidade de conhecer pessoas com doenças raras, doenças genéticas, ou que exigem a utilização de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Também realiza o gerenciamento da terapia medicamentosa, identificando possíveis problemas relacionados ao uso de medicamentos, realiza discussões clínicas com outros profissionais e o paciente para verificar os possíveis fatores para o descontrole do quadro clínico e estratégias para a estabilização, recuperação e manutenção da

saúde. O farmacêutico residente tem a possibilidade de participar de comissões, como a Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH), Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e Comissão de Segurança do Paciente (CSP).

No Hospital de Atenção Especializada de alta complexidade (Terciária/Quaternária) (HCFMRP-USP), os residentes consolidam os conhecimentos em gestão e gerenciamento da assistência farmacêutica hospitalar: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e utilização. Além disso, podem atuar em serviços como no Serviço de Oncologia e Quimioterapia, Unidade Especial de Tratamento das Doenças Infecciosas (UETDI), Centro de Terapia Intensiva (CTI) Adulto e Pediátrico.

As 12 horas que correspondem às atividades teóricas são divididas em Módulo Teórico Comum (MTC) e Módulo Teórico Específico (MTE). No primeiro, são discutidos temas importantes da prática a todos os residentes da RMAIS. Dentre os assuntos abordados estão: reforma sanitária, SUS, políticas de saúde, legislações da saúde, epidemiologia, trabalho em equipe e métodos da pesquisa científica. O MTE é destinado a cada área profissional e dentre os assuntos abordados na área de farmácia estão: gestão e gerenciamento da assistência farmacêutica, políticas de medicamentos, farmacoepidemiologia, farmacoterapia e cuidados farmacêuticos de condições prevalentes ou apresentado pelos usuários das USFs ou internados locais ou regionais. (UETA; PATRICIO, 2011)

Durante o 2º ano da RMAIS, os residentes têm a possibilidade de realizar o Estágio Eletivo (EE), em conformidade com os critérios preestabelecidos. Assim, podem conhecer outros serviços além daqueles estipulados para realização das atividades práticas. Ao longo destes anos, os farmacêuticos residentes realizaram o EE nos sistemas de saúde da Espanha, de Cuba e em outros serviços, como o Hospital Estadual de Américo Brasiliense, Hospital Universitário da UNIFESP, além de se aprofundar em serviços farmacêuticos específicos do complexo HCFMRP-USP.

Ao final da RMAIS, o concluinte deve apresentar um Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) a uma banca examinadora. Na área de farmácia, foram desenvolvidos TCRs com diferentes temas que geraram ou estão em processo de publicação de artigos. Dentre os assuntos abordados, podem-se elencar: cuidados farmacêuticos à saúde do homem, adesão à farmacoterapia de portadores de HIV/Aids, utilização de medicamentos por pessoas com diabetes mellitus, os riscos da utilização de medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos, além de revisões sobre temas de interesse farmacêutico.

PERSPECTIVAS

O processo de construção das práticas clínicas do farmacêutico em equipe multiprofissional está evoluindo. Na RMAIS, observa-se o apoio constante e colaboração dos usuários dos serviços, das equipes de saúde, preceptores, tutores e de todos os residentes multiprofissionais envolvidos. A interação do farmacêutico clínico com outros profissionais tem-se mostrado inovadora.

Transformar o acadêmico de farmácia em um farmacêutico para o SUS, e treiná-lo via residência multiprofissional, como potencial membro atuante das equipes de saúde em diferentes cenários, é a meta a ser alcançada.

O farmacêutico, cada vez mais, apodera-se de seu papel no cuidado e se responsabiliza pela saúde das pessoas, mas há ainda um longo caminho para consolidação das atividades clínicas no escopo das práticas profissionais.

As residências multiprofissionais apresentam potencial suficiente para romper com os paradigmas existentes em relação à formação de profissionais para o SUS e contribuir para a qualificação do cuidado que os serviços necessitam ofertar às suas comunidades, com resolubilidade e integralidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional**. 2016. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 22 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2001a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2016.

_____. Parecer n. 1.300 de 6 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais os Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação, desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e unidade da Federação com data de referência em 1º de julho de 2015**. Brasília, 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf>. Acesso em: 22 jan 2016.

CASSIANI, S.H.B; UETA, J. **A segurança do paciente na utilização da medicação**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

COHEN, M. **Medication errors**. 2nd ed. Washington, DC: American Pharmacists Association, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório**. Brasília, 2015.

HADDAD, A.E. et al. Programa de educação pelo trabalho para a saúde: PET-Saúde. **Cadernos ABEN**, v. 5, out. 2009.

MATTA, G.C. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/EPSJV, 2008.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, D.R. **Atenção farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo: RCN Ed., 2011.

PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, M.L.; NASCIMENTO, M.M.G. Das boticas aos cuidados farmacêuticos: perspectivas do profissional farmacêutico. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 92, n. 4, p.245-52, 2011.

ROCHA, J.S.Y. **Manual de saúde pública & saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012.

STOLPE, S.F. et al. Historical Development and emerging trends of community pharmacy residencies. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 75, n. 8, 2011.

STRAND, L.M; CIPOLLE, R.J; MORLEY, P.C. **Pharmaceutical care practice**. London: McGraw-Hill, 2012.

UETA, J; PATRÍCIO, K.P. Assistência farmacêutica. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; D'ÂNGELO SEIXAS, P.H. (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec Cealag, 2011. p.374-94.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in the healthcare system**. New Delhi: WHO, 1994.

Movimentando corpos, redes e afetos: A educação física como propositora de ações em saúde mental coletiva em um território de saúde¹

*Igor Fangueiro da Silva
Priscila Siebeneichler
José Geraldo Damico*

É notório que a formação dos diferentes núcleos profissionais do campo da saúde ocorre em meio a uma série de experiências vivenciadas no cotidiano e determinada histórica, política e economicamente em uma dada sociedade. Ter profissionais implicados com as necessidades dos usuários e que lancem mão de dispositivos tecnológicos a partir das necessidades colocadas pelo Sistema Único de Saúde, configura-se como um dos compromissos e ao mesmo tempo desafios para as instituições formadoras.

Nesse contexto, inserem-se os programas de residência multiprofissional que buscam articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado com a saúde da população.

A Educação Física vem lentamente conquistando e garantindo espaço nas propostas e ações do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo,

[...] o ingresso mais formal e sistemático da educação física nos serviços públicos de saúde tem provocado a readequação da área, tanto em

¹Texto elaborado por Residentes de 1º e 2º ano e Tutor do Núcleo da Educação Física da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

termos de formação, fato que se expressa nas mudanças curriculares, mas principalmente em termos de definição epistemológica. (DAMICO; KNUTH, 2014, p.331)

Preliminarmente, é possível lembrar que a educação física jamais esteve desvinculada de determinados interesses, principalmente aqueles que obedeciam a lógicas estatais e fundamentalmente adaptativas, como as relacionadas às lógicas eugênicas, higiênicas, militarizantes, esportivizantes e, nos últimos tempos, medicalizantes.

Em função da sua obediência às lógicas estatais e adaptativas orientadas para o adestramento e treinamento do corpo, herança de sua tradição militar, o núcleo pouco se aprofundou em questões sobre saúde ampliada, e assim teve um distanciamento da realidade do SUS. A utilização dos exercícios físicos, no pensamento de Foucault (1987), servia para submeter os indivíduos à disciplina dos corpos para o trabalho, a “docilização” e utilidade dos corpos.

Percebe-se que as graduações em educação física ocupam-se, ainda de forma tímida, em apresentar a realidade do sistema de saúde brasileiro aos estudantes. Como mostra Damico (2007), a área destacou sua formação no plano principal para a educação física escolar (com seus argumentos técnico-científicos) e, em segundo plano, ao combate às doenças crônicas degenerativas, sustentando o modelo biomédico. Durante o período de formação, as possibilidades de estudantes conhecerem melhor o SUS e, conseqüentemente, outras potências de nossa profissão são muito limitadas, mas é através das poucas disciplinas, dos estágios

curriculares, dos grupos PET's (Programa de Educação para o Trabalho) saúde, saúde mental, etc., do VER-SUS (Vivência e estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) que se faz possível, contemporaneamente, cultivar diversos pensares e formas de agir, ampliando assim as possibilidades da profissão, desvelando suas ferramentas de cuidado, principalmente as de tecnologias leves, que ocorrem pelas produções do encontro através da comunicação, acolhimento, corresponsabilização e vínculos. (MEHRY, 2004)

A formação em saúde, a partir do movimento sanitário brasileiro vislumbra, como Ceccim e Feuerweker (2004), objetivar a transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, problematizando tal processo e as formas de acolher e cuidar as necessidade de saúde, do nível individual ao coletivo. Para Pasche (2010), deveriam ser formados cidadãos-trabalhadores com capacidade de interferir nos planos e forças que atuam, e que na maioria das vezes definem os processos de trabalho.

Destaca-se, ainda, que alguns desses espaços privilegiam o encontro e a troca multidisciplinar, ampliando a formação através dos encontros entre diversos núcleos, o que gera um reconhecimento da importância de cada núcleo profissional e da ausência de algumas profissões no modelo atual do SUS. A Educação Física aparece com pequena inserção quando se faz uma observação de sua participação nos espaços de saúde, relegando, majoritariamente sua atuação aos espaços privados, como: academias de ginástica, centros de treinamento, entre outros; a espaços de educação e lazer, e recreação, em esferas públicas e privadas.

O “pensar nos corpos” que se faz, para além das perspectivas deterministas do que é saúde, coloca em movimento todo um sistema que pouco privilegia a atenção à corporeidade de indivíduos. O modelo midiático que valoriza a racionalidade biomédica, através do discurso dos riscos que se corre, (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012; CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2012) produz “corpos ideais” e dessa forma relega ao professor de educação física prescrever exercícios físicos descontextualizados de sua própria história e a difundir o “marketing” do exercício físico como suficientes para não se correr riscos e obter uma boa saúde. (SILVA, 2014)

Na realidade do SUS, esta perspectiva faz com que exista uma “fossa abissal” entre o discurso midiático de modelos de corpos (corpos “sarados”, corpos “definidos”, corpos “aptos”...) e os possíveis para a população, frustrando muitos profissionais que ainda acreditam em tal modelo.

Madel Luz (2007) destaca que as atividades corporais direcionadas para a saúde (e não para a “forma física”) se dão como *fato social* complexo, merecendo análises das ciências sociais e humanas. Isto porque, como mostram Ceccim e Bilibio (2007), tem a possibilidade de buscar atenção e o cuidado ao corpo e não a prescrição da atividade física, conseguindo explorar mensagens e respondê-las com uma infinidade de práticas corporais que façam sentido aos sujeitos e que possam funcionar como dispositivos de cuidado.

Carvalho (apud FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012) apresenta as práticas corporais como componentes da cultura corporal dos povos, compreendendo a maior diversidade do ser humano e

possibilitando suas manifestações através do corpo. Dessa forma, as práticas corporais podem ser vistas como Tecnologias Leves.

As Residências Multiprofissionais e Integradas possibilitam uma continuidade de aprofundamento na rede pública de saúde, e com isso o profissional vivencia outras realidades de práticas, ampliando o “leque” de encontros (com locais, serviços, redes, trabalhadores, usuários...). O ampliar dos encontros e do número de atores envolvidos na saúde possibilita a produção de movimentos contra-hegemônicos, ou seja, na direção contrária do modelo biomédico, e, assim, reconstruir novos, para que haja espaço à diversidade e à demanda do sistema. Outra característica das residências multiprofissionais está em enfatizar suas ações nos territórios geográficos e existenciais, apresentando a realidade da rede e indicando a importância da resolubilidade da atenção básica no próprio espaço do viver dos usuários.

Reconhecemos as práticas corporais no SUS como algo possível de ser realizado com e por outros núcleos profissionais. Trata-se de ampliar a forma de ver, estudar e compreender o movimento humano. Brincadeiras, dinâmicas, alongamentos, danças, meditação, grupos de caminhada, entre outras, são práticas que diversas profissões realizam, expandindo possibilidades terapêuticas, encontrando porosidade para transpor os determinismos das profissões e possibilitando um aprendizado constante dentro da realidade e do cotidiano dos serviços de saúde.

A rotina dos serviços, o excesso de tarefas disciplinares, as cobranças burocráticas da gestão afastam a maioria dos trabalhadores de reflexões sobre seus saberes/fazerem em saúde,

mas os que conseguem, muitas vezes fazem uso destas práticas como formadoras de outras propostas de cuidado.

Destacamos ainda a importância da multidisciplinaridade na saúde reconhecendo que cada profissão tem disciplina prática para interpretar a saúde-doença e qualidades muito singulares de se comunicar com o usuário. (CECCIM, 2008) Os encontros ainda geram potências de trocas e experiências, compondo outros possíveis e extrapolando as barreiras disciplinares; dessa forma, tais arranjos são provocadores de transformações de perspectivas em saúde e de proposições de cuidado mais integrais, reconhecendo um corpo para além da doença.

Como no campo da saúde o objeto é a produção do cuidado, a educação física não propõe que seu objeto em saúde seja a aptidão física “mas a produção relacional e educativa (prática cuidadora) para com a defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal.” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p.49) Luz (2007) observa que a literatura da Saúde Coletiva coloca paradigmas diversos sobre saúde e doença, indo desde o modelo de *combate/prevenção*, que visa o controle e prevenção dos riscos, e o modelo de *promoção da saúde*, que busca conservar e/ou expandir a vitalidade humana. Independente do paradigma, a autora destaca a importância da educação física para a grande área da saúde.

Ao núcleo de educação física fica o desafio de ir além das tarefas nucleares e realizar acolhimentos, fazer visitas domiciliares, propor rede com dispositivos locais (como escolas, creches, CRAS, conselhos de saúde, etc.), participar das ações de matriciamento, etc. Movimentando o núcleo da educação física em direção a um

querer mais, um desejo de compreender e produzir um modelo de saúde que faça jus à demanda da população e compreenda quais as necessidades das múltiplas vidas no território.

A potência interdisciplinar para produções entredisciplinares é fundamental para o SUS e para o reconhecimento da diversidade do viver, Ceccim (2008, p.267) indica que “dessa forma se permite a criação de uma terceira margem, um local de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade.”

Considerando a riqueza vivida durante a experiência como residentes, trazemos os relatos de encontros com outros profissionais e como estes encontros podem produzir “novos”, movimentos de redes, corpos, ao mesmo tempo que permite uma clínica do e a partir do corpo que reconhece a diversidade de elementos que compõem a vida dos sujeitos.

A proposta é de apresentar experiências que vão além da lógica disciplinar e nuclear de uma dada educação física. Tais experiências se sustentam a partir da noção de Saúde Mental Coletiva, descrita por Sandra Fagundes (1995, p.3) “como um processo em que se constrói sujeitos sociais, possibilitando que se transforme os modos ‘pensar, sentir e fazer política e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade”, dessa forma a autora propõe a extinção e substituição das práticas historicamente dominantes por outras, que efetivamente contribuam com os projetos de vida.

Apresentamos, assim, dois momentos da vivência de um residente em Saúde Mental Coletiva pela Universidade Federal do

Rio Grande do Sul, atuando em território de saúde da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. As duas ações ocorreram em um período breve, de quatro meses, no final do ano de 2015 e início do ano de 2016. O ponto de partida se deu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), mas aos poucos transbordou os limites físicos da instituição e propôs ações em rede, atuando não somente com a saúde mental, mas propondo um cuidado integral em rede. Salientamos ainda que as proposições apresentadas a seguir só ocorreram pelo apoio, incentivo, parceria e provocação de profissionais de diversos núcleos, reforçando justamente o que salientamos até neste texto. As ações estão intituladas aqui como: “Movimentos, encontros e trocas em uma unidade básica de saúde: o fazer em saúde mental coletiva na atenção básica”, narrando a construção de um grupo de caminhada no território da UBS e “Contribuições com a saúde do trabalhador: brincando de se cuidar, saindo da ‘Prática do EU’ para a ‘Prática do(s) NÓS’”.

MOVIMENTOS, ENCONTROS E TROCAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS): O FAZER EM SAÚDE MENTAL COLETIVA NA ATENÇÃO BÁSICA

A UBS em questão se caracteriza por ser um espaço rico em possibilidades e provocações ao residente em Saúde Mental Coletiva, visto que faz inserções e dialoga com a atenção básica e sua rede. Os desafios se dão por uma diversidade de fatos, como, por exemplo, ser a primeira vez que um residente em Saúde Mental Coletiva vai para aquela unidade, por nunca ter havido professor de educação física na unidade e, em consequência, por uma falta de reconhecimento das possibilidades de ações desse profissional,

talvez por não ser comum discutir e apresentar as potências das profissões que não têm amplas representações no SUS.

Tal unidade é reconhecida por suas ações em saúde mental, principalmente na perspectiva da saúde mental coletiva, destacando que já conta com algumas atividades direcionadas para a área, como acolhimento aberto, prática de meditação e terapia comunitária, espaços abertos, sem demandas burocráticas onde a comunidade, lentamente, reconhece que pode fazer uso e que as atividades propostas são importantes para muitas pessoas. Ainda se destaca o reconhecimento dos limites da rede e que a Atenção Básica pode ser muito resolutiva quando trabalha com as questões do adoecimento mental, quando os profissionais estão disponíveis a tentar compreender a loucura como uma questão a ser trabalhada no próprio território, dissolvendo o preconceito e o estigma propagado pelo modelo biomédico (responsável por valorizar a exclusão dos sujeitos “loucos” para manicômios e outros espaços de segmentação).

Após o período inicial, de reconhecimento do território e das ações da UBS, considerado fundamental para realizar o trabalho junto à comunidade, verificou-se junto aos usuários e trabalhadores do serviço, o desejo de criar um projeto com atividades de movimento para a comunidade. Destacamos que os corpos sofrem por diversas causas e que os sofrimentos psicossociais, em muitos casos, se registram também nesses corpos que, pela condição de exclusão, pouco experienciaram sua corporeidade ao longo da vida.

A comunidade possui um pequeno parque, repleto de árvores, com quadras poliesportivas, espaços para caminhadas,

academia externa (conhecidas por “academias da terceira idade”), entre outros dispositivos. Ao longo dos anos, o espaço do parque foi sendo reduzido, pois alguns moradores usaram o terreno para construir suas casas. Isso revela a fragilidade social do espaço, já que alguns não conseguem terrenos para morar, mas também reduz a área pública do parque limitando o espaço de lazer e gerando alguns problemas que, se não resolvidos, o espaço é representado como violento, de muita pobreza, de uso de drogas... Destaca-se aí uma primeira pista a ser explorada: como possibilitar e facilitar que a comunidade reconheça esse espaço como seu? Essa reflexão se baseia em algumas escutas sobre como o parque está abandonado e como é perigoso frequentá-lo.

Criou-se, partindo deste apontamento, um grupo de caminhada (houve uma experiência passada, porém destinada apenas aos idosos) que semanalmente utiliza o parque para suas ações. Aos poucos surgem “caminhantes”: os que vêm “do posto de saúde” e os que decidiram realizar uma prática corporal para o cuidado de si, talvez motivados pelo coletivo (massa crítica) que ocupa o parque. O grupo possuiu diversas configurações, mas a última agrega mais três territórios vizinhos à UBS, ampliando o número de pessoas que frequentam o espaço e permitindo novas possibilidades para aquele coletivo.

Tal ação exigiu diálogo em rede, convites, trocas e ajustes para que acontecesse. A gerência do distrito de saúde apoiou a proposta e com a parceria de trabalhadores e das gestões dos serviços, segue acontecendo mesmo com a troca de residentes. Entre conversas, atividades de respiração, jogos, alongamentos, esportes, danças e meditação, o grupo faz suas ações em proposta interdisciplinar

(professor de Educação Física, médico, agentes de saúde e agente de endemias) aberto às proposições de novas práticas corporais e novos encontros. A ideia inicial era difundir o uso do espaço, que é público, para a comunidade usá-lo como ferramenta do cuidado de si, ou seja, prática “realmente emancipadora de cuidado, na qual as subjetividades são respeitadas.” (SILVA, 2014, p.64) Foucault (1985, p.62) mostra que isto “implica que o sujeito se constitua face a si próprio”, realizando as práticas de si.

Os encontros geram escutas e trocas terapêuticas entre profissionais e usuários e também permitem aos usuários encontrarem pares, parceiros de seu próprio território, dispostos a construir sua saúde. Damico (2007, p.84) apresenta um caso em que pôde, através de um grupo de ginástica, formar vínculos com uma usuária e possibilitar que ela se enxergasse de outra forma, destaca ainda que isso faz estabelecer uma dimensão cuidadora desarmada de “ferramentas tecnológicas fragmentadas”.

Os encontros promovidos se revelaram altamente potentes, tanto em termos de cuidado quanto de novas perspectivas sobre a saúde dos que vivenciaram as atividades, através dele pudemos compreender o viver dos usuários, seus desejos, seus possíveis, ouvir suas histórias e partilhar experiências. Os benefícios físicos de uma atividade semanal são mínimos, se colocarmos na perspectiva de uma dada fisiologia biomédica ou da busca de produzir corpos ideais, porém a proposta não estava pautada nas lógicas legitimadas historicamente, mas sim na produção de encontros intercessores de afeto e de afecções.

Como a atividade é aberta, e não é feito controle formal quanto a qual território os usuários são vinculados, o número de participantes varia muito, mas todos que chegavam eram acolhidos, independente da condição física (idade, doenças crônicas, peso, etc.), de sofrimento psíquico ou de demandas físicas. A iniciativa revelou como pequenas ações podem movimentar um grupo e a partir daí surgirem proposições, principalmente pelo seu reconhecimento e potência junto à comunidade. Os sorrisos, as conversas, as trocas, os abraços e afetos mobilizados aumentaram praticamente na mesma medida do número de participantes.

CONTRIBUIÇÕES COM A SAÚDE DO TRABALHADOR: BRINCANDO DE SE CUIDAR, SAINDO DA “PRÁTICA DO EU” PARA A “PRÁTICA DO(S) NÓS”

A área da Saúde do Trabalhador expande-se, principalmente no que tange às políticas públicas e intersetoriais. Para Mendes e Wünsh (2011), tais avanços direcionam-se ao encontro da concepção ampliada de saúde como um direito universal e à sua incorporação junto à Saúde Coletiva. Lutar contra o adoecimento nos espaços de trabalho é fundamental; os profissionais da área da saúde, muitas vezes pela precarização dos espaços de trabalho, ficam sem conseguir atuar no cuidado, tanto individual quanto da equipe.

A educação física tem importante lugar(es) quando se reflete sobre a saúde do trabalhador, principalmente quando é propositora das ações de ginástica laboral. Uma questão que deve ser destacada, em tal prática, é que ela é realizada principalmente com intuito da manutenção da saúde do trabalhador para que se

mantenha produzindo, perspectiva voltada ao desejo de maior lucro. A noção de ter trabalhadores ágeis para as linhas de trabalho é bem conhecida e muitas vezes o exercício laboral serve para aumentar a produção e reduzir afastamentos dos trabalhadores, principalmente pela síndrome de “*burnout*”. Destacamos que tal prática possui benefícios, porém na perspectiva vigente ainda se limita meramente ao produtivismo e está vinculada primordialmente ao setor privado.

Reconhecendo as dificuldades de atuação profissional no SUS e de realização de um trabalho que seja produtor de saúde para todos, propomos algumas atividades junto à gerência distrital a qual pertence a UBS apresentada no primeiro exemplo, visando neste caso a saúde do trabalhador da saúde, realizando algumas atividades em diversos espaços da rede. As atividades eram simples e objetivavam que houvesse uma troca de saberes e experiências sobre saúde, além de possibilitar um espaço de cuidado coletivo e individual.

Para realizar as atividades, buscamos compor com as diversas habilidades profissionais e pessoais dos trabalhadores da rede. Realizando uma difícil (e sensível) “dança interdisciplinar”, conseguindo dessa formas propor ações no entredisciplinar. A prática da meditação foi trazida pelo médico da UBS, que coloca a importância do “silêncio interior” para ouvir-se. Tal atividade sensibiliza as pessoas para perceberem-se e sentirem-se, possibilitando um reconhecimento de si. Além disso, a parceria com uma psicóloga da equipe de matriciamento foi muito importante, pois ela fazia a costura do que ia acontecendo, contribuindo com reflexões e referenciando situações, revelando aos trabalhadores

algumas pistas sobre a saúde/doença/cuidado no trabalho, realizando assim uma mediação fundamental à atividade. Destacamos que em uma das proposições os usuários também participaram e noutra ficaram apenas trabalhadores.

As práticas corporais, além da meditação, foram de alongamentos, dinâmicas em grupo e danças circulares partindo da perspectiva de uma atividade individual para o encontro coletivo. Isto foi fundamental para o “sair da concha” destes trabalhadores que, muitas vezes pela realidade do serviço e pelo desgaste cotidiano, “ensimesmam-se” e deixam de se escutar, se tocar, se permitir relaxar de suas tensões.

A proposta se iniciava com a meditação e após era proposto um “carinho” individual, provocando trabalhadores e alguns usuários para reconhecer seu corpo, muitas vezes esquecido pela falta de tempo, o “carinho” tornou-se massagem e aos pouco passamos para pequenos alongamentos. Essas atividades foram chamadas de “Práticas do EU”, nesse momento o silêncio contribuía com o momento individual, respeitando esse encontro.

Após experimentamos o encontro com o outro, as “Práticas do EU e TU”, com o toque no corpo do colega e massagens leves. Realizado esse encontro entre pares, iniciamos uma brincadeira de encontrar pontos de equilíbrio entre as duplas, assim se encontrava uma harmonia singular de corpos e brincava-se com o estado de equilíbrio dinâmico. Finalizávamos esse momento com uma brincadeira sobre o abraço, onde as duplas se abraçavam e ao fim do proposto todos os participantes acabam se abraçando, o que foi chamado de “Práticas do EU e TU’s”. Esses encontros movimentaram o coletivo que se reconheceu e se identificou como um grupo.

Partindo disso, foram realizadas as “práticas do(s) NÓS”, que, além de ser para todos, revela novos nós responsáveis pelo enlace de outros pontos na rede, pessoal e profissional, dessas pessoas. As práticas foram de respiração coletiva, dinâmicas de grupo e danças circulares que finalizaram o processo em uma harmonia muito singular e muito prazerosa aos viventes. Ao fim da atividade refletíamos sobre a importância da “Práticas do ir além”, para pensar que podemos transbordar muitas barreiras para efetuar o cuidado de maneira mais profunda e que realmente afete e movimente as pessoas.

As atividades marcaram a possibilidade de atuações mais sensíveis e da importância do cuidado de si para os trabalhadores da saúde. Percebemos que muitas vezes, pelo modelo vigente, é difícil aos trabalhadores da saúde se reconhecerem e perceberem suas potências de cuidar e ser cuidado. As práticas mostraram como é possível um grupo agir com maior cuidado, reconhecendo-se como coletivo e valorizando e destacando as singularidades.

O entregar-se para as atividades não era simples ou trivial, somente aos poucos a vivência convocava os corpos a participarem, a se aproximarem de outros corpos. Apenas em um momento uma pessoa não quis participar, por condições físicas, o que revela o desejo por movimento e cuidado dessas pessoas. Mesmo passado algum tempo depois das atividades, os trabalhadores ainda comentam o quanto gostaram e que gostariam de mais espaços assim, revelando a potência da ação como propositora de um cuidado efetivo realizado nas tecnologias leves disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em concordância com Luz (2007), os lugares dos saberes da educação física na realidade do SUS não são os tradicionais de “treinamento de corpos” (ou “adestramento”), nem tampouco para “habilitar” corpos para desempenhar atividades. Trata-se de colocar as pessoas em contato com seu próprio corpo, reconhecendo como algo seu, vivo, pulsante, com capacidades e limites. Tal proposição também é descrita por Ceccim e Bilibio (2007), que revelam a importância dos recursos da própria interação dos corpos que se reconhece corpo pelo contato com outros corpos. Os encontros realizados durante a vivência no território indicam a importância de profissionais que provoquem o movimento dos corpos das pessoas. Ainda se reconhece a educação física pela sua tradição de realizar exercícios apenas, o que indica que os professores de educação física devem encontrar caminhos que ampliem suas ações em direção a um modelo de promoção e proteção à vida, tornando-se cada vez mais um núcleo profissional que atue na dimensão cuidadora, criando formulações sobre como é produzido o cuidado em saúde, que se encontra no processo de trabalho do professor de educação física. (CECCIM; BILIBIO, 2007)

Destaca-se ainda que o núcleo busca os “intercessores para a produção de subjetividades, de modo a sentir, representar e vivenciar necessidades de saúde.” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p.50) A vivência revelou que as práticas corporais nos dois exemplos, como já anunciado, geram menos benefícios biológicos ou estéticos (ganho de massa muscular, perda de gordura, aumento de flexibilidade, equilíbrio...), mas outras possibilidades de se pensar o corpo e a partir daí contribuir para que usuários consigam perceber

mais suas necessidades em saúde. Outras potencialidades dos encontros em que corpos e movimentam são mobilizados tem a ver com a qualificação dos vínculos e das relações para dentro e fora da realidade do espaço institucional de saúde ou de doença, uma vez que geram novos encontros e com isso os profissionais do campo da saúde conseguem ampliar seus fazeres, compreendendo as diversas realidades e demandas das pessoas quando buscam cuidado. Para Damico (2007, p.84), a atenção integral à saúde “realizada pelo profissional de educação física pode, através de uma educação do olhar e da escuta, substituir a lógica dos procedimentos por uma lógica em direção aos usuários”. Dessa forma, o autor indica como um espaço que privilegia a tensão-potência do humano.

Ainda é importante ressaltar a possibilidade das atividades, em destaque o grupo do primeiro caso, como proponentes de encontro da comunidade consigo mesma e com isso amplia o reconhecimento dos dispositivos de cuidado local, de ocupação e usufruto do espaço público. O sofrimento psíquico dos usuários da UBS não fica limitado a um “não lugar”, pois não exclui os sujeitos de sua realidade; as ações da saúde mental nesse caso incluem todos os usuários da rede aproximando pessoas, sem endereçar ninguém a um diagnóstico determinista, ofertando horizontalmente um cuidado aos cidadãos e não aos doentes.

No segundo caso, destaca-se que a Saúde do Trabalhador da saúde ainda é tema complexo na realidade do SUS, porém é fundamental olhar para os processos de trabalho para ampliar a possibilidade de se atuar em espaços mais “saudáveis” e sustentáveis ao viver. A formação de vínculo no ambiente de trabalho pode ser uma tarefa árdua, as atividades que mobilizam os corpos, os

sentimentos e as emoções dos trabalhadores contribuem para um bem viver e, com isso, de modo transversal e poroso, colaboram não só com a saúde dos trabalhadores, mas com a produção de cuidado em toda a rede.

As possibilidades ofertadas no curto período da residência revelam uma carência grande de mais inserção do núcleo de educação física junto aos serviços de saúde. A pequena inserção para o professor de educação física após a residência, principalmente atuando na área da atenção básica, não impede que a atenção e conhecimento sobre o SUS seja um dos focos prioritários dos estudos do núcleo, pois vai além das questões do sistema de saúde. Olhar para o SUS é refletir o que é saúde e que modelo de viver é proposto, dessa forma observar de forma crítica as imposições midiáticas sobre os corpos.

Apresentar as experiências de residentes pode contribuir para “desafunilar” as limitadas ofertas nucleares cada vez mais para uma atenção em saúde mais horizontal entre todas as profissões do SUS. O modelo de atuação na saúde ainda se constrói de forma muito disciplinar, tornando necessário encontrar caminhos pela dimensão entredisciplinar, o que pode ser fundamental para a formação dos profissionais da saúde que não se estanca no período de graduação. Precisamos alongar as margens de criação em todas as áreas da saúde, a disponibilidade para a escuta e a potência para contribuir na resolubilidade das demandas de usuários, colocando o trabalho vivo em ato em salvaguarda à captura do modelo biomédico ou do trabalho morto. (CECCIM; BILIBIO, 2007)

É fundamental que os serviços (e trabalhadores) de saúde reconheçam que sua demanda não é apenas por problemas de

saúde, visto que há uma tendência de que tudo o seja e, dessa forma, se medicaliza o viver. (TESSER, 2010) As porosidades no serviço e na rede de saúde permitem que ações de promoção à saúde ganhem potência e movimentem todos os envolvidos numa construção coletiva de uma saúde ampla. O discurso dos riscos que Castiel, Guilam e Ferreira (2012) e Tesser (2010) abordam mostra como é fácil capturar e enrijecer o modelo de saúde que, em uma pedagogia do medo, se reforça nas práticas biomédicas validadas no saber técnico-científico. Silva (2014), na mesma linha, destaca que se corre tais riscos na esteira da medicalização, ou seja, fica a impressão do correr, do fugir, do distanciar-se; porém, não há movimento para além do lugar que se está, alimentando-se de uma lógica impositiva e determinista sobre o viver. As práticas realizadas são proposições para enfrentar estes modelos impostos, aproximar profissionais e construir modelos contra-hegemônicos de cuidado.

Os dois exemplos apresentados mostram ainda a composição e o trabalho em rede para que projetos consigam estruturarem-se nos territórios de saúde. O apoio e as parcerias durante as ações mostram o quão é desejado, por trabalhadores de diversos núcleos profissionais, que sejam criadas novas ações em saúde. Propostas interdisciplinares, além de ampliar as possibilidades de sua construção e execução, possibilitam o sentimento de coletividade, diminuindo possíveis sensações de solidão no ambiente de trabalho, reforçando um modelo de saúde coletiva.

A multidisciplinaridade de uma residência revela a teia que une as profissões e tece uma costura de redes amplas. Silva (2014, p.33) mostra que os sintomas difusos “muitas vezes não encontram amparo em medicamentos, fundamentando ainda mais

a importância do encontro interdisciplinar”, isto provoca o residente a se movimentar e buscar um novo de novo. Esta troca pode gerar novas cores, sons, cheiros, toques, sensações e sentimentos que os corpos necessitam seguidamente ser lembrados de vivenciar, assim todos podem aprender muito com sua própria experiência e seus encontros. A proposta interdisciplinar, nas duas abordagens, revelou a possibilidade do compartilhar e construir novos saberes compreendendo um maior número de ações em saúde, ampliando as possibilidades do cuidar e movimentando as redes locais para a construção de uma saúde que contemple as diversidades do viver.

REFERÊNCIAS

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.); **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p. 259-78.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F. Singularidades da educação física na saúde: desafio à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e saúde coletiva**: política de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007. p.47-62.

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

DAMICO, J.G.S. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e saúde coletiva**: política de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p.73-86.

DAMICO, J.G.S.; KNUTH, A.G. O (des)encontro entre as práticas corporais e a atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. **Movimento Revista de Educação Física da UFRGS**, v. 20, p. 329-350, 2014.

FAGUNDES, S.M.S. Experiências contemporâneas. **Saúde Mental Coletiva**, Bagé, v.2, n.2, 1995,p.2-4.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRAGA, A.B.; CARVALHO, Y.M.; GOMES, I.M. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 3, p.367-86, nov. 2012.

LUZ, M.T. Educação Física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e saúde coletiva**: política de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2007. p.9-16.

MENDES, J.M.R.; WÜNSCH, D.S. Serviço social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social e Sociedade**, n. 107, p.461-81, jul./set. 2011.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS** Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137.

PASCHE, D.F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SILVA, I.F. **O cuidado e o cuidado de si dos profissionais da atenção básica: santo de casa faz milagre?** Porto Alegre, 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

TESSER, C.D. **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

Fonoaudiólogas atuando em Tutoria e Preceptoría em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Rio Grande do Sul em 2013¹

*Claudia Fernandes Costa Zanini
Ananyr Porto Fajardo*

A Fonoaudiologia é uma ciência da área da saúde que estuda a comunicação humana em suas diferentes formas de manifestação. O profissional pode atuar em pesquisa, prevenção, avaliação, terapia fonoaudiológica e aperfeiçoamento da linguagem oral e escrita, da fala, da voz, da audição, do equilíbrio corporal e das funções de respiração, mastigação e deglutição. (CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 2ª REGIÃO, 2012)

As Diretrizes Curriculares Nacionais da graduação em Fonoaudiologia preconizam que a formação deste profissional deve atender às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), voltando-se para a atenção integral, a regionalização e a hierarquização deste sistema, assim como ao trabalho em equipe. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2002) Sua habilitação possibilita que atuem em escolas, hospitais, universidades, consultório particular, clínicas, empresas e em instituições públicas vinculadas ao SUS, sendo que este último tem apresentado um crescimento significativo de vagas para contratação nos últimos anos.

Com a instituição de programas de residência multiprofissional, a inclusão desta profissão também passou a ser

¹Este capítulo enfoca programas de Residência Multiprofissional em Saúde e foi elaborada por uma preceptora e uma ex-coordenadora de programa.

demandada nesta modalidade formativa, pois foi identificada a necessidade de ampliar a diversidade de núcleos profissionais para garantir o princípio constitucional de atenção integral à saúde das pessoas. A modalidade de formação em serviço sob supervisão foi inovadora para a Fonoaudiologia, pois até então existiam apenas cursos de especialização e aprimoramento, os quais não eram desenvolvidos nos serviços e eram notadamente voltados para a clínica privada. (FRANÇA, 2010) Isto também abriu o campo de possibilidades de atuação no ensino em serviço em equipe, uma novidade para esta categoria profissional.

Este relato aborda as duas possibilidades de docência - tutoria e preceptoria - em programas de Residência Multiprofissional em Saúde desenvolvidos por instituições de atenção à saúde e de ensino superior, seguindo a legislação pertinente. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) Neste contexto, “a função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, (...), exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos” (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012), enquanto a preceptoria “caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.” (BRASIL. BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) Nas instituições estudadas, a primeira função denota vínculo com instituições de ensino superior, enquanto a segunda

indica atuação em instituições que prestam serviços de atenção à saúde.

CENÁRIO NO RIO GRANDE DO SUL

A graduação nesta área do conhecimento é oferecida no estado desde a década de 1970, sendo que em 2013 sete cursos disponibilizavam 320 vagas por ano. Os fonoaudiólogos fazem parte dos núcleos profissionais que compõem os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e grande parte das instituições que abrem campo para fonoaudiólogos nesta modalidade de ensino está localizada na região metropolitana de Porto Alegre.

Um dos primeiros programas a incorporar a Fonoaudiologia foi o do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na ênfase em Atenção ao Paciente Crítico, em 2009, quando também a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) ofereceu vagas para fonoaudiólogos residentes nas ênfases em Atenção Básica, Atenção Hospitalar, Linhas Mãe-Bebê e Crônico-Degenerativa. Em 2011, a Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) incluiu este profissional na ênfase em Atenção Primária à Saúde, enquanto em 2012 a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) o fez em Intensivismo e a Escola de Saúde Pública (ESP) em Atenção Primária. Também em 2012 a UFSM ampliou a oferta de vagas para as ênfases em Vigilância em Saúde e Hemato-Oncologia. O Quadro 1 apresenta estes programas com as respectivas ênfases nas quais fonoaudiólogos atuavam como preceptores e tutores em 2013.

Quadro 1. Instituições onde fonoaudiólogos atuavam como preceptores e tutores em Programas de RMS no Rio Grande do Sul, 2013.

Instituição	Número de Fonoaudiólogos atuando como Preceptores/Tutores	Ênfase
ESP	2	Atenção Primária à Saúde
GHC	3	Atenção ao Paciente Crítico
UFSM	2	Atenção Básica/ESF
		Atenção Hospitalar Crônico-Degenerativa
		Atenção Hospitalar Mãe-Bebê
		Hemato-Oncologia
		Vigilância em Saúde
ULBRA	2	Atenção Primária à Saúde
UFSCPA	7	Intensivismo
Total	16	

Fonte: ZANINI, 2013.

As vagas para fonoaudiólogos residentes acompanham a distribuição das demais profissões incluídas, com exceção da Enfermagem, que continua sendo o núcleo mais numeroso. No entanto, seria importante que fossem ampliadas para outras áreas de especialidade, na perspectiva de qualificar a atenção integral a pacientes, famílias e comunidades. (FRANÇA et al., 2014)

O estudo aqui relatado foi embasado em Zanini (2013), cuja finalidade foi identificar o perfil dos fonoaudiólogos que atuavam em ensino e aprendizagem nos programas de residência multiprofissional em saúde no Rio Grande do Sul em 2013 com base

no seu perfil sociodemográfico, na autodescrição de sua atuação como preceptores e tutores e na motivação para exercício da preceptoria.

CONHECENDO AS PARTICIPANTES

A pesquisa descritiva, embasada em listagem de nomes obtida junto ao Conselho Regional de Fonoaudiologia da 7ª região, que tem jurisdição sobre o Rio Grande do Sul, e Instituições de Ensino Superior (IES) permitiu a identificação de 16 possíveis participantes, sendo uma atuante em dois PRMS, resultando em 15 pessoas a serem convidadas.² O convite a participar foi feito aos que estivessem envolvidos com o processo de docência nos PRMS oferecidos tanto por instituições de atenção à saúde como de ensino superior em algum momento entre janeiro de 2010 até a data em que se encerrou o acesso ao endereço disponibilizado para coleta de dados (<<https://www.onlinepesquisa.com/live.php?code=1876f41>>), que ficou aberto entre 11 de dezembro de 2012 e 18 de janeiro de 2013.³

Os sujeitos foram convidados mediante o envio de uma mensagem eletrônica individual informando um *link* para entrar no *site* que dava acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso aceitassem o convite, acessariam o questionário contendo

²A investigação seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época de desenvolvimento da pesquisa. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas de Porto Alegre, RS, em 14 de dezembro de 2012 sob nº 08154212.0.000.5329.

³Informações sobre os procedimentos necessários para disponibilizar formulários investigativos neste provedor estão disponíveis em <<https://www.onlinepesquisa.com/>> Acesso em: 16 mar. 2016.

questões abertas e fechadas relativas ao seu perfil sociodemográfico, formação, atuação e motivação em relação à função de preceptor/tutor em PRMS. Enviamos nova mensagem oferecendo um prazo adicional aos que não responderam ao anteriormente estipulado. Excluindo aquelas que não responderam ao questionário e as que não completaram seu preenchimento, dez pessoas compuseram o grupo de informantes.

As respostas aos questionários ficaram armazenadas no *site* para identificar a frequência das respostas às perguntas fechadas e as unidades temáticas oriundas de Análise de Conteúdo (MINAYO, 1993) das respostas às questões abertas.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Todas as informantes eram mulheres, correspondendo aos achados de Gonçalves e Oliveira (2007), que encontraram uma população exclusivamente feminina quando investigaram os fonoaudiólogos vinculados ao SUS no nosso estado. O Conselho Regional de Fonoaudiologia da 2ª região (estado de São Paulo) encontrou entre seus associados 99,8% de mulheres. Este fato pode ser explicado pela franca predominância de mulheres na força de trabalho em saúde no Brasil, especialmente em algumas categorias profissionais. Wermelinger et al. (2010) abordam o aspecto da feminilização do mercado de trabalho no Brasil, referindo que a proporção de mulheres atuando no campo da saúde deveria ser investigada em maior profundidade. Para Machado (2003), o perfil de cuidados relacionados a estas profissões faria parte do universo feminino.

A idade variava entre 33 e 50 anos no grupo. A faixa etária das respondentes era semelhante a outro estudo no qual a média de idade dos docentes fonoaudiólogos da Bahia era de 37,3 anos, sendo o público estudado considerado como docentes jovens. (DE NARDI; CARDOSO; ARAÚJO, 2012) Outros trabalhos apresentando o perfil do fonoaudiólogo em cidades ou regiões do país, sem que pertencessem a uma função ou cargo específico (como a docência), encontraram um profissional ainda mais jovem. Os indivíduos pesquisados por Stefaneli, Monteiro e Spinelli (2004), tinham no máximo 30 anos de idade, enquanto os associados do Conselho Regional de Fonoaudiologia da 5ª região do Brasil (que abrange os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Goiás, Pará, Roraima, Rondônia, Tocantins e Distrito Federal) também eram profissionais jovens, pois mais de 45% tinham entre 20 e 30 anos de idade. (SOUZA, 2012)

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Seis participantes graduaram-se em cursos em Porto Alegre (Instituto Metodista de Educação e Cultura - IMEC), duas na região metropolitana (ULBRA) e uma no interior do estado (UFSM), enquanto uma graduou-se no estado de São Paulo (Universidade Sagrado Coração, Bauru). Uma tinha concluído o curso há mais de vinte anos, sete graduaram-se na década de 1990 e duas na década de 2000. O ano de conclusão da graduação mais recente foi 2003 e o mais remoto 1984. O tempo de formação está de acordo com o tempo de existência das faculdades de Fonoaudiologia em nosso estado. O primeiro curso foi criado na UFSM em 1971, seguido pelo IMEC de Porto Alegre, instituído em 1990.

Nenhuma das participantes deste estudo fez residência, pois na época de sua formação não existia a modalidade de ensino de especialização em serviço para Fonoaudiologia, que iniciou em nosso estado no GHC e na UFSM em 2009. É possível pensar em um panorama no futuro próximo em que os próprios egressos dos programas de residência multiprofissional em saúde assumam cargos e funções no SUS que promovam a interface entre docência, atenção e investigação em serviço. Isto pode ser facilitado pela qualificação de atuais e futuros preceptores. Isto contribuiria para consolidar a Fonoaudiologia, avaliando e repensando a formação deste profissional (QUEIROGA, 2013) e para difundir a profissão, mostrando à sociedade e aos gestores sua importância no campo do desenvolvimento e da reabilitação.

A totalidade tinha cursado o mestrado. Três tinham concluído doutorado, duas estavam com o curso em andamento e cinco não o tinham feito. Uma concluiu o mestrado e o doutorado e estava cursando uma especialização. Identificamos que diversas pessoas tinham feito vários cursos em diferentes níveis. Seis tinham realizado uma especialização, uma cursou duas e outra concluiu mais de duas especializações. As instituições onde realizaram estes cursos de *lato sensu* foram Centro de Especialização em Fonoaudiologia e Audiologia Clínica (CEFAC), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Instituto Metodista de Educação e Cultura (IMEC), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Centro Lydia Coriat.

O fato de todas terem cursado pós-graduação *lato* ou *stricto sensu* indica que buscavam atualização e continuidade da carreira acadêmica. Estudando a realidade brasileira, Behlau e Gasparini

(2006) informaram que havia cerca de 28.000 fonoaudiólogos em nosso país em 2006, sendo que 2.700 eram especialistas, 800 mestres e 210 doutores.

A variedade dos cursos de especialização era grande, sendo que as profissionais buscaram formação nos mais diferentes locais e especialidades, o que é interessante tendo em vista que na formação atual dos profissionais tem sido enfocada a importância da formação generalista e da interdisciplinaridade. As áreas de especialização eram: Alfabetização, Educação Pré-escolar, Fonoaudiologia, Linguagem, Motricidade Orofacial, Psicopedagogia Clínica, Práticas Pedagógicas em Saúde, Saúde Pública, Transtornos do desenvolvimento e Voz.

As respondentes realizaram seu mestrado na UFRGS e na UFSM. As áreas de conhecimento estudadas eram Ciências da Saúde, Ciências Médicas, Distúrbios da Comunicação Humana, Ensino na Saúde, Estudos da Linguagem e Letras.

Os cursos de doutorado em andamento ou já concluídos corroboravam a diversidade de áreas do conhecimento assumidas pelas respondentes: Ciências Médicas, Ciências Pneumológicas, Gastroenterologia, Gerontologia Biomédica e Linguística.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

O tipo de vínculo trabalhista das participantes com a instituição formadora, seu âmbito, a atuação em outras instituições e possível atuação no setor privado (incluindo clínicas e consultórios) são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Atuação profissional de fonoaudiólogas que atuavam como preceptores e tutores em Programas de RMS no Rio Grande do Sul, 2013.

Participante	Tipo de vínculo trabalhista	Atua em Instituição de Ensino Superior?	Atua em outras instituições?	Atua no setor privado?
A	CLT	Não	Sim	Não
B	CLT	Não	Sim	Não
C	CLT	Não	Sim	Não
D	Estatutária	Sim	Não	Não
E	Estatutária	Sim	Não	Não
F	Estatutária	Sim	Não	Sim
G	Estatutária	Sim	Não	Sim
H	Estatutária	Não	Sim	Não
I	Estatutária	Sim	Não	Sim
J	Estatutária	Sim	Não	Sim

Fonte: ZANINI, 2013.

Apenas uma estatutária não trabalhava em IES, estando vinculada, portanto, a uma instituição prestadora de atenção à saúde; também foi a única que declarou atuar em outras instituições, sem especificar qual. Quatro pessoas com o mesmo tipo de vínculo também atuavam no setor privado, no qual declararam despender oito, dez ou doze horas por semana. Nenhuma destas profissionais informou estar vinculada a prefeituras municipais. As três celetistas, vinculadas a uma empresa privada e outra pública, responderam as questões referentes aos quatro itens anteriores de maneira homogênea, diferenciando-se nas respostas aos questionamentos que seguem.

Respondendo sobre o tempo de vínculo com a instituição que desenvolvia o PRMS na qual trabalhavam, cinco atuavam entre um e cinco anos, três entre seis e dez anos e duas trabalhavam há mais de dez anos no local. Quanto ao tempo de atuação junto ao PRMS, cinco respondentes estavam envolvidas com a residência há um ano, duas há dois anos e três trabalhavam há três anos junto ao

Programa. Estes dados estão de acordo com o tempo de inserção da Fonoaudiologia nos PRMS no Rio Grande do Sul, assim como da regulamentação e inclusão dos programas nas políticas públicas em nosso país, considerando que foram instituídos a partir de 2004.

O tempo de dedicação ao PRMS indica que a maioria envolvia-se poucas horas por semana, o que poderia acarretar um acúmulo de atividades a serem atendidas juntamente com as demais atividades funcionais. Com isso, possivelmente viam-se obrigadas a priorizar o cuidado a pacientes ou a alunos ou a residentes, o que comprometeria a qualidade do trabalho. Algumas das fonoaudiólogas citaram que deveria haver maior discussão sobre as atividades obrigatórias e eletivas dos programas nas instituições.

Quanto aos programas de residência multiprofissional nos quais atuavam, estavam envolvidas com as ênfases em Atenção Básica, Atenção e Gestão Hospitalar, Atenção ao Paciente Crítico, Intensivismo e Saúde Pública.

A jornada de trabalho informada era muito diversificada. Devido a este fato, o percentual de tempo de dedicação ao PRMS também deve ser examinado à luz desta variedade, pois é sabido que as demandas dos residentes de núcleo e campo e atendimento de suas necessidades surgem independentemente do horário contratado.

Uma respondente informou dedicar todo o tempo de trabalho ao PRMS, mas atuava apenas quatro horas de sua jornada semanal de 40 horas junto ao programa, pois o restante do tempo era ocupado em outro âmbito profissional. Era docente universitária

de uma instituição que desenvolvia um trabalho em conjunto com o hospital onde a residência era desenvolvida. Duas dedicavam mais de 70% da carga horária para atividades referentes ao PRMS, mas uma trabalhava 36 horas na instituição e a outra quatro horas no local. Todas as demais tinham menos de 40% de sua carga horária destinados para atividades com a residência.

Em relação ao número de residentes pelos quais era responsável, a maior parte trabalhava com três a quatro indivíduos tanto do 1º como do 2º ano do programa. Uma participante informou ter sob sua responsabilidade mais de cinco residentes pelo fato de a instituição oferecer vaga para fonoaudiólogos em mais de uma área de concentração. Porém, na maioria dos Programas enfocados, a Fonoaudiologia estava inserida em somente uma ênfase. Isto pode ser explicado pelo número ainda pouco expressivo de profissionais trabalhando nas instituições hospitalares e prefeituras dos municípios, visto que um dos critérios fundamentais para haver um Programa de Residência Multiprofissional em saúde em uma instituição é a existência de preceptores de núcleo em atuação.

A inserção desta profissão em programas de Residência Multiprofissional em Saúde tem sido menos intensa do que outras, assim como está incluída em menos ênfases, corroborando os achados de França (2010). Este fato pode ser reflexo de um número ainda pouco expressivo de fonoaudiólogos atuando em instituições hospitalares e prefeituras municipais, espaços prioritários para desenvolvimento da formação em serviço em equipe de saúde. Com isto, existe insuficiência de profissionais disponíveis para a docência em serviço em equipe dedicada tanto ao próprio núcleo profissional como ao campo abrangido pela ênfase em questão,

dificultando a abertura de novas oportunidades nesta modalidade formativa.

As atividades desempenhadas na preceptoria/tutoria foram categorizadas em Formação, mencionadas pela maioria, e Gestão, com menor destaque no grupo. Respectivamente, foi possível identificar as seguintes tarefas desempenhadas:

- Formação: relacionada ao seu próprio aperfeiçoamento e ao processo de ensino junto aos residentes, sendo especialmente voltada à atuação profissional de núcleo e ao SUS; acompanhamento das atividades teórico-práticas junto aos residentes, envolvendo preparo de aulas e docência em campo/núcleo; orientação de trabalho de conclusão de residência; discussão e supervisão de rotinas, práticas e casos; elaboração de laudos e pareceres.

- Gestão: articulação das ações do PRMS com graduação e pós-graduação em Fonoaudiologia e junto à comunidade; planejamento de estratégias para articulação em rede e matriciamento junto aos demais níveis de atenção à saúde no âmbito municipal; organização da seleção de residentes; identificação e avaliação de campos de estágio; participação de reuniões multiprofissionais.

O fato de ter havido, no grupo como um todo, menor destaque à gestão como parte de suas atividades provavelmente deve-se ao caráter tecnicista da formação, centrado em agravos à saúde.

MOTIVAÇÃO E SATISFAÇÃO GERAL

Algumas pessoas iniciaram suas atividades junto a esta modalidade de formação por serem as únicas profissionais da instituição ou município onde os programas seriam implantados, outras por escolha pessoal, outras ainda por acreditarem que este processo fortalece a fonoaudiologia como profissão e por estarem envolvidas em uma nova modalidade de estudo (ensino em serviço). Também existia envolvimento prévio de algumas com a atividade docente e o aceite da preceptoría surgiu em decorrência disto.

Muitos profissionais da saúde que são preceptores não tiveram formação específica na área da docência. Exercem a função devido a vários fatores de motivação, muitas vezes assumindo-a por falta de escolha ou por serem os únicos profissionais daquela área no Serviço. Possivelmente descobrem seu talento e desenvolvem habilidades apropriadas ao longo do tempo, revelando-se aptos a uma relação de ensino e aprendizagem dinâmica e comprometida.

A qualificação acadêmica é um fator importante em uma seleção de candidatos à preceptoría, e muitos critérios vão sendo construídos pelos serviços à medida que se inicia a discussão sobre a adequação ao programa e outros profissionais se incorporam à instituição formadora. (FAJARDO, 2011) Experiência profissional, titulação acadêmica e disponibilidade são requisitos necessários para que os preceptores promovam integração entre os diferentes profissionais em formação, a equipe, a população e os serviços envolvidos. (GUIMARÃES, 2010)

A própria questão da identificação em uma ou outra categoria já denota a dificuldade de distinção entre elas. Botti e Rego (2008) investigaram a equivalência entre estas denominações e outras no contexto da formação médica e se empenharam em definir os termos. Identificaram os preceptores como profissionais que atuariam em caráter mais imediato no ambiente de trabalho e formação em ato, enquanto os tutores seriam facilitadores no processo de aprendizagem no contexto da metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas. A legislação brasileira informa que seria competência do tutor a orientação acadêmica de residentes, tanto na modalidade de tutoria de núcleo como na de campo, enquanto que ao preceptor corresponderia à supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde o programa é desenvolvido. (BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) No âmbito deste relato, o termo preceptoría tende a indicar vinculação com os serviços onde os PRMS são desenvolvidos, enquanto tutoria indicaria vínculo com as Instituições de Ensino Superior que os oferecem. Entretanto, na prática, muitas vezes estes papéis se mesclam, enquanto em outras situações apresentam evidente compartimentalização.

Quando solicitadas a discorrer acerca de dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho em PRMS, as respostas indicaram que a mais prevalente estava relacionada ao pouco tempo destinado ao programa no serviço; seguiu-se o desconforto com a inexistência de espaço físico destinado às atividades da residência; a insuficiência de profissionais; a dificuldade de integração ensino-serviço; a falta de definição clara de papéis e responsabilidades; a ausência de carga horária definida para fins de atendimento

ao residente e de organização de horários e cronogramas; a falta de incentivo e espaços de educação permanente; pouco diálogo com os gestores e também tutores/preceptores. Também foram mencionadas dificuldades quanto ao transporte para as atividades e falta de adaptação das rotinas do hospital e do corpo clínico multiprofissional ao PRMS.

O grau de satisfação com o programa onde atuavam variou entre bom e regular, sendo que ninguém relatou estar plenamente satisfeito. Os motivos mencionados como geradores de satisfação incluíam a troca de experiências, a proposta inovadora do PRMS, o envolvimento com a formação de novos profissionais, a constante reflexão sobre os processos de trabalho, o reconhecimento da profissão como essencial para a saúde dos pacientes e o envolvimento com a formação profissional para o SUS e de acordo com as políticas públicas de saúde.

No que se refere à remuneração específica para exercício da função de preceptoria/tutoria, duas pessoas recebiam gratificação financeira para tal. Este assunto já vem sendo discutido no âmbito das PRMS, mas ainda não há um valor estipulado nem uma legislação que o contemple.

Aquelas que recebiam a gratificação consideravam que o valor era simbólico, não fazendo jus ao envolvimento destinado às atividades realizadas, inclusive em horários extrainstitucionais. Uma das respondentes citou gastos com telefonemas, transporte e outros que não eram contabilizados e várias referiram que ainda falta valorização dos profissionais.

Sete das que não recebiam qualquer incentivo financeiro afirmaram não estarem de acordo com o não recebimento desta gratificação. Entretanto, uma acreditava que o profissional da instituição que atua com saúde pública tem o dever de desenvolver ações vinculadas com a formação nos serviços de saúde. Em muitas das instituições públicas, quando o trabalhador ingressa é assinado um termo que inclui atividades relacionadas ao ensino como parte do trabalho, sendo este o caso da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição.

Entre as que recebiam a gratificação, uma se disse satisfeita e a outra não, referindo que o valor está muito abaixo do justo, sem indicar qual seria este valor. A <http://www.adufpb.org.br/mpog-encaminha-ao-congresso-reformulacao-da-carreira-docente/> remuneração específica para exercício da preceptoria/tutoria estava a critério de cada instituição, assim como a liberação de carga horária para dedicação ao programa. Porém, o Ministério da Educação e o da Saúde já começavam a colocar este assunto em pauta, visando o reconhecimento do papel de todo o corpo técnico na formação de trabalhadores para o SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2013)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passados três anos da pesquisa aqui relatada, o número de cursos de graduação em Fonoaudiologia mantém-se inalterado. No entanto, observamos um incremento na quantidade de programas de Residência Multiprofissional em Saúde que incluem fonoaudiólogos no Rio Grande do Sul. Outras duas instituições passaram a oferecer esta modalidade formativa: o Hospital Materno-Infantil Presidente

Vargas (HMIPV) na ênfase em Saúde da Criança – Vulnerabilidade e Violência e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) nas ênfases em Adulto Crítico e em Saúde da Criança. Com isso, enquanto em 2013 havia 16 preceptores/tutores e 13 vagas para residentes por ano, em 2016 existem 34 preceptores/tutores para 20 vagas para fonoaudiólogo residente/ano.

O aumento da demanda por preceptores deste núcleo profissional para desenvolvimento das atividades teórico-práticas decorre desta perspectiva, pois, na medida em que há incremento de vagas para residentes, o número de preceptores deve acompanhá-lo para respeitar a relação exigida de um preceptor para cada três residentes em cada serviço onde atuam. Nenhuma das profissionais consultadas nesta investigação foi residente, mas, com o passar do tempo, possivelmente cada vez mais ex-residentes virão a compor o quadro de preceptores/tutores e docentes fonoaudiólogos, enriquecendo com sua própria vivência a formação em serviço em equipe.

Com isso, estes profissionais podem buscar um maior engajamento político no campo da saúde e da docência. A Fonoaudiologia alcançará um maior fortalecimento, com consequente abertura de novos rumos para a categoria, se os profissionais estiverem fortemente comprometidos com a política de formação em saúde no país, aliada à formação técnica qualificada.

REFERÊNCIAS

BEHLAU, M.; GASPARINI, G. Voice disorders research and treatment in Brazil. **The ASHA Leader**, v. 11, p.6-8, may 2006. Disponível em: <<http://leader.pubs.asha.org/article.aspx?articleid=2278307>>. Acesso em: 15 mar 2016.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p.363-73, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **Perguntas e respostas sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde**. Brasília: MEC, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168 - 17>. Acesso em: 19 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial União**, Brasília, 16 abr. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192 >. Acesso em: 15 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 5, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fonoaudiologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES052002.pdf>>. Acesso em: 15 mar 2016.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 2ª Região. **O que é Fonoaudiologia?** São Paulo, 2012. Disponível em:<<http://www.fonosp.org.br/crfa-2a-regiao/fonoaudiologia/o-que-e-a-fonoaudiologia/>>. Acesso em: 02 set 2012.

DE NARDI, V.; CARDOSO, C.; ARAÚJO, R.P.C. Formação acadêmico-profissional dos docentes fonoaudiólogos do estado da Bahia. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 6, p.1122-38, 2012.

FAJARDO, A.P. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde**: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. 2011. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FRANÇA, M.C.T. **A inserção da Fonoaudiologia em Residências Multiprofissionais em saúde no Brasil como potencialização da interdisciplinaridade**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000760544&loc=2010&l=04abe50f6c065105>>. Acesso em: 15 mar 2016.

FRANÇA, M.C.T. et al. Fonoaudiologia na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: potencializando a interdisciplinaridade para prestação de atenção integral à saúde. In: FAJARDO, A.P.; DALLEGRAVE, D. (Orgs.). **RIS/GHC: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p.137-55.

GONÇALVES, J.L.; OLIVEIRA, F. **Estudo da atuação fonoaudiológica vinculada ao Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Fonoaudiologia) - Centro Universitário Metodista IPA, Porto Alegre, 2007.

GUIMARÃES, T.G. **Papel do preceptor na Residência Multiprofissional**: experiência da Nutrição. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MACHADO, M.C.S. A feminização da medicina. **Análise social**, v. 38, n. 166, p.127-37, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

QUEIROGA, B. O desafio da educação. **Revista Comunicar**, v. 13, n. 56, p.3, 2013.

SOUZA, D. Perfil do fonoaudiólogo na 5ª região. **Revista Comunicar**, v. 13, n. 55, p.26, 2012. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/publicacoes/comunicar55.pdf>>. Acesso em: 27 abr 2013.

STEFANELI, F.R.; MONTEIRO, K.D.G.M.; SPINELLI, R.L. Perfil do fonoaudiólogo na cidade de São José dos Campos. **Revista CEFAC**, v. 6, n. 1, p.101-5, jan./mar. 2004.

WERMELINGER, M. et al. A feminização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulgação Saúde em Debate**, n. 45, p.54-70, 2010.

ZANINI, C.F.C. **Perfil de fonoaudiólogos que atuam em docência nos programas de residência multiprofissional em saúde no Rio Grande do Sul**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000892623&loc=2013&l=9e8916bf8c985974>>. Acesso em: 15 mar 2016.

**OLHARES SOBRE O
PROCESSO DE**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O tempo outro do residente na rede de atenção à saúde¹

Mário Francis Petry Londero

arPOAdor

Este escrito, de começo, fora apenas uma reflexão sobre as andanças na Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) compartilhadas entre residentes, preceptores, trabalhadores e serviços. Um compartilhar de despedida, de celebração pelo encontro que se findava na época (2011/2013). Relato da partida do residente para sua última vivência, o dito estágio optativo, que teve como destino a cidade do Rio de Janeiro. Contudo, tal relato fracassara em seu objetivo de falar dos serviços e percursos na rede de saúde, pois o residente propôs transbordar ou, no caso, agenciar as experimentações cariocas de cuidado junto a tudo que tinha testemunhado enquanto residente de saúde mental em Porto Alegre, sua cidade de origem.

Ao sentar-se no Arpoador para ver um pôr-do-sol – o lugar mais porto-alegrense do Rio de Janeiro para qualquer gaúcho –, uma avalanche de acontecimentos que ocorreram nos últimos dois anos em trânsito pela residência tomou conta do residente já quase carioca. Os encontros que ele participara na Cidade Maravilhosa o atravessaram e o afetaram, reverberando por outros encontros já acontecidos que, da mesma forma, o marcaram na rede porto-alegrense. Este encontro entre paisagens afetivas advindas de Porto Alegre e do Rio de Janeiro serviu para dar o último contorno na construção subjetiva que o residente estava por finalizar. Sempre

¹Este texto trata-se de uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, na qual o autor fora residente no período 2011/2013.

acompanhado pela troca de ideias junto à preceptoria, este último escrito de residente tinha a intenção de trazer um texto que dissesse o que realmente ficava dessa experimentação que se passa quando se entra num processo de educação em serviço, de uma construção de saber compartilhada na rede que se propaga por diversos atores que circulam na atenção. Era um fechamento de ciclo, um momento que terminava para se abrir um novo tempo que, certamente, estaria atravessado pelas afecções experienciadas na RIS. Os autores deste escrito, apesar de aqui estar resumido a um, são muitos, atravessados por discursividades que circundam o universo da atenção em saúde e da residência. Para preservar o teor quase como o de uma carta que o residente, lá no final de sua residência, apresentara para a preceptoria, foi decidido preservar o texto em primeira pessoa, como o escrito veio ao mundo, mesmo que, após este primeiro esboço de escrita, tenha sido complementado com outras vozes. Vamos ao texto...

QUESTÕES UTOPICAS: A REDE COMO CAMPO DE EXPERIMENTAÇÕES

A utopia está no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais o alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar. (GALEANO, 2007, p.310)

Em 2011, iniciava a Residência Integrada em Saúde (RIS) pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na ênfase de Saúde Mental. Começava uma caminhada de descobertas, de singulares momentos com usuários, trabalhadores, pessoas em geral, coletividades, com os serviços de saúde e as redes que nela são tramadas. Deparava-

me com os mais variados encontros de corpos, aquilo que Spinoza (2007) trata de afirmar que é a condição humana de estar em constante afecção junto a um outro em sua radical alteridade, numa troca afetiva que compõe e decompõe o sujeito à medida que transita pela vida. Encontros por vezes sofridos, permeados por angústias a partir de discussões e de ações difíceis de serem tomadas ao se produzir cuidado em saúde, mas também encontros de composição e de celebração da vida, de momentos que nos fazem ter uma alegria juvenil, com a esperança de que o cuidado em saúde seja mais que procedimental, seja uma afirmação do encontro, da relação de cuidado que nos oferta uma singular experimentação de vida. O que um residente de primeira viagem, ainda pouco calejado, poderia enunciar como: a esperança de que o cuidado em saúde e na rede pode “dar certo”.

Este “dar certo” parece ser o que o residente deseja quando chega para trabalhar na rede de atenção à saúde. Deseja acreditar que o Sistema Único de Saúde (SUS) “dá certo”, quer ver o cuidado funcionando como nas cartilhas e textos que estudara quando era um candidato à vaga de residência. Num primeiro momento, isso pode parecer um tanto ingênuo, por vezes até mesmo pedante para os trabalhadores que já estão na rede de saúde há mais tempo e que sabem que as relações de cuidado “não são bem assim”. Os entraves e as desesperanças não estão nas cartilhas...

O residente, esse sujeito um pouco estranho na rede de saúde, tem seu próprio tempo, é diferente daqueles que transitam cotidianamente nos serviços, que estão antes e que ficam depois que os residentes vão embora. Nessa relação residentes-trabalhadores da rede de saúde, se passa um tempo-conflito, um tempo não

reconciliado, como diria Pelbart (2004). O residente chega com seu tempo um tanto caótico, talvez conectado a “Aion, tempo da superfície, dos acontecimentos incorporais” (PELBART, 2004, p.72), é recente no serviço e logo vai embora, tem consigo a angústia de mudar logo a rede de cuidado em saúde que, de maneira ingênua, pensava ser perfeita em sua chegada. Ao se deparar com as problemáticas, com as insuficiências da rede, questiona, tensiona os modos de trabalho e nem sempre é compreendido em sua pressa: é que ele logo vai embora e corre o risco de “não ver nada mudar.”

Os trabalhadores, com seu tempo mais cotidianizado, fadados a um mesmo tom cronificado, com suas marcas que vão lhe produzindo couraças, como diria Reich (1998), no trabalho em saúde, possuem uma lentidão, um andar mais vagaroso que, às vezes, se assusta com o caos que a residência, encarnada sobretudo no residente, traz. De seu lado, os trabalhadores têm a experiência que oferecem ao residente em troca desse caos que acabam sentindo e que os empurra para um outrar-se.

Sem dúvida essa é uma BAITA troca que aprendi no tempo da residência. Mas é claro que o trabalhador também gosta desse caos, e, num devir residente, até descobre novamente certos prazeres de arriscar uma relação de cuidado em ato, trabalho vivo (MERHY, 2002), que não está vinculado a protocolos ou a um modo demasiadamente cotidianizado que, muitas vezes, diz ao trabalhador: “isso já foi tentado, não adianta, é só para se incomodar”. Neste sentido, apesar da ingenuidade, a utopia da residência incomoda, ou melhor, desacomoda as relações e lógicas de cuidado instaladas na rede. E isso é muito MANEIRO para os serviços de saúde.

É claro que por essa dupla que percorre os serviços de saúde existem muitas possibilidades e, muitas vezes, alguns residentes já chegam tomados pelo processo cotidianizado dos trabalhadores massacrados pela instituição de saúde normatizadora, assim como também há a possibilidade de trabalhadores agirem como residentes, não se cansando de lutar contra os moinhos de vento, como o personagem Dom Quixote de La Mancha, do livro de Cervantes (2004).

Da mesma forma, existe o encontro com os próprios usuários, e esses nos mostram, a cada momento, o quanto nossos conhecimentos acadêmicos não servem para muita coisa quando formatados em procedimentos que estancam a produção singular do cuidado em ato. Ao percorrer a rede com o usuário e ao acompanhá-lo em sua trajetória de vida, com todas as fragilidades, sofrimentos e potenciais que ela tem, aprendemos a ser menos disciplinarizados por nossa formação, no desafio de nos lançarmos ao inesperado que faz parte de um cuidado voltado para o singular de cada um. É um cuidado no entre! No meio, no tempo de duração infinita, aiônico, “com seus paradoxos, sua lógica insólita, jamais sacrificada em proveito de alguma coerência superior” (PELBART, 2004, p.95), não moldado e sem previsibilidades, “zona mestiça” (CECCIM, 2004, p.261) entre usuários, trabalhadores, coletividades que se multiplicam ao redor do cuidado em operação. Um singular que dilui as fronteiras disciplinares, posto que não são suficientes para dar conta da complexidade de cada usuário em questão. São nesses encontros que, se estivermos dispostos enquanto residentes e trabalhadores, poderemos desdobrar nosso potencial de cuidado,

variá-lo a partir da experimentação do encontro em ato, marcando o corpo com experiências que podem reverberar em futuros encontros.

Neste sentido, a possibilidade do trabalho vivo, de invenção a partir do encontro disposto ao singular, não pertence a ninguém, a nenhuma classe ou mesmo lugar que nos posicionamos dentro de um contexto de cuidado, ela está posta no jogo de forças que atravessa a vida e se oferece a quem quiser se arriscar, a quem quiser se perder um pouco para criar novas formas de operar o cuidado e de viver a vida. É uma “desaprendizagem” (MERHY, 2010, p.35) que produz saberes a partir da experimentação, produtora de deformidades que se fazem enquanto pontos de interrogação para o que está enrijecido.

Essas reflexões até aqui descritas fazem parte de todo um processo ocorrido no tempo em que estive na residência, a começar pelo Consultório de Rua (CR), que depois mudou o DE para o NA, cujo território passara a ser o da atenção básica em vez de estar locado na saúde mental. Arriscando uma analogia com o que escrevi até aqui, creio que o serviço Consultório na Rua é muito “residente”. Não à toa a grande procura dos residentes, tanto da saúde mental como da atenção básica, em experimentar tal serviço enquanto estavam no curso da residência. Seu tempo, muito vinculado à população em situação de rua, em sua singularidade de urgência, pouco domesticada na ordenação da rede de atenção, parece tensionar de maneira radical a rede de saúde e intersetorial. Urgência em vários sentidos: pelo consumo de drogas e pelo modo de concretamente matar um leão a cada dia para sobreviver, mas, sobretudo, pela situação de rua conectada ao Consultório

que, quando consegue produzir algum tipo de prática de cuidado mínima, já se torna uma conquista que se deseja reverberar por toda a rede, compartilhá-la para enriquecê-la.

Meu primeiro ano se passou ao lado dos trabalhadores e usuários do serviço Consultório na Rua, e tal experiência me cativou de uma forma que é difícil colocar em palavras até nos dias de hoje ao olhar para estes encontros passados. Enquanto psicólogo, sempre gostei de uma psicologia em trânsito, de algo que não fosse aquele estereótipo do consultório com suas poltronas que acalmam o tempo do mundo lá fora, ou do setor de recursos humanos, que fica a moldar trabalhadores para as áreas específicas de uma empresa. Da mesma forma que existem “psis” que ficam perdidos ao fazerem um cuidado em trânsito, se angustiando e perguntando qual o seu papel, poderia dizer que ficaria perdido caso não pudesse estar em trânsito, não somente na rua objetiva, mas nas ruas, buracos, desvios, multas, engarrafamentos afetivos que vão produzindo zonas de “dessubjetivação”, que nos encharcam de singularidades, “na medida em que arrasta os indivíduos dados para fora de sua identidade constituída, desmanchando as demais fronteiras”, (PELBART, 2013, p.228) possibilitando vidas por nascer que acabam por colocar questão no que até então já tinha se instituído como modos de cuidar e se relacionar.

Essa oportunidade que tive de circular pelo cuidado ofertado pelo CR me trouxe questões até então pouco percebidas em meus trabalhos. No caso, creio que duas se destacam: Como se desgarrar das amarras que uma rede institucionalizada produz? E como produzir um cuidado em saúde no qual as diversas disciplinas pautadas por determinada formação não se reduzam ou se anulem,

mas sim se mesclm de maneira a criar zonas de cuidado até então impensáveis?

Creio que, na verdade, essas questões ficaram cravadas em minha carne como uma faca que fica a incomodar o tempo inteiro, à medida que fui/vou percorrendo serviços e conhecendo a rede de saúde. Infelizmente, mesmo terminada a residência, não consegui respostas para isso. Questões e mais questões que se acavalam neste percurso de cuidado/escrita. Não necessito de muitas respostas para elas, pois o importante é tê-las como companheiras de viagem, que pesam meus passos, mas que também dão consistência para um andar cartográfico. Afinal, como nos indica Foucault (2006, p.294), seria impossível começar uma escrita caso se “soubesse o que irá dizer no final”, não haveria mais tesão para prosseguir. “O que vale para a escrita e a relação amorosa vale também para a vida. Só vale a pena na medida em que se ignora como terminará.” (FOUCAULT, 2006, p.294) Neste sentido, essas problematizações ficam no intuito de não me acomodar para quando estiver em processos de trabalho em saúde.

No decorrer do processo da residência, passei também pelo Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSADIII), outro lugar com o qual tive uma ligação afetiva muito forte. Contudo, juntando os dois serviços de Porto Alegre, no caso, Consultório na Rua e CAPSADIII, pude perceber as tensões que envolviam os serviços. Não que tensões não sejam constitutivas na prática de cuidado, mas é preciso sutileza para que tais cuidados compartilhados não mínguem, com cada serviço se fechando dentro de sua proposta de trabalho. Afinal, de ambos os lados, podemos perceber que o usuário não é de nenhum serviço, mas,

bem pelo contrário, ele é dono de si e necessita da ajuda mútua dos dois e dos demais serviços que se encaixam nas necessidades de determinado sujeito. Em minha estadia pelo Rio de Janeiro, pude observar uma outra relação entre o CAPSAD e o Consultório na Rua da cidade. Não sei se é por que existem trabalhadores que atuam nos dois serviços ao mesmo tempo, mas me pareceu, mesmo com as dificuldades existentes quando se trata de cuidar de pessoas em situação de rua, que o usuário podia circular pelos serviços com mais confiança, onde não parecia ser deixado no meio do caminho devido a pensamentos que não compõem os serviços.

De qualquer forma, isto é um desafio para ambas as cidades, no caso, produzir um cuidado compartilhado no qual os serviços se misturem de maneira a responder ao desejo do usuário. No Rio de Janeiro, isso também se mostrou em muitos momentos, com tensões junto às emergências psiquiátricas, por vezes fechadas para o diálogo, ou mesmo na relação entre o Consultório na Rua e os trabalhadores das Estratégias da Saúde da Família (ESFs), que, muitas vezes, empilhavam na porta do Consultório os casos que “são para ele”, isto é, os drogados de rua que ninguém sabe o que fazer.

Ao chegar no serviço Consultório na Rua, localizado numa Clínica da Família na cidade do Rio de Janeiro, quando ainda estava sendo apresentado, uma das integrantes vizinhas do Consultório, pertencente a uma das ESFs da Clínica da Família, bate na porta e diz “eu tenho um caso que é para vocês”, empurrando um usuário para o Consultório na Rua para solucionar a questão de uma família em que o pai estava em uso de álcool e, com isso, colocando em sofrimento seus familiares atendidos pela ESF. Essa é uma das

grandes questões que aparecem a partir da entrada do Consultório na Rua na atenção básica. Não que antes não ocorresse, mas parece que existe a tendência a pensar que tudo que percorre o fantasma da drogadição agora será de responsabilidade das equipes de Consultório na Rua, com o restante da rede se desresponsabilizando.

Uma das estratégias para que isso não ocorra é uma espécie de matriciamento que o Consultório na Rua faz, tanto no Rio de Janeiro quanto em Porto Alegre, e que pode ser efetiva no sentido de produzir conhecimento entre as equipes da atenção primária nesse tipo de atendimento. É sempre a tentativa de corresponsabilização do caso, já que, na maioria das vezes, o que acontece é a atitude da vizinha do lado como anteriormente descrita: esse caso é para vocês!

Ainda pensando a rede de saúde e o que ela oferta de cuidado para os usuários, no Rio de Janeiro, chamou-me muito a atenção o modo de operar quando se trata das internações. Não que no Rio Grande do Sul tenhamos internações maravilhosas, pois elas normalmente também são fechadas em si mesmas, com pouco diálogo com a rede. No entanto, alguns avanços, por vezes, chegam antes em determinados territórios e demoram em outros. Um, dois, três, quatro, cinco, dez meses internados?! Foi isso que perguntei em uma reunião de equipe por conta da minha surpresa. A desospitalização do cuidado no Rio de Janeiro parece que anda a passos de tartaruga, como os próprios trabalhadores de saúde admitem. Todos admitem isso, mas, de alguma forma, concordam que é inevitável, já que o Estado tem um dos maiores parques psiquiátricos do Brasil. O Rio de Janeiro ainda possui uma internação de longa duração que me estranhou muito.

Não há nada a fazer então? Fiquei pensando, provoquei o assunto na equipe do CAPS Torquato e fomos olhar a situação de um senhor que está, como diria o ditado popular, “fora da casinha”. Ele, depois de uma semana, no máximo, de saída da internação psiquiátrica, inevitavelmente, volta para o mesmo lugar, já que a rede de saúde, fragilizada, pouco alcançou o cuidado no território do usuário. Por falar em território, esse senhor anda completamente desterritorializado, fora de si, e não me parece à toa. Fica meses internado e depois tem um tempo mínimo para se territorializar ao seu lar já abandonado tantas vezes, obviamente sem sucesso, reinternando infinitamente.

Afinal, onde é a casa desse senhor? É o hospital psiquiátrico ou a sua casa antiga, onde todos o conhecem mesmo que o explorem? Ninguém mais sabe o lugar adequado para ele, todos só pensam que, por segurança, ele deve ficar trancado. Entretanto, que segurança é essa que enfraquece os laços com o mundo, que não o deixa territorializar, mesmo que da forma dele, junto à sua vida de origem? Parece que os serviços não olham para o lado; sobretudo os serviços de internação psiquiátrica, que, ao receber o paciente, logo o tira de circulação, cortando todo o seu vínculo com o mundo e não o preparando para quando ocorrer sua saída. E essa é uma das grandes problemáticas em ambas as cidades. Círculo vicioso de entrada e saída de internações. Círculo que alimenta um modo de operar a rede de saúde, que, no imediatismo, só avista no horizonte a possibilidade da exclusão por segurança. Onde estão os vínculos familiares e comunitários que a saúde, dentro de seu sistema de atenção primária, propõe? Onde está a conversa da rede de saúde dentro de seus segmentos de atenção primária, secundária

e terciária? Desculpem pelas perguntas demasiadamente de residente...

Ao que tudo indica, ainda estamos respirando um certo ar manicomial e de encarceramento, mesmo que um pouco mais discreto, talvez até mais sedutor, com seu discurso de proteção do outro em seus riscos de vida, que pode passar dentro da sua fragilidade. No fundo, os hospitais psiquiátricos e as internações cumprem um papel importante, que é defender a sociedade das inseguranças. Em defesa da sociedade, (FOUCAULT, 2010) o Estado intervém no sujeito louco e ameaçador de maneira a trancafiá-lo e a tranquilizar o restante da população.

Por fim, pensando um pouco na produção de cuidado a partir das estratégias de planejamento das equipes, no Rio, vivenciei algo muito potente, no caso, a oferta de uma supervisão presente e externa em todas as reuniões das equipes dos serviços de saúde mental. Novamente, como podemos observar, algumas práticas de cuidado chegam antes em determinados lugares e em outros demoram um pouco mais. Como indicado anteriormente, no Rio de Janeiro, existe uma pessoa estranha à equipe presente no cotidiano das reuniões dos serviços, uma pessoa que não está no dia a dia e que pode trazer uma espécie de respiro para o restante dos profissionais que, muitas vezes, estão no olho do furacão e que, por isso mesmo, ficam um tanto exauridos de possibilidades de cuidado, burocratizando-se. Essa função não é mágica, imagino que deve ser construída toda uma confiança entre equipe e supervisor, mas seu papel me parece estratégico para trazer à cena da reunião certos estranhamentos que, muitas vezes, passam despercebidos

devido à naturalização em alguns modos de operar da equipe de cuidadores.

Entendi tal supervisora como um dispositivo excelente para a falada educação permanente dentro do trabalho em saúde. Uma Educação Permanente em Saúde que ocorre em ato, como deve ser, em meio às experimentações de cuidado que uma equipe entra em contato e que não sabe como irá operar e que, por isso, se torna uma bela oportunidade de aprendizagem, à medida que um apoiador, ao lado da equipe, elabora estratégias singulares de cuidado. A supervisora-apoiadora é uma espécie de testemunha dos passos que determinados trabalhadores estão fazendo numa cena de cuidado até então impensável, um encontro de cuidado que suspende a linearidade, que problematiza a cronologia, que sustenta um ato utópico, no caso, o de caminhar na busca de próximos passos inusitados que virão para alargar o horizonte.

UM HORIZONTE POR VIR

Chego ao final deste relato tentando segurar comigo os vários momentos potentes que tive nos dois anos de residência. Espero poder utilizá-los nos próximos encontros de cuidado, enfim, em encontros pela vida que não param de se agenciar. Agradeço a todos que pegaram na minha mão e construíram cuidado, fica um sentimento muito bom de cumplicidade e de amizade com inúmeras pessoas com as quais estive em contato.

No texto aqui apresentado, não tive a pretensão de oferecer respostas, quis apenas transitar pelos lugares que passei, dar uma olhada para eles novamente e sentir os acontecimentos que

marcaram as experimentações que tive o privilégio de participar com meus amigos e colegas de cuidado. Se isso que aqui escrevi e problematizei for utopia aos caros leitores, fico satisfeito, afinal, as utopias nos servem para mirar em horizontes diferentes daqueles que estamos acostumados e que matam a cada dia a possibilidade do novo. A proposta foi de esboçar, numa “preparação energética, os germes das operações por vir.” (PELBART, 2013, p.53)

REFERÊNCIAS

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; ARAÚJO, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004. p.260-77.

CERVANTES, M. **Dom Quixote de la Mancha**. São Paulo: Real Academia Española: Asociación de Academias de la Lengua Española, 2004.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GALEANO, E. **As palavras andantes**. 5.ed. Porto Alegre: L&PM, 2007.

MERHY, E. E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A.M. (Orgs.). **Cadernos saúde mental**. Seminário de saúde mental: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. v.3. p.23-36.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

PELBART, P.P. **O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento**. São Paulo: N-1 Edições, 2013.

_____. **O tempo não-reconciliado**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

REICH, W. **Análise do caráter**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

Efeitos da municipalização tardia das Unidades Básicas de Saúde do Murialdo em um espaço-tempo de formação de residentes¹

Eloá mossoni

RECORTES DA HISTÓRIA

A municipalização da gestão dos serviços de saúde foi elemento central nos aspectos político-administrativos das reformas do governo federal na década de 1990, e noventa e nove por cento dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde, em 2000. Os municípios foram estimulados a assumir as responsabilidades de gestão de modo gradual, mediante adesão a uma das condições previstas nas Normas Operacionais Básicas (NOB 01/93, NOB 01/96) e pela Norma Operacional de Assistência à Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; VASCONCELOS; PASCHE, 2006)

Na história da municipalização da saúde, em Porto Alegre, em 1996, a identidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo com a formação em serviço na atenção básica definiu sua permanência na gestão estadual. Esta decisão fez com que a unidade central e as sete unidades básicas de saúde (UBS) do Bairro Partenon, pertencentes a este centro de saúde, não fossem municipalizadas como as demais unidades da região.

¹O texto é um recorte da Tese de Doutorado da autora defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS e orientada pela Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer.

A instituição foi pioneira no país em formação multiprofissional em serviço, pois neste local iniciou em 1976, o programa de residência em Medicina de Família e Comunidade e, em 1978, o programa de aperfeiçoamento multiprofissional, contemplando vagas para Medicina Veterinária, Administração e Enfermagem.

Mesmo estando excluído do processo de municipalização da saúde, o Murialdo, enquanto instituição de ensino e assistência, participou dos processos políticos de atendimento às demandas públicas decorrentes da descentralização da assistência. Em 1995, as mudanças na organização da atenção, através da criação do Programa de Saúde da Família, haviam provocado uma demanda por profissionais de saúde com formação na atenção primária à saúde. Isso implicou em investimento estadual para sensibilizar os gestores municipais no estado do Rio Grande do Sul à implantação dessa estratégia através da interiorização do programa de terceiro ano opcional (R3) da Residência em Medicina Geral Comunitária.

Os municípios do interior contemplados com o programa de R3, na segunda metade da década de 1990, foram: Santo Antonio da Patrulha, em 1996, e incluíram-se Fazenda Vilanova e Encantado, no ano seguinte. Em 1998, além dos dois municípios que haviam se inserido em 1997, Osório e Colinas também receberam R3 de Medicina do Murialdo. Em 1999, com o ingresso de uma residente de Terapia Ocupacional e com residentes de Medicina, foi realizado convênio com as Secretarias Municipais de Saúde de Viamão e Canela, cidades em que foi desenvolvido o programa. Em 2002, um residente de Medicina de Família e Comunidade, com a proposta

de nuclear um programa de formação multiprofissional semelhante ao da RIS, realizou o programa de R3 na cidade de Santa Maria.

Desde 1994, a política nacional de atenção básica investe na Estratégia de Saúde da Família como forma de ampliação e qualificação dos serviços. O Centro de Saúde-Escola Murialdo, apesar de ter colaborado na inserção de médicos de família e comunidade nos municípios do interior, não pôde, até 2009, incorporar essa política no cotidiano, por não estar municipalizado. Em 1997, houve uma tentativa de inserção da instituição na ESF, através da contratação de agentes comunitários de saúde por uma cooperativa, mas por problemas administrativos não foi possível manter a contratação.

Na gestão estadual 1999-2003, dois acontecimentos marcaram a instituição. Um deles foi a retomada da formação multiprofissional vinculada à Escola de Saúde Pública (ESP/RS), em 2000, com a denominação de Residência Integrada em Saúde, que sofrera várias interrupções, em anos anteriores, decorrente de várias conjunturas da gestão estadual. O outro acontecimento foi o retorno da discussão sobre a municipalização das sete UBS vinculadas ao Centro de Saúde-Escola Murialdo, de certo modo esquecida desde 1996. Se naquele momento a decisão foi manter as UBS vinculadas ao Estado, nas gestões estaduais de 1999 a 2008, isso passou a ser reconsiderado, a partir da justificativa de que a competência da assistência na Atenção Básica deveria ser do gestor municipal, tendo em vista a implementação da diretriz organizativa do SUS de descentralização da gestão em saúde.

A postura dos gestores estaduais, ao longo destes dez anos, oscilou, por ação de múltiplas forças, entre promessas de investimento institucional e recuos dessa decisão. Desde então, diversos interesses entraram em conflito; alguns a favor e outros contra a municipalização da instituição. A crise intensificou-se a partir de 2006 e atingiu o ápice em 2008, devido às estruturas físicas precárias das UBS e à falta de ampliação de serviços na região, acarretando defasagem entre a assistência oferecida na atenção básica e as necessidades da população. Isso se agravou, ainda mais, com a substituição de profissionais que atendiam a população e realizavam a preceptoría dos residentes devido a contratos de trabalho temporários.

Neste capítulo, analisa-se que implicações o movimento de municipalização teve no processo de formação de residentes que cursavam o Programa de Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva e na assistência à saúde da população.

Trata-se de estudo qualitativo, em que se buscou escutar as múltiplas vozes de profissionais, técnicos de saúde e residentes e relatar as condições históricas e práticas de possibilidade que configuraram este “espaço-tempo” de formação e assistência – o qual, como tudo que é contingente, está submetido à mudança e à possibilidade de transformação. Reconheço que “o poder das evidências não seja tão absoluto, talvez seja possível ver de outro modo” (LARROSA, 1999, p.83), mas apresento aqui o recorte interessado que me foi possível fazer deste lugar, que não é neutro. Para isso, busquei aporte nos Estudos Culturais (EC), em aproximação com a etnografia pós-moderna, pois os EC tomam como objeto qualquer artefato que possa ser considerado cultural

e concebem a cultura como campo de produção de significados, no qual os diferentes grupos sociais situados em posições diferenciadas de poder lutam pela imposição de seus significados à sociedade. (JOHNSON, 2006)

Cultura é entendida como “material de nossas vidas cotidianas”, “como expressão das formas pelas quais as sociedades dão sentido e organizam suas experiências comuns”, expressas em ideias, atitudes, linguagens, práticas, instituições e relações de poder, através de uma série de produções e artefatos culturais. (COSTA, 2005, p.109)

Assumir a etnografia pós-moderna neste relato implica ser um observador participante. Geertz (1989, p.14) recomenda investir em “descrições densas”, as quais propiciarão interpretações densas. O mesmo autor (GEERTZ, 2009, p.29) chama a atenção que “o estudo interpretativo da cultura representa um esforço para aceitar a diversidade entre as várias maneiras que seres humanos têm de construir suas vidas no processo de vivê-las.”

CAMINHOS POR ONDE ANDEI

Acompanhei durante um ano as atividades de residentes e trabalhadores e destes com usuários em duas unidades de atenção básica que eram cenários da residência médica e multiprofissional, as quais foram descritas em diário de campo. A leitura de documentos, relatórios de residentes, reportagens de jornais locais, atas de reuniões auxiliaram nas observações e na descrição do contexto. A inserção no campo facilitou, posteriormente, a realização das entrevistas com dez trabalhadores das unidades

básicas de saúde (dois profissionais de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, uma nutricionista, duas médicas de família, uma assistente social, uma psicóloga, uma técnica de enfermagem e uma técnica administrativa).

As observações estenderam-se posteriormente ao que ocorreu em espaços públicos de assembleias e reuniões em que foi discutido o processo de municipalização, incluindo audiências públicas, com interferência do Ministério Público, pautas dos Conselhos Distrital e Municipal de Saúde e manifestações de usuários por melhor atendimento. Em pesquisa qualitativa etnográfica precisamos estar preparados para o inesperado, principalmente em tempos líquidos, quando lidamos com contextos mutantes e imprevisíveis. (BAUMAN, 2007)

OS SIGNIFICADOS DA MUNICIPALIZAÇÃO PARA OS TRABALHADORES-PRECEPTORES

Durante o processo de municipalização foi possível observar que profissionais de saúde, residentes e técnicos de enfermagem e administrativos tinham posições divergentes quanto à questão da municipalização. Ser municipalizado era uma situação que não agradava alguns profissionais de saúde, pois teriam que modificar sua rotina e sua carga horária. Para algumas pessoas, a questão de pertencimento à instituição, devido ao tempo de vínculo inicialmente como residente e depois como profissional, fazia com que não aceitassem essa ruptura, inclusive por medo de fragmentar o ensino da assistência.

Em contraposição, os técnicos de enfermagem e administrativos mostravam descontentamento quanto ao fato de a

municipalização não ocorrer, pois isso possibilitaria incorporar aos seus salários a parcela SUS, como ocorria com os que atuavam nos serviços municipalizados.

Os trabalhadores também apontavam as condições de trabalho como um fator de adoecimento e falta de estímulo. Enquanto isso não se resolvia, os residentes acompanhavam todos os movimentos, colocavam-se na roda do debate, pautando principalmente as condições de ensino e exigindo posicionamento dos responsáveis pela residência. De diferentes maneiras, essa pluralidade de interesses mobilizava movimentos ora favoráveis, ora desfavoráveis à municipalização das UBS.

A implementação da descentralização da saúde é entendida como parte da proposta de consolidação do SUS e é considerada uma experiência bem-sucedida da gestão pública no Brasil, devido às dimensões, às características e ao curto tempo em que ocorreu, num contexto marcado por conflitos entre as diferentes esferas de governo. As disputas entre estados e municípios pela gestão dos serviços e dos recursos envolveu competições partidárias e eleitorais que acarretaram impasses ao desenvolvimento do sistema. Ao mesmo tempo em que os governos estaduais resistiam em ceder os serviços e o pessoal aos municípios, estes, por sua vez, exigiam condições para assumir as responsabilidades gerenciais. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006) Os acontecimentos que envolveram as UBS do Murialdo apresentaram estas mesmas peculiaridades da década de 1990, reverberando aspectos de uma *municipalização tardia*.

Entre 2007 e 2008, foi possível perceber várias forças atuando, entre elas a articulação de alguns membros da comunidade

reivindicando seus direitos de cidadania, de residentes exigindo melhores condições de ensino e assistência, de trabalhadores dizendo que a demanda da população é grande e que precisam se preparar para trabalhar com ensino. Nessas reivindicações, incluíram a necessidade de estrutura física e insumos adequados nos serviços e o acesso à qualificação através de cursos de pós-graduação.

Os movimentos que aconteceram, internamente, no Murialdo e, externamente, nas reuniões dos Conselhos de Saúde, nas audiências públicas na Assembleia Legislativa e na Câmara dos Vereadores, davam conta de como se moveram e articularam diversas correlações de forças e, conseqüentemente, de resistência. Utilizando-se de técnicas e métodos diferentes, houveram neste período vários enfrentamentos mobilizados por diversas relações de poder. Como disse Foucault (2006, p.232),

[...] as relações de poder suscitam necessariamente, apela a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência, e é porque há possibilidade de resistência e resistência real que o poder daquele que domina tenta se manter com tanto mais força, tanto mais astúcia quanto maior for a resistência.

Foucault também nos alerta para observarmos, nesse momento de “inflação do poder”, (FOUCAULT, 2006, p.232) o fato de nos perguntarmos não por que se exerce o poder, mas sim para que isso serve. Partindo do pressuposto de que as posições de sujeito ocupadas por nós, na sociedade em que vivemos, estão a serviço de algo, quando algo é anunciado e dependendo de quem o

anuncia, “se põe a funcionar na cabeça de milhares de pessoas como verdade, unicamente porque foi pronunciado daquela maneira, naquele tom, por aquela pessoa, naquela hora.” (FOUCAULT, 2006, p.233) Essas reflexões chamam nossa atenção para o papel que exercemos quando ocupamos determinadas posições institucionais e do que podemos mobilizar, ou não, através dessas posições em cada “espaço-tempo” ocupado.

As lutas que se desenvolveram no espaço institucional do Centro de Saúde-Escola Murialdo durante os anos de 2007 e 2008 possuíam algumas das características enunciadas por Foucault, ou seja, podiam ser consideradas lutas transversais, pois não se desenvolveram em um único local – eram veiculadas nas reuniões de equipe, nas instâncias deliberativas da residência e nas reuniões de coordenação. Além disso, eram lutas imediatas, em que as pessoas criticavam as instâncias de poder que estavam mais próximas delas. Nas reuniões de planejamento das UBS e nas entrevistas, isso apareceu nos questionamentos sobre as medidas adotadas pela direção da instituição, críticas a distância com que os gestores (estadual e municipal) operavam em relação às suas responsabilidades com a assistência e com o ensino, como podemos ler a seguir:

“Eu, pra mim, o Estado tá fingindo que toma conta do Murialdo e que vai investir no Murialdo e não vai investir coisa nenhuma. Não está investindo, se fosse investir tinha que chamar médicos pra cá, outros profissionais, fisioterapeutas, etc. pra fazer isso funcionar. Por que aquele projeto que fizemos [...] não foi nem considerado.”

A dificuldade de sintonia entre as posições adotadas pela gestão do ensino e a expectativa de coordenadores e preceptores

que trabalhavam com a formação de residentes no cotidiano da assistência das UBS veio à tona nas reuniões do Murialdo propondo que o mesmo fosse independente. O deslocamento, no ano de 2007, da estrutura de ensino da instituição para a ESP/RS, devido à iminência da municipalização, foi um dos movimentos contestados por trabalhadores e residentes.

IMPASSES ENTRE A GESTÃO ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE

Em março de 2007, matéria da Câmara dos Vereadores divulgou que a gestão estadual se dispunha a assumir o custeio em cem por cento da assistência no primeiro ano de municipalização, com uma redução gradativa de vinte e cinco por cento a cada ano, nos três anos seguintes, para que o município assumisse as UBS do Murialdo. A proposta foi apresentada durante reunião da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Municipal. O secretário estadual alegou que o município poderia pedir o custeio dos procedimentos e, portanto, verba federal, ao assumir as UBS do Murialdo. Ao mesmo tempo, o gestor municipal colocava objeções e exigia condições para assumir a responsabilidade gerencial. As negociações prosseguiram e pareciam infundáveis.

A responsabilidade pela assistência da população, principal ponto de conflito entre o gestor estadual e municipal, engessara a qualificação e a ampliação da rede de serviços na região, considerada com várias áreas de vulnerabilidade social e com coeficiente de incidência de doenças contagiosas e preveníveis, como HIV/Aids e tuberculose, superiores ao coeficiente de incidência das outras gerências distritais de Porto Alegre, no mesmo período. (PORTO

ALEGRE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2006) Tratativas foram mediadas por instâncias de controle social, legislativo e de exercício profissional, em diferentes gestões partidárias, sem chegarem a um acordo até 2008, quando eclodiram duas paralisações de residentes e trabalhadores.

A discussão entre os representantes das duas esferas de gestão estendeu-se e envolveu repasse de verbas, sucateamento dos prédios e a falta de pessoal para alocar nas unidades do Murialdo, pois o gestor municipal alegava que sem isso os serviços da região poderiam piorar. Nas inúmeras vezes em que essas questões foram discutidas nos conselhos de saúde municipal e estadual, na Câmara de Vereadores, na Assembleia Legislativa e nas instâncias das corporações profissionais (conselhos e sindicatos), houve a presença de residentes, preceptores, gestores e representantes dos usuários. Notícias desse impasse eram veiculadas nos jornais de circulação em Porto Alegre.

As assembleias de funcionários e residentes tornaram-se mais frequentes e desencadearam um movimento mais forte, em 2008, apoiado por um dos sindicatos de trabalhadores, no qual vozes, que até então se mantinham silenciosas, fizeram-se ouvir. A mídia foi chamada a comparecer e registrar os fatos, ouvir quem desejava falar. Enquanto isso, algumas UBS fecharam para reforma. As licitações demoraram a acontecer.

Em maio de 2008, foi noticiado que a assinatura dos gestores para a municipalização do Murialdo ocorreria em breve. Essa notícia retornou inúmeras vezes durante o ano, concretizando-se somente em janeiro de 2009.

A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DA RESIDÊNCIA

A demora na resolução da situação acabou por fragilizar as condições de ensino, que se dava predominantemente no ambiente das UBS e que ficaram gradativamente sucateadas, sendo apontadas por trabalhadores e residentes como um dos aspectos envolvidos na vulnerabilidade dos programas de residência. Utilizo aqui o conceito de vulnerabilidade com base nos trabalhos de Ayres et al. (2006), na área da saúde. A ideia é usar o termo a fim de constituir uma forma ou um caminho de olhar para como ocorreu a formação de residentes, considerando as condições existentes no contexto estudado.

Ayres et al. (2006) apontam três componentes nas análises de vulnerabilidade: individual, social e programática. Esses componentes referem-se a aspectos que tornam pessoas e grupos mais expostos a determinados agravos de saúde a partir de marcadores sociais e do contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido. A dimensão programática da vulnerabilidade estaria apoiada em “como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade.” (AYRES et al., 2006, p.397) Se utilizarmos essa definição para a análise da formação em serviço na atenção básica, é possível identificar se os contextos em que são desenvolvidas as atividades estão implicados na re/produção de conhecimentos e de práticas compromissadas com a vida, se a responsabilidade com o usuário é estimulada, se é proposta uma gestão compartilhada da atenção

e se os recursos e a organização da equipe possibilitam condições para atender às demandas cotidianas de assistência.

A dimensão programática da vulnerabilidade, na residência, pode colocar em ação diversos modelos de atenção. Entre as preocupações, destacaram-se as condições de estrutura dos locais em que ocorre a formação. A gestão estadual mantém as bolsas de residentes das quatro ênfases, mas não investiu na época na estrutura física das UBS como precisaria. A população sofria por não ter a assistência que devia, e sofriam também trabalhadores e residentes, pois não tinham a estrutura de trabalho que precisavam para desenvolver a assistência e a formação de residentes, como retrata a fala de um profissional de saúde:

“Municipaliza, não municipaliza, como é que a gente fica? Certo descaso assim. Então a gente não se esforça tanto, não se empenha tanto, se faz aquilo que está dentro da proposta, mas dentro das condições que se tem. Eu acho que entrei no ritmo.”

Afastados da decisão da municipalização, os *murialdinos*, na maior parte do tempo das reuniões de equipe, preocupavam-se com os temas locais como se fossem os únicos que podiam fazer alguma coisa a respeito deles. Influenciar, corrigir, melhorar e redirecionar ações ou a falta de ação pode se constituir em um conjunto de atitudes reconhecidas por “‘fazerem a diferença’, ‘já que não existe alternativa’ e que os meios e recursos deploravelmente inadequados de que dispomos [...] seguirão seu curso não importa o que façamos ou o que possamos sensatamente pretender.” (BAUMAN, 2007, p.88) Um sentimento de impotência e desânimo esteve, às vezes, presente nos relatos de residentes e trabalhadores perante as discussões sobre a municipalização da instituição.

O DESFECHO DA MUNICIPALIZAÇÃO

O movimento de paralisação de trabalhadores do Murialdo, procurando dar visibilidade aos problemas institucionais em pleno ano de eleições municipais, foi documentado através de reportagens em jornais locais. Durante esse período, houve uma intensa mobilização dos diversos atores (residentes, preceptores e coordenadores) através de reuniões, audiências e paralisações, para que as situações estruturais que fragilizavam o programa de formação e a assistência pudessem ter visibilidade e fossem resolvidas. Entre tantos micropoderes, os residentes reforçaram, nesse período, sua participação e protagonizaram deslocamentos no jogo de forças, para influenciar os rumos da instituição. Esse protagonismo se deu tanto pelo incômodo com as situações vivenciadas no cotidiano das UBS quanto pelas possibilidades de visibilidade política que se processou a partir de 2008, quando a mídia passou a acompanhar os inúmeros conflitos entre gestores, coincidindo com período eleitoral para a Prefeitura de Porto Alegre.

Quando o pleito eleitoral municipal se aproximou, a municipalização do Murialdo entrou em cena, projetando o posicionamento de candidatos à prefeitura da cidade. Diversas outras forças (sindicatos, conselhos, partidos políticos) participaram dos jogos de poder, que definiram o cenário da municipalização do Murialdo com assinatura de um termo de compromisso pelos secretários de saúde municipal e estadual. O desfecho teve a influência de vários políticos na época, que desejavam a eleição de seu candidato do partido, suscitados pelo fato que a situação poderia propiciar o ganho de votos na eleição.

Como tudo que resiste dá tempo para que fendas se abram, no final de 2008, outro capítulo começou a ser escrito a partir de algumas rupturas, conflitos e de uma lista de funcionários que seriam municipalizados. Contentes e descontentes, os trabalhadores escutaram o que os esperavam, decisões foram tomadas e um novo mapa começou a ser desenhado. Aqui, cabe lembrar as observações de Foucault (1995, p.236) em relação às formas de resistência:

Essas lutas opõem resistência aos efeitos do poder que estão ligados ao saber, à competência e à qualificação e, portanto, estão contra os privilégios do saber. Significam uma recusa da violência do Estado econômico e ideológico que ignora que nós somos indivíduos e da inquisição administrativa e científica que determina a nossa identidade.

A finalização desta etapa da história da instituição e dos jogos de poder suscitados entre as esferas públicas de gestão da saúde passou pelo acordo que definiu a continuidade do vínculo do ensino dos programas de residência com a gestão estadual de saúde e a assistência na atenção básica da região, conforme rege a diretriz do SUS de descentralização da saúde, passou a ser incumbência da gestão municipal. As UBS da Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro que apresentavam melhores condições estruturais mantiveram-se como locais de formação e, atualmente, continuam como cenários de práticas dos programas de residência decorrente do termo de municipalização assinado entre gestão estadual e municipal que prevê esta parceria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desfecho da municipalização das unidades básicas de saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo foi algo inesperado neste percurso. Embora a descentralização da saúde, acoplada à defesa do SUS, se constituísse em uma justificativa plausível para o deslocamento de forças que houve em prol da municipalização, a mídia e o uso eleitoral do processo foram importantes para o desfecho. Se as promessas dos políticos ficam, em parte, esquecidas durante quatro anos, elas voltam na lembrança quando as eleições se aproximam, para quem sabe serem esquecidas novamente depois do pleito eleitoral.

A municipalização das UBS do Murialdo não solucionou automaticamente todas as questões de fundo da precariedade do trabalho nos locais de assistência e formação da residência, isto segue sendo um problema no país devido aos vínculos provisórios de parte dos trabalhadores da saúde e impacta em muitos programas de residência e na inserção dos alunos de graduação nos serviços de atenção básica à saúde.

As vivências que o grupo de residentes em formação e os trabalhadores tiveram nesse período, apesar de serem consideradas complexas e terem gerado insegurança pelas dificuldades em manter a proposta do currículo de formação a partir das interações e conflitos que se sucederam neste “espaço-tempo”, certamente foram enriquecedoras em participação política.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 375-418.

BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 5 maio 2016.

COSTA, M.V. Estudos culturais e educação: um panorama. In: SILVEIRA, R.M.H. (Org.). **Cultura, poder e educação**: um debate sobre os estudos culturais em educação. Canoas: ULBRA, 2005. p.107-20.

FOUCAULT, M. Dois ensaios sobre o sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-49.

FOUCAULT, M.; MOTTA, M.B. (Orgs.). **Estratégia poder-saber**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

_____. **O saber local**: novos ensaios em antropologia interpretativa. 11.ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

JOHNSON, R. O que é, afinal, estudos culturais? In: JOHNSON, R.; ESCOSTEGUY, A.C.; SCHULMAN, N. (Orgs.). **O que é, afinal, estudos culturais?** 3.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.7-133.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T.T. (Org.). **O sujeito da educação:** estudos foucaultianos. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p.35-86.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde.** Porto Alegre: 2006. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/caderno_4_conferencia.doc>. Acesso em: 22 mar 2015.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 531-562.

Residências Multiprofissionais e a Gestão do Sistema Único de Saúde: Situando-se em dobradiça para pensar os inesperados de um encontro

Alexandre Amorim

André Luis Leite de Figueiredo Sales

Alessandra Charney

Daniel Rodrigues Fernandes

OS INESPERADOS DE UM ENCONTRO...

Múltiplos são os desafios que invadem e tomam o cotidiano da produção de estratégias formativas e pedagógicas nas Redes de Atenção em Saúde e, especialmente, dos coletivos que atuam diretamente no campo de sua gestão (seja na esfera local, municipal, estadual ou federal). Uma vez que se coloque como prioridade de uma equipe gestora de saúde o irrevogável comprometimento com os princípios do Sistema Único de Saúde, emerge como urgência a necessidade de compor propostas de intervenção na saúde coletiva que contemplem a participação popular em suas instâncias (*gestão como território radicalmente aberto ao controle social*), a competência para o coerente planejamento, gestão de processos, organização e avaliação de sistemas e serviços, identificação dos recursos técnicos, financeiros e intersetoriais necessários (*gestão como território de articulação de inteligências múltiplas em cenários complexos*), a responsabilidade com os processos de cuidado

(*gestão como território de coprodução de uma clínica menor*¹) e, finalmente, a partir da lógica do quadrilátero da formação para a área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), a transformação radical dos processos de ensino-aprendizagem em saúde (*gestão como território de produção de saberes educossanitários*²).

Partindo da percepção de que a residência - modalidade de formação especializada em serviço sob orientação profissional - caracteriza-se como a “principal modalidade de formação de especialistas requeridos pela atenção à saúde” (CECCIM; FERLA, 2003, p.217) e representa “uma das estratégias potenciais para repensar o processo de formação em saúde”, (CECCIM, 2010, p.19) além de bastante provocados pelas experimentações que fizemos nestes últimos três anos - como preceptores de residências multiprofissionais e residentes (e residentes que depois tornaram-se preceptores) inseridos em espaços de gestão da saúde - nos propusemos à aventura de pensar os acontecimentos desta zona de interseção composta a partir do encontro destes dois corpos-institucionais: a gestão do SUS e as residências multiprofissionais.

¹Tal como apresentado por Amorim, Charney e Ceccim (2014), o “menor da clínica” aqui colocado dialoga com o conceito da literatura menor de Kafka apresentada por Deleuze e Guattari (1977) e “não é uma forma estável ou que existe em uma relação de oposição a algo grande, maior. O menor – como expressão de linhas de fuga – pode ser narrado como força implacavelmente transformadora e intrinsecamente relacional, já que tornar-se menor (ou minoria) se produz dentro de (e intrinsecamente a) um território existencial maior (ou de maioria).” (AMORIM; CHARNEY; CECCIM, 2014, p.321)

²Conceituação de Ceccim et al. (2014, p.3) de que “[...] a formação afeta, em intercessão, os âmbitos da atenção, da participação e da gestão em saúde ao interrogar as ações e os saberes atuados pelos diversos atores sociais das práticas. Todas as ações e saberes, todos os atores sociais das práticas e todos os parceiros em atividades de pesquisa estão em constante produção e em múltiplos movimentos quando integrados em círculos de pensamento e redes de conversação nos quais podem iniciar conexões ativas de tensão sobre as formas dadas e as invenções em emergência”.

Observamos que, em nossas experimentações neste campo, coube aos trabalhadores produzirem “redes de conversações” (TEIXEIRA, 2003): múltiplos espaços de encontros, conexões e fluxos, criando zonas de troca entre os agentes da gestão, universidade, trabalhadores e usuários, visto que eram a fonte de produção de realidade, considerando esta como produtiva e organizada pelas relações e conexões compostas pelas pessoas nas instituições. Na tessitura das possibilidades ensinantes e aprendentes de tais encontros acontecem “momentos pautados pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, neles se decide a trajetória necessária” (TEIXEIRA, 2003, p.102) de onde emergem inexoravelmente eventos inesperados.³

Destarte, para a emergência dos aprendizados e ensinamentos da residência multiprofissional em seu encontrar-se na/com a gestão, coloca como essencial a abertura para o reconhecimento e o corpo disponível ao acolhimento destes inesperados, configurando assim também uma das diretrizes-chave das investigações em uma perspectiva cartográfica (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009). O intuito aqui passa a ser então acessar os fatos também na sua dimensão de força, naquilo que neles reside de virtual. Mantendo a atenção simultaneamente flutuante pelo/ sobre o campo e aberta aquilo que nele se processa, é possível fazer “emergir um mundo que já existia como virtualidade e que, enfim, ganha existência ao se actualizar.” (KASTRUP, 2007, p.22)

³Neste sentido, o conceito que poderia unificar os sentidos seria o do incessante: aquilo que não cessa de vir a nós, para nós, ora como passado (aquilo que é inesquecível), ora como futuro (o inesperado). O presente fornece apenas um lugar para a vinda desses dois movimentos. E só nesta condição que o inesquecível pode permanecer inesquecível e o inesperado permanecer inesperado.” (CHRÉTIEN, 2002, tradução nossa)

TRÍPTICO⁴: PENSAMENTO, FIGURA, DOBRADIÇA...

Buscamos aqui desenhar (e redesenhar) alguns conceitos que auxiliaram nossas experimentações - e o pensar destas experimentações - e que possivelmente auxiliarão os leitores a se encontrarem com este texto. Com estes conceitos, enquanto ideias-imagens, buscamos então emprestar potência ao que tentaremos na sequência explicitar: experimentações singulares que não se prestam a serem exemplos de boas práticas, muito menos receitas ou prescrições, molduras fixas a cristalizar o vivido. Tratam-se mais de provocações a seguir pensando, indistinguíveis mestiçagens de narrativas e desejos, fragmentos de realidade e possibilidades, possuindo traços próprios de nós autores, como “a mão do artesão no vaso de argila”, (DELEUZE, 1997, p.15) apresentadas aqui em um tríptico, flerte antropofágico com as ideias de Ceccim et al. (2014): *caso-pensamento / situação-figura / situação-dobradiça*.

Deleuze (1970) nos apresenta que o pensamento é algo que acontece como fruto de uma provocação feita a nós pelos signos captados no mundo. Pensamos quando o mundo nos provoca a pensar. A condição para aprendizagem é experimentação - a qual nos dará acesso aos signos. Destacar uma situação cotidiana e fazer dela uma provocação ao pensamento é uma estratégia para, desnaturalizando o óbvio, atentando a dimensão do inusitado - o inesperado portanto - daquilo que soa repetitivo, lançar o dia a dia da atuação profissional à condição de dispositivo pedagógico potente sobre o qual será possível construir saber. (SIEGMANN;

⁴“Quadro pintado sobre três tábuas ou panos, podendo-se os dois de fora dobrarem sobre o do meio” ou ainda “Conjunto de três tabuinhas de madeira, unidas por meio de dobradiças, para abrir como folhas de livro, com os lados internos cobertos de cera para neles se escrever com o estilo.” (MICHAELIS, 2009, s.p.)

FONSECA, 2007) A esse fazer falar das singularidades chamaremos *caso-pensamento*.

O caminho de provocação ao pensamento passa por fazer emergir no atual, no recorte de realidade feito pelo caso pensamento, a dimensão virtual, a dimensão de força ainda não atualizada e cristalizada presente naquela realidade.

Os atuais implicam indivíduos já constituídos, (...) ao passo que a relação entre o atual e o virtual forma uma individuação em ato ou uma singularização por pontos relevantes a serem determinados em cada caso. (DELEUZE, 1996, p.56)

A prospecção da dimensão virtual da realidade dada cria a possibilidade de invenção de alternativas e de deformação das soluções previamente elencadas para o manejo de determinado problema. É na singularização daquilo que se toma como problema, no traçado de um conjunto de relações que o problema em questão com os múltiplos outros com os quais ele se relaciona que surge a situação-figura.⁵ Como colocam Ceccim et al. (2014, p.8) “[...] transformação dos dados em informação pelo confronto com os objetivos, conceitos, arranjos de gestão e composição de coletivos.” A demarcação de situações-figuras é a resposta coletiva, articulada pelos trabalhadores ensinantes e aprendentes. À provocação produzida em nós pelo caso-pensamento chamaremos então de *situação-figura*.

⁵“A *figura* ultrapassa a representação (as formas) expressando as forças que emergem de uma figura quando essa se desfigura (toda forma da realidade é uma configuração da realidade, não “a” realidade).” (CECCIM et al., 2014. p.8. Grifo dos autores)

“Os temas de dobradiça são como polemizações, conversas acrescentadas pelos agentes de problematização, funcionando como *desconforto intelectual*.” (CECCIM et al., 2014, p.4. Grifo do autor) Como dobradiça,⁶ o efeito dessa análise coletiva e a emergência do virtual nela exerce uma função de dobrar o atual, de fraturá-lo, e fazem emergir novos agregados conceituais que, tal como nos trazem Ceccim et al. (2014, p.4), acaba por provocar uma

[...] rachadura na continuidade cognitiva, que é da ordem do imprevisível e é potência para o nascimento do novo, para o reencontro como o pré-verbal, pré-pessoal, abertura e luta pela sobrevivência diante de um problema recém-descoberto/vivido.

Assim, no debate de dados ou de interpretações que arrematam algumas posições já organizadas, abalam e polemizam dados e interpretações, introduzindo cenários/problemas inéditos configurando o que designaremos por *situações-dobradiça*: “[...] construção da problematização de fatos, utopias, nós críticos e potências” (CECCIM et al., 2014, p.4), inesperados insurgentes que nos compelem a *situar-se em dobradiça*. E dito tudo isto, sigamos...

⁶“A *dobradiça* busca o lugar da imagem de Lygia Clark (1960) com a introdução de dobradiças na escultura, de modo a derrubar a permanência da forma e introduzir um problema ao observador da obra de arte. Que forma quer ou considera o observador? Se a artista (o pesquisador) tem uma pergunta problemática que a faz criar uma obra de arte, esta mesma artista (este mesmo pesquisador) desafia o observador com seu problema de pesquisa e só manipula a obra com sua pergunta (quantas e quais formas pode a obra, por exemplo). O observador não pode responder sua pergunta, nem compreender a pergunta e resposta da artista, sem experimentar: seu pensamento precisa ser também ação de interação.” (CECCIM et al., 2014, p.4. Grifo dos autores)

CASO-PENSAMENTO: “O que faz um residente da / pela / na / com a gestão” ou ainda “como transitar na instabilidade de miniespaços-movidos, escapando do burocratismo e tentando descobrir um tal lugar para estar que na verdade pode não existir”?

E eis que chegam os novos residentes ao departamento de atenção à saúde daquela secretaria. Trabalhadores ensinantes-aprendentes encontram-se inquietos pelos mais diversos motivos. Alguns preocupados por ter que “assumir a função de babá de estagiários”; outros pensam que “mais braços para atender os telefones e carregar processos podem ser úteis”; os ex-residentes que agora trabalham na gestão sentem-se convocados a introduzir - presumivelmente da forma menos traumática possível - os trabalhadores em formação no universo dos incentivos financeiros, programas e projetos, modelos de atenção e disputas políticas. O clima guarda algo de amistoso, mas as expectativas e ansiedades (de todos os “lados”) são tão densas que poderiam facilmente ser cortadas com uma faca de pão.

Chegar em um novo lugar gera dúvidas: O que se faz por aqui? Como se fazem as coisas por aqui? Desde quando fazer reunião é trabalho? Desde quando isso é trabalho em saúde? Cadê os usuários? Essa burocracia toda faz algum sentido? Serve de alguma coisa estar aqui? “[...] toda possibilidade de construção do comum aparenta (e por que não?) uma invasão de barreiras e (e por que não?) um questionamento do *fazer como se faz* e do *saber tal como se sabe*.” (FERNANDES et al., 2014) Tempos depois naquele grupo de residentes com formações distintas: um tinha aprendido sobre boca, outro sobre comportamento e sentimentos humanos, outro sobre atividades físicas, um podia prescrever e outro organizava

equipes de cuidado em unidades hospitalares - descobririam que partilhavam essas questões numa manhã qualquer.

Dois semanas depois, em um fim de tarde na qual se despediam daqueles trabalhadores e daquele espaço - que se tornara estranhamente familiar - os aprendentes-ensinantes, habitantes, persistentes, residentes haviam descoberto que a ocupação de um espaço de trabalho pode se dar no trilhar das dúvidas construídas. Formas de produzir aprendizado que advêm da problematização que brota no acolher dessas dúvidas. Dúvidas que não foram prontamente respondidas, continência necessária para que quem fez a pergunta pudesse habitar a dúvida, pudesse ir fazendo-se com ela e se desfazendo dela, *aprendizados duvidosos*, no virtuoso sentido da palavra. O sorriso franco - e um tanto debochado - daquele incrédulo rapaz ao dizer, no momento que cruzara a porta de saída, que finalmente entendera por que tanto café e tanta reunião era uma expressão adequada de como o tempo de turbulências, imprevistos e intensidades, havia produzido em todos o sentimento de que algo ali foi apreendido, transformado a partir de todos os inesperados ali acolhidos.

SITUAÇÃO-FIGURA: Estranhar(-se)/percorrer(-se)/ocupar(-se)/perturbar(-se)

Na estratégia formativa da residência, há diferenciações marcadas por temporalidades na presença (presencialidades) de cada ator: preceptores permanecem, residentes passam; preceptores estavam lá, residentes chegam (para em breve sair). Soma-se a essa flutuação da estratégia formativa a variação das marés políticas (instabilidades de agendas orçamentárias, alterações

de gestores, ciclos eleitorais, etc.) e percebe-se que trabalhamos em águas agitadas. Bem diz o ditado que nenhum bom marinheiro se forma em águas plácidas; o que o adágio oculta é que não poucos afogam-se em mares revoltos, enquanto tantos outros não veem a hora de voltar a portos seguros. O residente sai. Seu tempo passa. E os processos iniciados? E a responsabilidade pela perturbação? O que ele gera na organização do palco que influi na peça quando de sua “deixa de saída”? Como?

A gestão, enquanto território vivo, revela-se como um campo profícuo ao aprendizado quando se apresenta como um problema em si, mais do que a operação de certo “saber gerencial”; encontrará-la como um problema, porém, é um procedimento que, como em Kastrup (2007), requer um *trabalho de atenção* (tanto para residentes quanto para gestores). Há de se romper o “caminho seguro” das produções identitárias, quebrar com o reconhecimento que pede a “melhor solução” (solução já existente, ainda que apenas no mundo das ideias platônicas), e explorar um problema que se abre enquanto novidade, enquanto *coleção de inesperados*. Demorar-se com o bom problema, (BARROS; BARROS, 2013) lançar olhares perseverantes, escutas atentas, pensares inventivos, remexer recursos cognitivos e afetivos de um coletivo na produção artesanal de um ou mais arranjos resolutivos para a potência alegre da saúde. O que não significa descuidadamente ou ao bel-prazer; a urgência e o tempo de gestão necessitam também ser encontrados em sua dimensão problemática, e respondidos em sua temporalidade e ritmo próprios.

Agenciar com o teatro de Brecht⁷ auxilia a ver como essa cena se constrói (como cada ator toma parte em um dispositivo de distanciamento). Montemos o palco. O residente pode chegar, como descrito antes, buscando a “melhor solução” para satisfazer esse novo cenário. O preceptor pode, por sua vez, apresentar a gestão como um treinamento para tal ou como um enigma ao qual cabe o residente construir a fórmula (já sabida) para respondê-lo. Cenário familiar, montamos uma aulinha de matemática. 5S. Mas o residente é também alguém estrangeiro nesse espaço, que pode chegar como alguém que desconhece os signos e os procedimentos. Como alguém a quem falta o *métier* e, por isso mesmo, convoca aqueles que fazem uso do mesmo a reinventá-lo para torná-lo comum a esse estrangeiro - o residente, aqui, *perturba*⁸. E o preceptor, por sua vez, acolhe a perturbação e/ou convida a ela, a visualiza como algo a ser vivido - aposta naquilo que a perturbação pode dizer do *métier*. Estranhamento - produção de sulcos para o cultivo de um campo (formativo) a frutificar. O trabalho aparece em seu fazer de modo comunicável ali onde o conhecê-lo é um problema (para o estrangeiro). Com isso, torna o pensar-fazer em gestão (e consequentemente o ensinar-aprender) algo a permitir a passagem destes estrangeiros e suas estrangeirices, assim como

⁷ “[...] o efeito de estranhamento, ou de distanciação [...] se realiza mediante a adoção de procedimentos cênicos que rompam o envolvimento do espectador com o drama encenado, característico do naturalismo teatral empenhado em reproduzir a vida como ela é. [...] Brecht solicita que o habitual seja estranhado para que nele não se veja mais uma vez o que estamos acostumados a presenciar e vivenciar em nosso dia-a-dia e sim o novo, o insólito.” (MONTAGNARI, 2010, p.15-16)

⁸ Como conceituam Ceccim et al. (2014), a partir de obra de Varela (1990), a “[...] perturbação, rachadura na continuidade cognitiva, que é da ordem do imprevisível e é potência para o nascimento do novo, para o reencontro como o pré-verbal, pré-pessoal, abertura e luta pela sobrevivência diante de um problema recém-descoberto/vivido.” (CECCIM et al., 2014, p.4)

esses estrangeiros permitiram-se, abrindo-se à vivência da gestão em suas intensidades.

SITUAÇÃO-DOBRADIÇA: O encontro residência-gestão e a urgência de percursos-formativos-metamórficos para desgravatar saberes e práticas

A inquietação trazida pelos que chegam e causada nos que estão têm um potencial disruptivo bastante interessante. Encontro perturbador que cria a possibilidade de estranhar-se, de diferir de si, de produzir um caminho impertinente que aparece e desaparece com os movimentos. Percurso de instabilidade, método de apostas e tentativas errantes que reconhecem a impermanência como marca constitutiva do objeto de trabalho em espaços de gestão. Objeto móvel, metaestável forjado entre os imprevistos, as trocas e flutuações da gestão pública, extremamente conectada com a lógica partidária e com as agendas (explícitas e não explícitas) dos gestores. A acolhida dessas perturbações gera possibilidades de mudança institucional ao mesmo tempo que cria em quem acolhe a surpresa, o medo do novo, o medo do não sabido, o medo do inusitado. Medo que pode tanto paralisar e produzir resistência como mover e permitir o recriar-se, ao reconhecer o campo de vivência como território vivo e fértil para circulação de ideias-afetos prenes de mundos possíveis. Afinal, as inúmeras folhas que compõem um processo administrativo, onde um ente municipal solicita verbas federais para a execução de uma ação, também são uma multidão de usuários cidadãos a clamar por seu direito à saúde. Convite de ir além, deixando-se (de)formar com/por ele e, ao fim do trajeto ser capaz de dizer de si para partilhar o apreendido.

No cotidiano destas interações possíveis - vivas, *in loco*, em ato, na sala, na reunião, no gramado, na mesa, no carro, no bar, na conversa, na unidade de saúde, em roda, em rede - se dão as descobertas, os desconfortos, os confrontos, as brechas, os encontros, os afetos, a rebeldia, as agendas, os furos, as viagens, as falas, a estrada, a pontualidade, a espera. Na gestão, em meio a isto tudo, quem ensina quem? Quem aprende com quem? Quem cuida de quem? Quais vivências produzem ensino-aprendizado? Ensinar-aprender-cuidar, em alguma medida, é arremessar-se nesta vertigem que coloca os corpos a dançar. O engendramento aprendizagem-ensinagem como processo sociopedagógico (*educossanitário*, tal como aqui o propomos) que se dá na habitação conjunta - e perturbatória - de uma realidade desconfortável, uma realidade estranhada. Movimentos contrários aos espaços de gestão da saúde como comumente se apresentam, lugares a partir do qual o poder se expressa como um imperativo de controle do outro (paternalista, identitário, carcereiro, prescritor), onde a gravata se apresenta como uma imágética deste poder que controla e que assujeita outridades (o uniforme do gestor, a forma única esperada), propomos outra apresentação à produção destes encontros: o desgravatar. Produção de encontros para aprendizado e tomada de decisões trabalhadas coletivamente, acolhimento dos inesperados, dobras e dobradiças (agonística do poder/potência: as mangas arregaçadas, alteridade, cogestão, apoio, matriciamento, singularizações de planos e projetos, cuidado em liberdade).

Em um campo habitado desenvolvem-se relações de/em transformação no conjunto de seus habitantes: poderíamos dizer que a produção de estranhamento - o que de certo modo aduba e fertiliza o campo - é o que produz o campo e o cultiva. Destarte,

campo e habitantes (residentes e trabalhadores) mantêm-se em um estado de metamorfose conjunta (o que não significa que fixos não são produzidos ou mantêm-se). O cenário é uma rede infinita de fluxos entrelaçados. Fluxos de pessoalidades e coletividades, de arranjos políticos, éticos e estéticos do encontrar-se com a saúde coletiva. O princípio de inter-relacionamento dos fluxos é constante, mas os padrões de relacionamento são mutantes, redes de conversações em constante movimento e transformação. Os nós transitórios dos fluxos desta rede são os inesperados, os acontecimentos (DELEUZE; GUATTARI, 1992) que apontam “[...] ao mesmo tempo para as proposições (sem as quais ele não seria possível de expressão) e para os corpos (nas suas efetuações espaço-temporais).” (SCHÖPKE, 2004, p.140) Entendemos, assim, que traçar um plano pedagógico para este encontro requer (des) entender de generalizações e miudezas; requer corpos disponíveis a uma atuação pedagógica atenta, artesanal, intensa e extensa; requer abertura ao desafio que os atualiza; requer cuidadores. *Cuidadores uns dos outros.*

CONCLUSÕES (em corda bamba...)

De modo a dar lugar, consistência, movimento, direcionalidades (afinal, não é sem intencionalidades que certo coletivo propõe um campo como local de práticas de uma residência) a esses diversos encontros dentro da experiência de estágio em gestão, cabe ainda aos atores destas experiências ocupar-se constantemente com a manutenção de espaços de

troca e *acreditação pedagógica*.⁹ Para tanto, propomos um manter-se disponível a um constante movimento de composições avaliativas, permeada pela coordenação da experiência por todos os *experimentantes*. Para sobreviver ensinando e aprendendo da intempestividade, ancoragens fazem-se por vezes necessárias; bem como soltar-se içando as velas; saber que o permanecer e o partir, a lógica e o delírio muito tem a dizer de experimentações intensivas na formação a partir do encontro de residência e gestão em saúde.

Pensar a experiência de aprendizagem-ensinagem deste encontro singular de corpos percebendo suas diversas dimensões: não só o encontrar-se entre atores da rede como também de pontos da rede e problemas. Encontro como um modo singular de habitar um território, atento aos acontecimentos (mais do que uma situação, que pode ser referida a sua adequação (ou não) a um fluxograma de funcionamento/solucionamento de casos), encontro entre um campo ensinante e uma prática pedagógica própria da natureza do trabalho de gestão - habitar um problema e criar aprendizado nele, com ele e sobre ele. Precisamos de políticas - educacionais e de saúde - geradoras de mais espaços-oportunidade para habitar de outros modos a formação no SUS, ou seja, lançar-se a pensar sobre a potência das práticas formativas inovadoras, sobre o que elas afirmam, o que contradizem, o que transformam. Tendo estas ideias como pistas, orientamos nossas práticas durante o período em que acolhemos e fomos acolhidos em diferentes esferas da gestão do SUS. Considerando os processos pedagógicos como apostas sem garantias *a priori*, fizemos movimentos que

⁹Sobre acreditação pedagógica “[...] sua principal justificativa está em informar e ampliar o compromisso social da instituição com a qualidade da implementação das políticas públicas afetas por seu objeto. No caso da educação em saúde coletiva, o compromisso social com a saúde da população.” (CECCIM, 1999-2000, p.86)

consideraram a importância do tema da formação em residência multiprofissional, bem como a urgência de se utilizar os espaços da gestão pública - secretarias municipais, estaduais e o ministério da saúde - como importantes territórios para vivências formativas de residentes.

Para afirmação de que é possível instituir territórios pedagógicos férteis, mesmo em espaços usualmente áridos como o solo da administração pública, pinçamos como diretrizes fertilizantes a horizontalização das relações; a circulação de palavras, afetos e ideias e o estabelecimento de relações de confiança, capazes de tolerar os dissensos e manejar as concessões, abrir-se ao encontro com outridades, traçados alteridade na composição das mais diversas redes de conversação. Experimentamos. Abrimos espaços de encontro - criamos zonas de troca - produzimos comuns a partir dos quais ensinamos-aprendemos e aprendemos-ensinamos. Como frutos desta “colheita” brotaram *linhas de equilibrista*¹⁰ para que profissionais - trabalhadores, residentes, preceptores - pudessem se manter atentos ao “acolhimento do inesperado”¹¹, ampliando a capacidade coletiva de estar atento aos inesperados presentes no campo e, com os quais, é possível pensar, figurar, dobrar e assim produzir inusitadamente problemas novos, inesperados.

¹⁰Imagem utilizada aqui para remeter ao movimento pênsil que faz o equilibrista, caminhando de um lado ao outro da tenda circense em uma corda bamba, um linha de equilibrista. Ideia de um caminhar possível em um território instável, acolhendo no corpo esta instabilidade e fazendo dela movimento. (PRIGOGINE, 1993)

¹¹“Neste sentido, a utilização da teoria como guia abre caminho a uma necessidade fundamental da investigação – a permissão da surpresa – sem a qual, dificilmente, o conhecimento se produzirá na sua plenitude. Do mesmo modo, a permissão do inesperado que dela advirá, permitirá ao investigador o encontrar de diferentes ângulos e percepções da realidade até ali desconhecidos, por não se conhecer a sua possibilidade.” (TREVISAN, 2015, p.147)

REFERÊNCIAS

- AMORIM, A.; CHARNEY, A.; CECCIM, R.B. Percursos para a produção do aprender e atender na Atenção Básica desde a gestão estadual do sistema de saúde. In: FAGUNDES, S.M.S. et al. (Orgs.). **Atenção básica em produção**: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS. Porto Alegre: Rede Unida, 2014, v. 1, p.315-30.
- BARROS, L.M.R.; BARROS, M.E.B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 373-90, 2013.
- CECCIM, R.B. Acreditação pedagógica na educação em saúde coletiva. **Boletim da Saúde**, v. 14, n. 1, p.81-97, 1999-2000.
- _____. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A.P; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.17-22.
- CECCIM, R.B. et al. Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Fórum Sociológico**, n. 24, 2014. Disponível em <<http://sociologico.revues.org/11111>>. Acesso em: 20 fev 2016.
- CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **A construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2003. p.211-26.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004.
- CHRÉTIEN, J.L. **Lo inolvidable y lo inesperado**. Salamanca: Sígueme, 2002.
- DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Ed. 34, 1997.
- _____. **Espinoza e os signos**. Porto: Rés, 1970.
- _____. O atual e o virtual. In: ALLIEZ, E. **Deleuze**: filosofia virtual. São Paulo: Ed. 34, 1996. p.47-57.
- DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** São Paulo: 34, 1992.
- DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Kafka**: por uma literatura menor. Trad. Júlio Castañon Guimaraes. Rio de Janeiro: Imago, 1977.
- FERNANDES, D. et al. Onde queremos estar?: Potências de um delírio informe ou o encontro entre o superficial e concreto, a visita e a imersão, ser intruso ou pertencer. In: FAGUNDES, S.M.S; AMORIM, A.; RIGHI, L.B.; HEINZELMANN, R.S. (Orgs.). **Atenção básica em produção**: tessituras do apoio na gestão estadual do SUS. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p.15-22, abr. 2007.
- MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 20 fev 2016.
- MONTAGNARI, E. F. Brecht: estranhamento e aprendizagem. **Revista JIOP**, n. 1, 2010.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PRIGOGINE, I. Arquiteto das “estruturas dissipativas”. In: PESSIS-PASTERNAK, G. **Do caos a inteligência artificial**: quando os cientistas se interrogam. São Paulo: Ed. UNIFESP, 1993. p.35-50.

SIEGMANN, C.; FONSECA, T.M.G. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 21, jan./fev. 2007.

SCHÖPKE, R. **Por uma filosofia da diferença**: Gilles Deleuze, o pensamento nômade. São Paulo: Edusp, 2004.

TEIXEIRA, R.R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **A construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2003. p.89-112.

TREVISAN, G. Aprendizagens na construção de pesquisa com e sobre as crianças. **Currículo sem Fronteiras**, v. 15, n. 1, p.142-54, jan./abr. 2015.

Pedagogia do Pormenor: Rendi[o]lhando fo[car] tografias de formação¹

*Elisandro Rodrigues
Karol Veiga Cabral
Mayra Martin Redin*

DO PORMENOR [DE SER-RESIDENTE]

Experenciar um processo de Residência é residir na formação em serviço. O significado da palavra residir remete ao morar, ao estar estabelecido, a ter lugar. Fazer residência é morar em um território vivo de[o] cuidado e de[o] trabalho. E ser_devir Residente é se fazer movimento em um espaço-tempo de formação, é deixar de ser uma coisa para ser tornar outra. Foucault nos lembra que a experiência é “alguma coisa da qual a gente mesmo sai transformado”. É algo que deixa marcas, sulcos, faz fissura no corpo e no pensamento.

Se a vivência de dois anos em um processo de formação em serviço nas residências nos marca pelas afecções, o processo de escrita e sistematização desses dois anos também é uma variação contínua de instantes quaisquer, de a[in]cidentes. A palavra lançada no papel é um dos modos de compartilhar as intensidades vividas. A afecção para Spinoza é quando “sua potência de agir ou sua força de existir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada”, (SPINOZA, 2011, p.152) ou seja, quando a potência do cotidiano,

¹Capítulo elaborado a partir de Trabalho de Conclusão de Curso (TCR) da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva/EDUCASA-ÚDE-UFRGS. Fragmentos escritos pelo residente e preceptores. O texto pode ser encontrado na íntegra em <http://hdl.handle.net/10183/70223>.

a força de agir do ser-residente sofre uma variação, nos encontros [ou paixões, para Spinoza] alegres ou tristes.

Este texto é uma marca, um resto, um estilhaço que quer encontro com o leitor, que quer produzir afecções [encontros alegres ou tristes] através da leitura. Para isso, utilizam-se aqui fragmentos do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), produto da experiência de dois anos na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (RIS SMC)². Fragmentos que contam de uma vivência de ser-residente e de uma produção de pensamento.

DA IMAGEM DE UM TRABALHO DE CONCLUSÃO

Para se abrir à experimentação, encharcado pelo vivido, e para tecer os movimentos do texto, fez-se necessário inventar um outro lugar. Houry (2009, p.14), citando Pina Bausch, diz que é necessário “encontrar uma linguagem para aquilo que não pode expressar de outra forma.” Encontrou-se essa outra linguagem no jogo, na verdade, no encontro que as palavras e conceitos estabelecem entre si. As palavras começaram a dançar juntas, coladas, tecidas, costuradas uma na outra. Elas abriram novas janelas, novos colchetes. Voam ventadas. Restam.

Ao final do processo de formação na Residência, brotou pelo meio o texto de TCR “Pedagogia dos Pormenores: rendi[o]lhando

²A RIS pertence às atividades de ensino, estando sob a coordenação técnico-científica do EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URFRGS), que apresenta inserção junto à Área de Educação em Saúde, no Departamento de Ensino e Currículo, e à Linha de Pesquisa Psicopedagogia, Sistemas de Ensino/Aprendizagem e Educação em Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Educação, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, na Graduação em Saúde Coletiva, além de ações interunidades de ensino na Universidade, como aquelas com o Instituto de Psicologia e Escola de Enfermagem.

fo[car]tografias de formação”³. Texto que brinca com o olhar através da cartografia de fotografias analógicas clicadas e disparadas por residentes, problematizando nesse disparo e nessa revelação, por saís de prata, o que escapa [ou demora a aparecer] na formação e na inserção dos residentes nos espaços/campos de trabalho.

Esses encontros entre as palavras criaram um invenção. Uma brincadeira. Nessa brincadeira, os conceitos se apresentaram e se misturaram. O rendilhar, transformou-se em *rendi[o]lhar*, o movimento em *mo[v]im[ento]*, a cartografia em *car[fo]tografia*, a fotografia em *fo[car]tografia*, o pensamento em *pensam[v]entos*⁴, os fragmentos em pormenores e os pormenores em fragmentos – *frag[por]men[ores]tos*. Palavras-imagens para dizer da formação em saúde.

Para cartografar o percurso dos dois anos de vivência criou-se mapas com estilhaços do vivido. Mapas que compuseram o *corpus* do trabalho dispostos em folhas A3 escapando a folha tradicional, A4, retangular, em retrato, na vertical do texto acadêmico. Mapas-imagens, imagens-mapas de intensidade. Imagens que falam de formação, de saúde, de recordações, de memórias, de militância, imagens-mapa de mosaico de vidas. Compartilhamos três imagens-mapa que compõe o texto do TCR.

³Sendo de autoria do residente Elisandro Rodrigues, com orientação de Károl V. Cabral e coorientação de Mayra M. Redin.

⁴Pensamentos anotados – cartografados, no celular e em páginas brancas dos blocos de anotação. Usado para referir-se as linhas que se costuraram no percurso da escrita, dando alguns intervalos entre o pensamento, a palavra e a imagem. Esses pensa[v]entos são Incidentes, (BARTHES, 2004) são impressões, anotações e distrações (REDIN, 2007; 2009), são fragmentos vividos e experienciados, são pormenores (BARTHES, 2009) das partituras do caminho.

Imagens-mapa 1: Dos percursos



Fonte: Os autores.

Imagens-mapa 2: Das afecções



Fonte: Os autores.

Imagens-mapa 3: Da militância



Fonte: Os autores.

Essas três imagens-mapas dizem dos movimentos no processo de residência. Os percursos entre os campos Porto Alegre-Novo Hamburgo-São Lourenço do Sul-Viamão-Porto Alegre. Deslocamentos que compõem um corpo-aprendizagem-formação em diferentes espaços, cidades, serviços. A segunda imagem-mapa mostra aquilo que afeta o percurso, os encontros alegres, ou tristes. Margeados pelos fóruns de discussão, de educação permanente, as articulações entre os pares residentes, a disputa e defesa de um processo de formação em serviço-encontro das residências multiprofissionais. Imagem⁵ viva que agencia as afecções com a militância, com conferências de saúde e as discussões em um compromisso da formação com o controle social.

Elida Tessler vai nos dizer que esses movimentos, percursos, formação, encontros, militância, constituem imagens a todo momento.

Somente o tempo pode gerar uma imagem perfeita. Mas ao criar uma imagem, que tipo de perfeição buscamos? Como estabelecer o que confere o imperfeito e o perfeito de uma imagem? Deixar cair um pingo de tinta no chão já é construir uma imagem. Movimentar os braços levando o pincel a tela faz parte da coreografia desta construção. Todo gesto produz imagens, umas mais visíveis que outras, mas todas em movimento. Elas não param de se deslocar, mesmo quando tentamos fixá-las com o nosso olhar. (TESSLER, 2010, p.293)

A imagem criada, pensada, fotografada - foto[car]tografada,

⁵Imagens-mapa de acontecimentos onde “[...] trata-se de olhar uma imagem e nela ver o momento em que se prendeu a passagem de um tempo, entre a memória e o esquecimento – perda ou resistência.” (VILELA, 2010, p. 323)

esteve presente em todo processo de residir no trabalho, na pesquisa e na escrita. Dois autores foram fundamentais para desenvolver a noção de imagem - Barthes e Bavar. Algumas das ideias capturadas pelo olho, lente da máquina que dispara e amarra os pontos <<punctuns>>, compuseram a e[sc]rita do texto:

Fotos, vejo-as por todo o lado, como cada um de nós hoje em dia; elas vêm do mundo para mim, sem que eu as peça; são apenas <<imagens>>, o seu modo de aparecimento é a das mil e uma proveniências (ou dos mil e um destinos). (BARTHES, 2009, p.24)

Nesse emaranhado fo[car]tográfico as perguntas saltaram: por quais janelas olhar? Como sistematizar esses fragmentos do experienciado? Como falar das [através de] fotos [de uma cartografia fotográfica]? O que são esses fragmentos que vivemos? D[o] que eles dizem, de que subjetividade estamos falando, de que processos, o que [não] é capturado pelo olho? O que [não] olhamos?

O texto do TCR foi uma investigação, uma revelação por processos químicos subjetivos, do desejo de aproximar as imagens pensadas, faladas, disparadas, clicadas,

DO MÉTODO E DA FO[CAR]TOGRAFIA/ CAR[FO]TOGRAFIA

Para realizar a costura precisava-se de um método, de uma

ferramenta, da **agulha** certa à essa tecitura.⁶ A cartografia mostrou-se como essa **agulha**.

A cartografia é um método proposto por Gilles Deleuze e Felix Guattari e vem sendo utilizada em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade. Visa acompanhar um processo e não representar um objeto. Trata-se sempre de costurar e de investigar um processo de produção em ato. O pesquisador na cartografia é um cartógrafo que se faz na pesquisa, constrói seu cartografar a partir dos passos dados no cotidiano, dando vazões a outras linguagens estéticas, capturando as sensações através do corpo e do olhar.

O cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado [...] tudo o que ele quer é dar língua para os movimentos do desejo [...] E o que ele quer é mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem [...] dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento as linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. (ROLNIK, 2006, p.23)

Em uma cartografia, o cartógrafo acompanha e transforma o que se conhece. Cartografar é sempre um ato de criação, de

⁶“Texto quer dizer Tecido; mas enquanto até aqui esse tecido foi sempre tomado por um produto, por um véu todo acabado, por trás do qual se mantém, mais ou menos oculto, o sentido (a verdade), nós acentuamos agora, no tecido, a ideia gerativa de que o texto se faz, se trabalha através de um entrelaçamento perpétuo; perdido neste tecido nessa textura o sujeito se desfaz nele, qual uma aranha que se dissolvesse ela mesma nas secreções construtivas de sua teia. Se gostássemos dos neologismos, poderíamos definir a teoria do texto como uma hifologia (hyphos é o tecido e a teia da aranha).” (BARTHES, 1987, p.81-82)

produção de novos sentidos. E um modo de sistematização de conhecimento, onde a produção está sempre associada à arte e a implicação do autor/cartógrafo/ pesquisador se faz presente do início ao fim do pesquisar, rabiscando anotações soltas em cadernos, mas não como simples observador da janela de um ônibus, ao contrário, vivenciando cada trajeto, colocando-se na paisagem. Para Baremlitt (1998) “a cartografia é um mapa-relato, objetivo e subjetivo, que expressa a singularidade desta viagem, embora sirva a outros para construir sua própria trajetória, sempre experimental, sempre aventureira.”

Essa **agulha** possibilitou costurar novas linhas, produzindo subjetividades, afetando-se no anda[nça]r que essa abertura metodológica permite. Abertura onde é possível juntar termos Cartografia e Fotografia - **Fo[car]tografia/Car[fo]tografia**, operacionalizando a metodologia cartográfica em um agenciamento metodológico que pode ser chamado de “**Cartografia Fotográfica**”.

DA PESQUISA

Tendo presente esse operador metodológico, Cartografia Fotográfica - fo[car]tografia/ car[fo]tografia, as capturas fotográficas constituíram os dados empíricos dessa pesquisa. Dessa forma, **cartografar cenas/imagens e narrá-las/contá-las é sistematizar os percursos da formação** no/do cotidiano, construindo e revisitando uma nova linguagem de comunicação, novos possíveis de pensar e escrever, de falar de Educação e Saúde. É optar por parar e olhar os pormenores que caminham no cotidiano do trabalho e da formação.

Cada um dos sujeitos que participou desse processo de pesquisa, colocou-se nesse entre⁷ pesquisado, assim como “Bavcar tira fotos do meio, de dentro, não de fora. Ele não se afasta para ver as coisas, ao contrário, ele está mergulhado nas coisas”, (BRISSAC, 2000, p.40) esses sujeitos estão dentro, e como pesquisadores-cartógrafos mergulharam dentro das imagens, dos pormenores fo[car]tografados.

Para o pesquisar, foram convidados seis residentes, cada um de um núcleo de formação diferente, tentando contemplar a multiplicidade e a multiprofissionalidade [Iago - Assistente Social; Graciela – Terapeuta Ocupacional; Cristiane - Pedagoga; Diego - Enfermeiro; Henrique - Psicólogo e Leonardo - Educação Física]. Foram convidados a fazerem recortes, enquadramentos de seus dias, dos seus cotidianos, mostrando através de imagens e palavras os pormenores da formação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. No decorrer do texto, junto com o contar e problematizar dos convidados, as reminiscências da residência ia sendo contato [com]partilhando pormenores de formação.

Cada um dos cartógrafos-residentes, que se experimentaram, foram convidados a tirar e tiraram oito fotografias com uma Máquina Fotográfica Analógica [MFA], como primeiro passo da pesquisa. Alguns demoraram mais que outros no processo temporal de captura da imagem, alguns alongaram-se mais no pensar. Como nos lembrava Barthes (2009, p.47), “no fundo, a Fotografia é subversiva não quando assusta, perturba ou até estigmatiza, mas quando é pensativa.” Clicar apenas oito fotos; o que enquadrar?

⁷ Ceccim (2004, p.264) vai dizer que a possibilidade estaria na terceira margem, num lugar mestiço, onde a terceira margem seria o lugar da travessia, onde o entre acontece, e que a verdadeira passagem ocorre nesse meio, nesse entre.

O que contar? Quais pormenores focar? Nesse tempo de espera, o pesquisador, também cartógrafo, rendilhou os mapas-imagens comentados nas páginas anteriores.

O tempo da espera pode ser considerado, como uma das intervenções da pesquisa. O não ver a imagem clicada, focada, não ter o visor digital, não poder apagar. Esperar para os saís de prata agirem e mostrarem a luz e escuridão das imagens. Em tempos onde não suspendemos o passo, ralentar o motor e pensar a imagem, espera-lá aparecer, ou ver seu desaparecimento físico, dá uma lentidão necessária no pesquisar. O segundo passo da pesquisa foi parar para ver as fotos impressas, e nessa parada escolher das oito fotos capturadas apenas três (alguns escolheram quatro). Essas fotos sofreram uma interferência do pesquisador, tendo como questão disparadora **“o que [não] está e[in]scrito na imagem que você gostaria de contar [sobre o processo de formação]?”**. Parada esta que proporcionou escrever muito mais do que o pedido. As imagens abriram o baú das memórias e outros pormenores foram contados.

Para pensar nos processos de formação em serviço temos que permitir que o olhar demore-se: “O olhar demora-se na imagem de um olhar que se abandona (...) as imagens solicitam-nos o olhar e a profundidade do ver.” (VILELA, 2010, p.319) Acredita-se que a relevância dessa pesquisa deu-se no disparar o olhar para o sensível e o delicado das experiências de trabalho dos residentes e seus processos de formação. Em um processo de formação que busca desinstitucionalizar saberes, a visualização dessas imagens e práticas é a afirmação de mosaicos e fragmentos vivos, vibráteis. Ao pararmos para pensar as imagens e cenas de práticas cotidianas

de trabalho lançamos-nos a experimentar o [in]visível, e os pormenores, que muitas vezes ficam esquecidos.

Dessa forma, a pesquisa, os mapas-imagens, as fo[car]tografias dos residentes, mostraram esse [in]visível, e uma *Pedagogia dos Pormenores*, dando importância para os pequenos espaços quaisquer vividos, rendi[olhando] o que compõe um tempo onde “fazer residência é morar em um território vivo de[o] cuidado e de[o] trabalho”.

DO RENDILHAR OS PORMENORES

O *Rendilhar*⁸ floresceu na nuvem digital [em um *email* recebido e perdido pelo tempo], onde a palavra pontuava o texto de uma forma delicada e sutil. Fo[car]tografada permaneceu como imagem guardada no baú de recordações.

Ao deparar-se com a escrita desse texto, essa palavra surgiu como *ponto*, como uma *linha* necessária à costura desse e[in]scrito, e esse *ponto* se fez *renda*. Car[fo]tografando pensam[v]ento com o texto em que estamos e numa metáfora com a Residência, pensamos que a formação pontua-se no agenciar processos subjetivos produzindo sentidos com quem trabalhamos e convivemos, ou

⁸Segundo o dicionário, Rendilhar: ren.di.lhar [rendilha+ar²] vtd 1. Adornar com rendilhas; 2. Adornar em forma de renda; 3. Embelezar, florear: Rendilhar a linguagem, o estilo; 4. Recortar: “Rendilhar papéis para a prateleira”(Morais); 5. s.f Diminutivo de renda. Certo tipo de renda muito delicada; Renda: rena.da 1. sf. Obra de malha feita com fio de linha, seda, ouro ou prata, apresentando desenhos mais ou menos caprichosos, que serve para guarnecer peças de vestuário, roupas de cama etc; 2.v.t. Ornar com rendilhas ou com labores delicados; 3. s.f.Tecido leve e transparente feito com fio de linho, seda, algodão, etc., que serve de guarnição a vestidos, toalhas e outras utilidades. Dicionário Online Michaelis – UOL – <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=rendilhar>. (MICHAELIS, 2009)

seja, *rendilhamos processos de formação e de aprendizagem*, estamos em permanente movimento [e os que nos acompanham - sejam eles usuários, moradores, trabalhadores, tutores, também o estão] costuramos com fios de delicadeza, recortamos com a navalha da leveza e juntamos esse pequenos pedaços [pormenores] da formação, do que somos, dos com que trabalhamos, em uma colcha multicolorida de Mo[v]im[entos] subjetivos.

Esse *pormenor* [fragmento] que pontua, fere, atrai, marca, que atravessa os processos cotidianos de nossas vidas, *rendilha mo[v]im[ento]s e car[fo]tografias nos processos de formação*. Esses processos, essas imagens em fragmentos, essa experimentação cotidiana que nos cansa, que nos afeta, que se faz marca em nossos corpos e em nosso existir é um *pormenor*.

As imagens se comunicam com nossos corpos “tudo o que podemos dizer é que o objecto fala, induz, vagamente, a pensar” nos atinge com seu *pormenor*, nos fere. Grita em silêncio dentro de nossos olhos [na invisibilidade das cores], provoca estreme[nas]cimentos, “o que eu vejo é o pormenor descentrado”. Nas correrias do cotidiano olhamos sem ver. Não deixamos as imagens entrar, não deixamos as imagens pensadas saírem.

Barthes fala que devemos “nada fazer, fechar os olhos, deixar que o pormenor suba sozinho à consciência afectiva”, dar tempo a esse *pormenor* é deixar o “olhar tático” de Bavarcar (TESSLER; CARON, 2001) nos guiar, ser também uma câmara escura, fazer as imagens pensadas palavras, “olhar com nossos próprios olhos, por mais frágeis que sejam.” (TESSLER; CARON, 2001, p.140) Bavarcar fala que as vozes fazem ressuscitar as imagens e que as vezes “as

palavras se vão como os instantes que elas enfeitaram.” (TESSLER; CARON, 2001, p.130) Acreditamos que as imagens enfeitadas, suadas, sofridas, alegres, aquelas que disparam nossos dias para outros possíveis, outras janelas, permanecem guardadas e saltam ao nosso corpo [num olhar tátil] com os **pormenores** nos encontros cotidianos.

Abrir. Fechar. Capturar. Disparar. Palavra. Imagem.

Estar aberto ao **pormenor**, dar atenção a ele, olhá-lo com mais delicadeza, é o que convoca a essas experimentações fotográficas. Vivenciar esses **pormenores** no nosso cotidiano dando existência é significar os pequenos processos da vida.

E esse processo, essa costura de **pormenores** chamamos de **Pedagogia dos Pormenores**.

Esse termo_palavra_ideia_conceito, pedagogia dos pormenores, “é um pensamento em certo sentido”, do estar atento aos pequenos desvios e in[a]cidentes no cotidiano. O menor se potencializa nos movimentos sutis de escuta e escrita, nesses microacontecimentos, naquilo que foge, ou escapa, ao olhar, a escuta, ao som, a escrita. Aqueles pequenos restos, sobras que não se tem por importante. Olhar para esse pormenor, deixar que ele nos afete, que ele escape para a gente, é o que queria a proposta de pesquisa e o texto final. De maneira que o ato de aprender-se engendre potencialmente com novas possibilidades de vida e a outros modos de criação e denominação do que se enfrenta de forma corriqueira. Pormenores e parafernalias que afirmam um processo intensivo de aprendizagem, composto

num fluxo de linhas desejanças capaz de fazer variar os modos habituais com que os corpos se articulam: no contrassenso, no dissenso, na divergência, no inusitado, no paradoxal, no hábito.

Nesse espaço habitualmente unário, por vezes (mas, infelizmente, raras vezes) um <<pormenor>> chama-me a atenção. Sinto que a sua presença por si só modifica a minha leitura, que é uma nova foto que contemplo, marcada, aos meus olhos, por um valor superior. Este <<pormenor>> é o punctum (aquilo que me fere)...Do ponto de vista da realidade (...) toda uma causalidade explica a presença do <<pormenor>> (...) o pormenor é dado por acaso e mais nada... (BARTHES, 2009, p.51)

Barthes refere-se ao punctum como um acaso que salta de uma imagem - no caso de seu estudo, da imagem fotográfica - algo que fere, que punge, um detalhe não organizado por uma lógica. (REDIN, 2007)

É nesse detalhe, nesse pequeno detalhe que escapa a maioria dos olhares, que algo olha, que o pormenor aparece. É esse pormenor que compartilha-se aqui. Um pormenor de escrita de vida.

PARA FINALIZAR

Não finalizamos colocando um ponto final nessa costura. Pois ela ainda segue tecendo, é uma vestimenta de inacabamentos, com linhas e tecidos coloridos. São pormenores multicolores costurados em olhares, em pensamentos, em imagens pensadas, faladas, clicadas. Mapas-imagens.

Pedagogia dos Pormenores que se rendilha com outros saberes, que ainda buscam outros olhares de aprendizagem e de formação. Barthes (2009, p.64) nos fala, “nada dizer, fechar os olhos, deixar que o pormenor suba sozinho à consciência afectiva” e é o que Didi-Hubermam diz quando quer que abramos os olhos, mas não as pálpebras, que abramos o olhar

Abramos os olhos para experimentar o que não vemos, o que não mais veremos - ou melhor, para experimentar que o que não vemos com toda a evidência (a evidência visível) não obstante nos olha como uma obra (uma obra visual) de perda. Sem dúvida, a experiência familiar do que vemos parece na maioria das vezes dar ensejo a um ter: ao ver alguma coisa, temos em geral a impressão de ganhar alguma coisa. Mas a modalidade do visível torna-se inelutável - ou seja, voltada a uma questão do ser - quando ver é sentir que algo inelutavelmente nos escapa, isto é: quando ver é perder. Tudo está aí. (DIDI-HUBERMAM, 1998, p.34)

Podemos concluir dizendo que uma Pedagogia dos Pormenores é uma

[...] escritura fragmentária, organizada em torno de ideias-palavras, atadas entre si por um elo de sutil afinidade, é um buquê de formas que não forjam nem um destino textual, sequer um destino subjetivo. Ao contrário, incorpora sem culpa a “doída poligrafia” de uma caderneta de apontamentos solta em campo. (PRECIOSA, 2010, p.24)

E quem sabe, a experiência de ser residente.

REFERÊNCIAS

BAREMBLITT, G.F. **Introdução à esquizoanálise**. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998.

BARTHES, R. **A Câmara clara**. Lisboa: Edições 70, 2009.

_____. **Incidentes**. Trad. Mário Laranjeira. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

_____. **O prazer do texto**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

BRISSAC, N. Fotografando contra o vento. In: BAVCAR, E. **O ponto zero da fotografia**. Rio de Janeiro: Very Special Arts do Brasil, 2000.

CECCIM, R. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004. p. 259-78.

DIDI-HUBERMAM, G. **O que vemos, o que nos olha**. São Paulo: Ed. 34, 1998.

KHOURY, F.L. **Mapas de um mundo**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2009.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>>. Acesso em: 28 out 2009.

PRECIOSA, R. **Rumores discretos da subjetividade**. Porto Alegre: Sulina: Ed. UFRGS, 2010.

REDIN, M.M. **Impressão - Diluição - Um aprendizado na chuva.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

_____. **Impressões, anotações e distrações.** 2007. Proposta de Dissertação. (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental:** transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Ed. UFRGS, 2006.

SPINOZA. **Ética.** Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

TESSLER, E. Habitar o silêncio, esculpir o tempo. In: FONSECA, T.M.G; COSTA, L.B. (Orgs). **Vidas do fora habitantes do silêncio.** Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2010.

TESSLER, Elida; CARON, Muriel. Uma câmara escura atrás de outra câmara escura: Entrevista com Evgen Bavčar. In: SOUSA, Edson Luiz André; TESSLER, Elida; SLAVUTZKY, Abrão (orgs.) **A Invenção da Vida:** Arte e Psicanálise. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2001.

VILELA, E. À contraluz, o testemunho: uma linguagem entre o silêncio e o corpo. In: FONSECA, T.M.G; COSTA, L.B. (Orgs.). **Vidas do fora habitantes do silêncio.** Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2010.

Aprender a gerir um Programa de Residência Multiprofissional: A cogestão na formação para o sistema único de saúde¹

*Analice de Lima Palombini
Rosemarie Gartner Tschiedel*

INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde constituem importante estratégia na construção do SUS, como processo de formação em serviço que, ao lado dos PET-Saúde e VER-SUS², faz, da rede de serviços de saúde, uma rede de ensino-aprendizagem pela experiência em ato, no exercício do trabalho, acompanhado e compartilhado. (CECCIM, 2004/2005; SILVA; CABALLERO, 2010)

O Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde -, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul desde 2005, tem investido no apoio e na sustentação de Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde junto à Universidade, sendo hoje responsável direto pela coordenação de dois desses Programas de Residência (RIS Saúde Mental Coletiva e RIS Saúde Coletiva), mantendo, em parceria com o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, o Programa de Residência Multiprofissional em

¹Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva - EducaSaúde/ UFRGS.

²Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde; Vivências e estágios na realidade do Sistema Único do Brasil.

Saúde da Criança: Vulnerabilidades e Violência³. Dentre esses Programas, o de Saúde Mental Coletiva (RIS-SMC) é o mais antigo, tendo sua primeira turma de residentes, com apoio do Educasaúde, nos anos 2004-2005, e, a partir de 2008, em turmas consecutivas, sob gestão do EducaSaúde, alcançando, em 2016, a sua nona edição. (CECCIM et al., 2010)⁴

Desde 2008, acompanhamos, como docentes, a experiência dessa Residência, assumindo, majoritariamente, a função de coordenação executiva da mesma.⁵ No cumprimento dessa função de coordenação, vivemos cotidianamente o desafio de pôr em prática uma formação em saúde conforme aos princípios e diretrizes do SUS. Inúmeros documentos e artigos que versam sobre a experiência recente das residências multiprofissionais têm dado destaque às práticas de ensino-aprendizagem que moldam

³Ricardo Burg Ceccim, coordenador do Núcleo EducaSaúde, responde pela coordenação geral desses programas.

⁴Prestamos homenagem, aqui, à Maria Cristina Carvalho da Silva (in memoriam), trabalhadora da saúde mental que, como coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial CAIS Mental Centro de Porto Alegre, inaugurou a proposta deste Programa de Residência junto à Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e, quando não foi possível manter a Residência junto à Prefeitura, como mestranda e a seguir doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS, investiu esforços para garantir sua continuidade sob a direção da Universidade. A par da atividade incansável de Cristina na criação e sustentação desta Residência, a acolhida e o empenho do professor Ricardo Burg Ceccim, através do núcleo EducaSaúde, foi fundamental para viabilizar a implementação deste e dos demais Programas de Residência Integrada Multiprofissional junto à Universidade. Foi fundamental, ainda, o investimento de trabalho da equipe gestora inicial dessa proposta, da qual, além de Ricardo e Maria Cristina, fizeram parte também Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc, Rebeca Litvin, Régis Cruz, Sandra Maria Salles Fagundes e Simone Frichembruder.

⁵Analice Palombini assumiu, em 2008, a preceptorial do Núcleo da Psicologia e, de 2009 até começos de 2012, compartilhou com Maria Cristina Carvalho da Silva a coordenação executiva da RIS-SMC. A partir de 2012, Rosemarie Tschiedel, também integrante do corpo docente da RIS, passou a compartilhar a sua coordenação executiva com a primeira autora.

a formação em serviço numa perspectiva interdisciplinar, visando um cuidado integral. (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013; MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015; FAJARDO; ROCHA; PASINI, 2010; CECCIM, 2004/2005) Neste texto, gostaríamos de nos deter em um aspecto a nosso ver ainda pouco explorado, que diz respeito aos processos de gestão de um Programa de Residência.

Como indica Feuerwerker (2014, p.66), “‘olhamos’ o cotidiano do mundo do trabalho como uma micropolítica, na qual somos individual e coletivamente fabricados nos nossos modos de agir e nos nossos processos relacionais”, tomando-se o trabalho como terreno em que se passam as disputas pelo sentido do trabalho. Assim, de que forma nós – docentes, trabalhadores, usuários, profissionais em formação e gestores – confirmamos em nossas práticas e palavras a política pública de saúde que queremos? Como forjamos outros modos de cuidado advindos de uma perspectiva de produção e criação e não somente de prescrição, cura e realização de procedimentos?

Serviços de saúde, projetos universitários, núcleos e centros de referência, equipes de gestão municipal e estadual compõem o conjunto de cenários de práticas que se pretende que contemplem o percurso da RIS-SMC, possibilitando vivenciar princípios e diretrizes do SUS. Entende-se que, nesses cenários, a gestão se faz; ela necessariamente acontece e é potencial elemento da formação. Ressalta-se por isso, junto aos cenários e preceptores, que o/a residente participe das reuniões de equipe, das reuniões de conselhos de saúde, de rede e demais espaços de discussão, planejamento, deliberação e avaliação. No entanto, estas experiências em ato, muitas vezes, vêm acompanhadas de

inúmeras marcas com um viés centralizador, pouco participativo, autoritário ou predominantemente técnico e burocrático.

No que diz respeito à participação e gestão, portanto, as premissas da formação poderão ficar à mercê dos diferentes modelos com que cada município ou serviço opera, nem sempre sistemáticos e organizados de modo a corresponder à permanente construção do SUS.

Nosso Programa de Residência propõe que a gestão em saúde seja mais do que uma temática a ser abordada ou uma conjuntura de que padeçam os residentes em seus respectivos cenários de práticas. Ao longo de nossa trajetória, construímos um percurso em que a própria Residência, em suas instâncias e processos de gestão, configura uma experiência de formação, conforme aos mesmos princípios e diretrizes do SUS professados pela política de residência em saúde no país – uma experiência de formação a operar sob a ideia de participação e protagonismo de seus atores, em processos cogestivos.

Com efeito, em contraposição ao modo de gestão hierárquica, vertical e centralizadora, característica das organizações tradicionais de saúde, a reforma sanitária dos anos 1980, no Brasil, na corrente dos movimentos pela democratização do país, buscou criar espaços de gestão coletivos e democráticos, tensionando, desde o seu interior, a máquina estatal, (CAMPOS, 2000) em prol de um sistema público de saúde descentralizado, universal, equitativo e participativo.

Diferentemente da proposta da autogestão, a cogestão implica uma espécie de concessão feita, seja a um determinado contexto de

trabalho, seja ao Estado. Fazer essa concessão significaria abrir mão da proposta de promover autonomia? A cogestão consistiria na captura das forças de resistência pelo Estado? Ora, é preciso considerar a cogestão em seus efeitos estratégicos: concede-se ao Estado ao mesmo tempo em que se força o Estado a conceder. Não se trata de um recuo em relação à aposta da autogestão, mas um modo diferente de luta. (PASSOS et al., 2013, p.28)

A gestão ganha aí novas inflexões, tratando-se não somente do gerir a ação dos outros, mas também do gerar as próprias regras (ONOCKO, 2003) – ela passa a abranger, então, desde a dimensão macropolítica de um programa de governo até a variabilidade dos regramentos instituídos na micropolítica das relações estabelecidas pelo trabalhador no seu contexto de trabalho. (MERHY et al., 1997) Tal espaço de autonomia, exercido no âmbito da micropolítica, se concebido desde a lógica privatista que associa autonomia à independência ou autossuficiência do indivíduo, tende a um uso igualmente privatista, corporativista, das organizações sanitárias, em prejuízo da dimensão pública da produção de saúde. Eis, assim, o desafio que nos é permanentemente colocado: dobrar a força hierárquica que permeia as relações no sistema de saúde e, ao mesmo tempo, conter a utilização privada da coisa pública. (CAMPOS, 1994) Enfrentar esse desafio requer “aproveitar as forças coletivas e inventivas a favor da implicação de cada trabalhador na organização do conjunto dos processos de trabalho e engajadas com a promoção da saúde e da cidadania.” (PASSOS et al., 2013, p.30) É outra a concepção de autonomia que orienta esse processo, não mais alusiva à autossuficiência: ao contrário, quanto mais relações estabelecemos para gerir a própria vida, mais autônomos

nos fazemos. (KINOSHITA, 1996) Não há autonomia fora de uma coletividade, requerendo, necessariamente, “compartilhamento e negociação entre diferentes valores e pontos de vista.” (PASSOS et al., 2013, p.26)

É nesse sentido que, na função de coordenação executiva do cotidiano de formação, temos buscado problematizar o próprio percurso de gestão da RIS-SMC, para que os seus diferentes espaços tornem-se mais coerentes com os pressupostos da cogestão. O exercício de cogestão a que nos propomos no âmbito da Residência conclama a coletividade que a compõe a esse esforço de compartilhamento e negociação entre diferentes pontos de vista. Tal exercício não é isento de tensões, contradições e paradoxos, num jogo de forças que coloca em cena ambas as lógicas – privatista e pública – de produção de saúde. Assim, a Residência se apresenta como experiência limite compartilhada entre os seus diversos atores – experiência limite que remete à própria sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, atravessado, como vimos, por esses mesmos tensionamentos. Possibilitar a travessia dessa experiência na sustentação dos princípios que a orientam é o desafio que nos cabe. De que modo temos enfrentado esse desafio, é o que propomos narrar aqui.

PERCURSOS NA GESTÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

A consolidação da RIS-SMC em sucessivas edições abriu caminho à criação de novos programas de residência junto à

Universidade.⁶ Nesse processo, ao mesmo tempo em que se buscava alcançar maior institucionalidade dos Programas de Residência em Saúde na Universidade – com envolvimento da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e a constituição de um Grupo de Trabalho com a participação de representantes de diferentes segmentos e instâncias da instituição, resultando na formalização da COREMU junto à Câmara de Pós-Graduação em janeiro de 2014 –, no âmbito da RIS-SMC, também se avançava na configuração dos espaços de conversa e de acompanhamento processual dos itinerários de formação dos residentes e na constituição de instâncias de decisão e participação coletiva, internas ao nosso Programa.

O desenho inicial, a partir do qual operavam os processos de gestão da RIS-SMC nas suas três primeiras turmas, até 2012, incluía um colegiado gestor, com participação de coordenação e tutores do campo da saúde mental coletiva (responsáveis pelo acompanhamento do grupo multiprofissional de residentes de cada ano), e a Comissão de Residência Integrada em Saúde (CORIS), com representação por segmentos (coordenação, tutoria de núcleo, preceptoria, R1 e R2, gestores e usuários) e função equivalente à atual Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Porém, rapidamente nossa CORIS alargou os espaços de participação, tomando a forma de Coletivo da RIS-SMC, aberto à participação direta de todos os segmentos, como instância maior de discussão e deliberação referente ao Programa de Residência – instância na qual nos arriscávamos no exercício de uma gestão compartilhada e ⁶Conforme já referido, vinculadas ao EducaSaúde, tiveram início, em 2014, a RIS-Saúde da Criança em Situação de Violência e Vulnerabilidade e, em meados do mesmo ano, a RIS-Saúde Coletiva. Em 2015, a Faculdade de Odontologia deu início à RIS-Saúde Bucal, e a Faculdade de Veterinária reconfigurou, nos termos da política de educação para o SUS, a Residência Profissional que mantinha desde muitos anos no âmbito do Hospital Veterinário da Universidade.

participativa.

Em meados de 2012, a partir de situações de sofrimento advindas da relação entre residentes e trabalhadores nos cenários de prática, que repercutiam dificuldades na condução da política de saúde mental nos municípios, organizou-se, junto à comunidade RIS-SMC, um amplo processo de avaliação do percurso da residência, com a participação de residentes, tutores, preceptores, gestores de saúde mental e coordenação da RIS.

O disparador desse processo foi um pedido levado à CORIS pelos residentes, de que se colocassem em discussão os critérios para que um campo se configurasse como cenário de práticas da RIS-SMC – pedido motivado, naquele momento, pelo que seria a experiência dos últimos dois anos em um dos municípios, mas que, em outros momentos, poderia sê-lo pela experiência em qualquer outro dos municípios ou agrupamento de cenários de prática participantes da Residência. Com efeito, colocar em questão as condições de um campo se constituir como cenário de práticas é algo que acompanha as sucessivas edições da Residência, de forma mais ou menos aguda, com mais ou menos tensão, com mais ou menos conversa e mediação.⁷

Ao mesmo tempo, e em contrapartida, escutamos

⁷Conforme referimos anteriormente, em muitos momentos vivemos a Residência no limite: no limite das nossas forças, da nossa condição de trabalho, da nossa paciência, da nossa capacidade de conversa... Com efeito, algo de uma experiência limite, limiar, é inerente ao trabalho em saúde mental, é inerente ao encontro com a loucura. Era outro, porém, o limite que ali se colocava em questão – uma condição limítrofe referida às condições de sustentabilidade do Sistema Único de Saúde, em que esta Residência se aloja. Entendemos que o SUS é processo e não produto, que requer sempre negociação, embate, jogo de forças, mas identificamos na precarização e privatização do trabalho na saúde, hoje, o seu calcanhar de Aquiles, que coloca no limite a sua sustentação. (OCKÉ-REIS, 2012)

frequentes questionamentos acerca dos requisitos para ser residente: postura, conhecimentos, compromisso com a atenção psicossocial, com uma prática antimanicomial, etc. Igualmente, são feitos questionamentos sobre as condições para ser tutor ou preceptor da Residência ou, no que toca à coordenação, sobre as condições para coordená-la.

Tudo isso chega ao Coletivo da Residência e nos atravessa às vezes como ruído, às vezes grito, às vezes desconfiança, às vezes maltrato, como verso e reverso, versões díspares, mal-entendidos. É nossa responsabilidade fazer desse barulho uma conversa, em que os diferentes atores que compõem a Residência possam se falar e se escutar. A conversa é ponto de partida e condição necessária para qualquer encaminhamento que se queira vir a dar, na construção – sempre coletiva – de um jeito melhor de andar a vida na Residência.

A leitura do texto “Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores”, de Emerson Merhy (2004), foi disparadora da discussão que, primeiramente, reuniu cada segmento em torno à conversa orientada por um conjunto de perguntas que requeria respostas⁸; após, no grande grupo, foi feita a apresentação e breve discussão das respostas construídas coletivamente por cada segmento. Num segundo encontro, com as respostas organizadas

⁸Eram seis perguntas, a serem trabalhadas pelos segmentos, divididos em grupos (residentes em cada município conveniado; gestores e preceptores de cada município conveniado; tutores; coordenação colegiada): 1) O que tem produzido tristeza e exaustão em nosso trabalho?; 2) O que tem produzido alegria?; 3) Do que não podemos abrir mão para ser RIS (conforme nosso projeto político-pedagógico)?; 4) Do que não podemos abrir mão para sermos tutores ou preceptores ou residentes ou coordenadores desta RIS?; 5) O que temos a oferecer à RIS como tutores ou preceptores ou residentes ou coordenadores? 6) O que esperamos receber da RIS como tutores ou preceptores ou residentes ou coordenadores?

por segmento em uma tabela única, foi proposto que cada grupo-segmento olhasse para o conjunto do que fora proposto no encontro anterior, destacando o que chamasse atenção (repetições, contradições, inesperados...); buscasse relacionar o relato referente ao contexto local da RIS-SMC ao que se apresentava no relatório do I Encontro Nacional de Residências, ocorrido em maio do mesmo ano – em especial no que dissesse respeito a cenários de prática e docência, destacando igualmente, dessa relação, o que chamasse atenção; e, finalmente, considerando o que se encontrasse no campo possível de governabilidade de cada segmento, fizesse propostas de encaminhamentos que pudessem reduzir a tristeza e a exaustão e produzir alegria e alívio.

Esse processo, bastante abrangente e participativo, de reflexão crítica, avaliação e formulação de propostas, foi desencadeador de movimentos importantes de transformação dos processos de trabalho e gestão da Residência, bem como de ampliação e diversificação de seus cenários de prática.

Criaram-se grupos de trabalho, com representação de residentes e docentes-assistenciais, para visita e pactuação com possíveis novos cenários e para revisão e reformulação do regimento interno, cujas propostas foram debatidas e decididas no espaço da CORIS. Como coordenação, cabia-nos dar consequência a essas decisões, no entendimento de que

[...] as relações mudam em função de circunstâncias, ações e paixões, produzindo sempre novos termos ou novos sentidos aos termos. O que significa dizer que o sentido é dado não por uma natureza imutável dos termos, mas pelos agenciamentos/relações

que, em cada lugar e a cada momento histórico, acontecem entre os termos. (ESCÓSSIA, 2009, p.690)

No fazer cotidiano de uma gestão que se propõe compartilhada, a fricção dos encontros, o embate e a negociação de posições, a exposição ao outro, o acolhimento de suas inquietudes, silêncios e angústias requerem o deslocamento dos lugares disciplinares e hierárquicos viabilizando e potencializando o desenho de novos contornos que se produzem no encontro – um redesenho.

Dentre os movimentos gerados no processo de avaliação participativa, a par do interesse na diversificação dos cenários de prática, constatou-se a necessidade de uma maior aproximação da RIS-SMC com os mesmos⁹ e de maior participação do corpo docente e técnico da Universidade nas funções docente-assistenciais, impulsionando as mudanças exigidas pelos novos agenciamentos que se desenhavam.

⁹Produzindo mais mediações do que polarizações entre Universidade e serviços.

Dessa forma, à tutoria de núcleo profissional,¹⁰ foi proposto assumir, concomitantemente, a tarefa de articulação da RIS-SMC junto a um determinado agrupamento de cenários de prática, colocando-se mais próxima, não só dos residentes, mas também dos trabalhadores desses cenários e dos respectivos gestores municipais.¹¹

Concomitantemente, ao colocar em funcionamento em nosso Programa o Núcleo Docente Assistencial Estruturante, conforme Resolução CNRMS 02/2012, tomamos a decisão de

¹⁰O ano de 2013 foi de experimentação da proposta de redesenho pactuada no coletivo, contando, naquele momento, com o grupo que vinha se ocupando há bastante tempo da tutoria, quando não desde a primeira turma de residentes: Ana Paula Tibulo, Cláudia Freitas, Francilene Rainone, Liciane da Silva Costa, Lisiane Rabello, Vanessa Panozzo, Vera Rezende – trabalhadoras da rede de educação e saúde mental identificadas com a proposta da RIS-SMC, que, na sua maioria, também haviam vivido a experiência de ser residente. A partir de 2014, o grupo de tutoras foi reconfigurado, sendo sua função assumida por docentes e técnicos vinculados à Universidade. Porém, a experiência da RIS-SMC, da forma como hoje se apresenta, deve seu legado a esse grupo primevo e sua implicação com a proposta. Merece menção, ainda, a participação e forte colaboração de Carolina Pommer e Maria Albers, do núcleo das Artes, que, nesse período de transição, na ausência de docente ou técnico de artes da Universidade, ocuparam-se do trabalho de tutoria e articulação de cenários de prática. Do grupo original, apenas Claudia Freitas (pedagoga, docente da Faculdade de Educação UFRGS) permanece conosco, compondo o trabalho com Caroline Beier Faria e Marília Jacoby (respectivamente terapeuta ocupacional e psicóloga vinculadas à Clínica de Atendimento Psicológico UFRGS), Daniela Ferrugem (assistente social do curso de Serviço Social UFRGS), José Damico (educador físico, docente da Escola de Educação Física UFRGS), Júlia Lângaro Becker (psicóloga vinculada à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas UFRGS) e Paula Fillipon (enfermeira vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição coirmã da UFRGS).

¹¹A partir da proposta de ampliação dos cenários de prática, em 2013 a RIS-SMC passou a ter inserção em quatro municípios – Porto Alegre, Canoas, São Leopoldo e Novo Hamburgo -, nos residenciais terapêuticos e na gestão de Saúde da Secretaria Estadual (SES-RS), além de projetos de extensão da UFRGS – Cataventos, ATnaRede, Estação Psi. A cada ano, o conjunto de cenários de prática se altera, com base na avaliação de percurso e conjuntura, realizada conjuntamente por residentes, tutores, preceptores e coordenação.

subverter o texto da Resolução, incluindo o segmento Residentes em sua composição, de forma a contemplar a multiplicidade de vozes (coordenação, tutoria, preceptoria e residentes) nas discussões do projeto político-pedagógico e nas decisões referentes ao cotidiano da RIS-SMC, nos moldes do funcionamento da Comissão de Pós-Graduação (Compós) junto aos Programas de Pós-Graduação – considerando a vinculação dos Programas de Residência da UFRGS à Pró-Reitoria de Pós-Graduação. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012)

EXERCÍCIOS DE COGESTÃO NA FORMAÇÃO PARA O SUS

Conforme ao que foi exposto anteriormente, e realçando a perspectiva de que para cuidar é preciso apropriar-se de diferentes dimensões como autonomia, gestão dos processos de trabalho e educação permanente, sustentamos a cogestão em processos como o da escolha dos cenários de prática e o da avaliação de percurso.

Os serviços e organizações em geral tornam-se lugar de formação a partir de demandas tanto suas como do Programa de Residência, e sob pactuação entre gestores e coordenadores de RIS. Em nossa experiência, os cenários de prática são instituídos a partir de critérios elencados como importantes para essa formação na modalidade de ensino em serviço, os quais foram igualmente estabelecidos em processo coletivo e cogestivo do percurso da Residência. Conforme o documento elaborado, entre as condições mínimas aprovadas no coletivo para pactuação RIS-SMC/cenários, tem-se, da parte da Universidade, por exemplo, “o reconhecimento do cenário como espaço formador em consonância com os

princípios do SUS ou em processo de alcançar essa consonância”; e, da parte do Cenário, “equipe multiprofissional disposta ao trabalho interdisciplinar...” e “condição de autonomia e protagonismo da equipe na relação com o gestor municipal”, entre outros. Também foram formuladas proposições orientadoras para o trabalho, quais sejam: compromisso ético-político dos residentes (tanto no campo como nos espaços da RIS-SMC); qualificação do diálogo entre coordenação da RIS-SMC e gestores; clareza na contratualização com os cenários de prática; garantia do espaço protegido e sigiloso de tutoria, preceptoria e demais agrupamentos; porosidade do serviço, reconhecendo a função instituinte da Residência; projeto pedagógico flexível e atento ao desejo do residente e alinhado aos princípios da RIS-SMC; avaliação caso a caso das condições de gestores/coordenadores serem preceptores; flexibilidade para circulação (entre os cenários).

Quando há demanda de abertura de novos cenários de prática, elege-se uma comissão, representada por diferentes segmentos como tutores e residentes, a qual, orientada pelos critérios construídos coletivamente, realiza visitas, discute potencialidades e dificuldades e, gerindo as próprias regras, participa de sua pactuação. E, uma vez que o residente, conforme o projeto político-pedagógico desta RIS, realiza o seu percurso formativo participando de dois cenários/serviços por ano, também a definição dos cenários para cada residente acontece de forma participativa e coletiva, buscando atender, por um lado, à singularidade das escolhas enunciadas de cada um e, por outro, aos pontos coletivamente definidos e às pactuações entre Universidade e Serviços.

Em relação ao processo de avaliação de percurso, este necessariamente envolve avaliação da RIS-SMC em seu conjunto, não estando restrito ao residente e seu desempenho. O que se coloca em questão é a qualidade do encontro entre residente e cenário de prática no contexto formativo da Residência – encontro que se desdobra em múltiplos outros, envolvendo residentes (ou Residência) e preceptores... e equipes... e usuários... e territórios... e tutores... e coordenação... Não são encontros pacíficos, mas agonísticos, colocando em causa um campo de tensões que atravessa o fazer da Residência.

Muitas dessas tensões são vividas como paroxismos. Assim, nossa aposta no protagonismo dos residentes nos processos de gestão contrasta com as experiências hegemônicas de formação por que esses mesmos residentes passam até o ingresso na RIS-SMC. Contrasta também, frequentemente, conforme apontado anteriormente, com os modos de gestão vigentes junto às equipes dos serviços, que têm dificuldades de se colocar de forma protagonista na relação com a Universidade enquanto proponente da Residência. O encontro com a proposta cogestiva tende, portanto, a produzir estranhamentos, os quais ganham expressão de múltiplas e díspares formas, como através do pedido reiterado de tomada de decisões, endereçado à coordenação (considerada, nesse caso, pouco firme) ou no equívoco que confunde cogestão e autogestão, levando à assunção de um discurso de certezas, que não leva em conta nem negocia com os pontos de vista da pluralidade de atores que constituem a RIS-SMC.

A gestão de um Programa que abarca, como parte de seu operar, um campo de tensões, estará constantemente diante de

impasses para os quais não tomará definições preestabelecidas. Haverá, nessas situações, uma expectativa para que se imponham as resoluções; no entanto, tal expectativa cederá lugar a uma nova combinação, com a proposição de dispositivos para que os argumentos tenham lugar na produção do debate. Tal combinação poderá incluir uma agenda de reuniões, a constituição de comissões, a leitura de textos, a revisão e a elaboração de documentos, a criação de espaços para a exposição das dificuldades, o levantamento de possibilidades com a apresentação de propostas que, por fim, poderão ser compartilhadas e acordadas. Nesta direção, cabe destacar que a cogestão se faz ao articular as diferentes posições, não correspondendo a um movimento de cunho corporativo, que se opõe antes mesmo de abrir-se à ponderação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lugar da coordenação tem, supostamente, a prerrogativa de traçar definições unilaterais. Eventualmente isso se faz necessário, quando, por exemplo, um princípio de base ou coletivamente construído é desrespeitado. No entanto, na perspectiva da saúde mental coletiva, a experiência da cogestão, no contexto de formação, tem sido uma estratégia fundamental para reafirmar as potencialidades do fazer coletivo que corresponsabiliza a todos.

Estaremos mais próximos e em consonância com uma formação em serviço para o SUS se os atores de um Programa de Residência puderem trabalhar com a diversidade e se a organização dos espaços comportar o embate, concomitante à problematização de seus sentidos e interesses. Assim, a análise do processo de gestão na dimensão micropolítica torna-se fundamental para

visualizar as capturas que nos fazem tanto demandar como lançar mão de respostas diretivas. Desse modo, sentir-se perdido ou solicitar decisões pode, ao mesmo tempo, significar a abertura para partilhar saberes entre profissionais sempre em formação, dissipando fronteiras disciplinares e, assim, compondo novos modos de cuidar.

Ao retirar a gestão do lugar hierárquico em que costumamos situá-la e até mesmo naturalizá-la, instaura-se, não um modelo, mas um processo que demanda assegurar espaço e tempo para o encontro e para a conversação. A construção desse espaço-tempo desdobra-se em diversos encontros, contemplando os diferentes atores aí engajados. São encontros de forças que produzem afetação e geram transformação – nos residentes, nos preceptores, nas equipes, nos usuários, nos territórios, nos tutores, na coordenação. Subjaz a esses encontros o embate de posicionamentos entre as lógicas privatista e pública no campo da saúde, e a possibilidade de chegar-se à negociação, o que emprestará um novo contorno à situação. É a capacidade de sustentar e deixar-se afetar por tais embates, fazendo deles uma força produtiva, o que possibilitará o desenrolar desse processo. É nosso desafio e nossa aposta, reafirmados no cotidiano da Residência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 abr. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 15 jun 2016.

CAMPOS, G.W.S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: _____ (Org.). **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.100-127.

_____. **Um método para análise e cogestão 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.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário (réplica). **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R.B. et al. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde, realizada em serviço, sob orientação docente assistencial. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.61-73.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R.B. Residências em saúde: o que há na produção de teses e dissertações? **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 47, p. 759-76, dez. 2013.

ESCÓSSIA, L. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública. **Interface (Botucatu)**, v. 13, supl. 1, p.689-94, 2009.

FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

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

KINOSHITA, T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F. (Ed.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.55-59.

MERHY, E.E. **Os CAPS e seus trabalhadores**: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em: 22 ago 2015.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.113-150.

MIRANDA NETO, M.V.; LEONELLO, V.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Residências Multiprofissionais em Saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p.586-593, 2015.

OCKÉ-REIS, C.O. **SUS**: o desafio de único. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

ONOCKO, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.122-49.

PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, n. 41, ago. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013b000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jan 2016.

SILVA, Q.T.A.; CABALLERO, R.M.S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.61-73.

O Trabalho de Tutoria e Preceptoría em um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança: Aprendendo e ensinando novas lições

*Vera Lúcia Pasini
Jane Heringer
Sandra Corrêa da Silva
Malviluci Campos Pereira*

Este texto parte de nossa experiência como tutoras e preceptoras de um Programa de Residência Multiprofissional inserido em um contexto hospitalar no município de Porto Alegre (RS). Narramos nossa implicação como parte do conjunto de atores que produzem uma residência que pretende formar diferentes profissionais de saúde para uma inserção no SUS comprometida com seu desenvolvimento. O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança, com enfoque em vulnerabilidades e violência, do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (PRIMSC/HMIPV), nasceu por iniciativa de profissionais do serviço e culminou em uma vinculação entre a gestão municipal e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para seu desenvolvimento. Esta narrativa oferece-nos a oportunidade de compartilhar os processos em curso, comuns a muitos outros programas de residência jovens como o nosso, contribuindo com o percurso de fortalecimento da política de formação de trabalhadores para o SUS, por meio do compartilhamento das aprendizagens que se fazem nas trilhas e caminhos abertos pelas Residências Multiprofissionais em Saúde.

UM POUCO DA NOSSA HISTÓRIA...

Centro desse processo, o Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) é um hospital público vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (RS) desde o ano 2000. Integra a rede municipal de saúde da cidade, atendendo pacientes da capital e interior do estado do Rio Grande do Sul, tendo por missão a atenção em saúde materna e infantil, prestando atendimento exclusivamente pelo SUS.

O hospital possui em sua estrutura as emergências pediátrica e obstétrica; internações pediátrica, ginecológica, obstétrica, psiquiátrica feminina e alojamento conjunto; Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) neonatal e pediátrica e o ambulatório de especialidades. Constitui-se como um hospital de ensino, desenvolvendo programas de residência médica nas áreas de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria, além de estágios e práticas curriculares de diversas áreas profissionais de nível superior e técnico. Entre os serviços de referência municipal e estadual, destaca-se o Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI), que atende situações de vulnerabilidade decorrentes de violências sexuais contra crianças e adolescentes.

Em 2010, no contexto de ampliação das propostas de formação na modalidade Residências Multiprofissionais em Saúde, um grupo de trabalhadores do HMIPV de várias áreas propôs à direção a possibilidade de construção e implantação de um projeto de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito hospitalar. A partir do aval institucional, constituiu-se um grupo de trabalho composto por assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas,

terapeutas ocupacionais, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas e odontólogos, a fim de pensar e construir a proposta de um programa orientado pelos eixos da interdisciplinaridade, da integração assistência/ensino/gestão e controle social, com inserção em diversos cenários de práticas da Política de Saúde e Assistência Social do município. A proposta construída por esses profissionais visava à implantação de uma residência com ênfase em Saúde da Criança, transversalizada pelo cuidado relacionado às situações de violência e outras vulnerabilidades. Tal proposição baseou-se na importância da abordagem dessas questões para a saúde pública, bem como no reconhecimento do compromisso institucional com a formulação de políticas de cuidado integral de crianças, adolescentes e mulheres envolvidos em situações de violência sexual e outras vulnerabilidades. (PORTO ALEGRE. PREFEITURA MUNICIPAL. HOSPITAL MATERNO-INFANTIL PRESIDENTE VARGAS; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2013)

Em um contexto de investimentos no enfrentamento da violência, a implantação do Programa de Residência Integrada em Saúde da Criança (PRIMSC) apresentava-se como oportunidade para contribuir com a formação de trabalhadores do SUS com qualificação para a abordagem de situações de violência contra crianças, em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, acompanhando Ceccim e Armani (2002), entende-se que essa formação se constitui como uma estratégia privilegiada de Educação Permanente em Saúde e

[...] uma das formas de desenvolver o aperfeiçoamento profissional, tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de

estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional. (CECCIM; ARMANI, 2002, p.151)

Em um primeiro momento, o grupo de profissionais do HMIPV estudou o processo de formação em Residência em Saúde e construiu um projeto moldado a partir da prática do trabalho em saúde e de suas experiências de formação. Em 2013, durante a estruturação do projeto, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), vinculada ao Ministério da Educação (MEC) e ao Ministério da Saúde (MS), torna obrigatória a vinculação dos Programas de Residência em Saúde a uma Instituição de Ensino Superior (IES) como proponente. A partir dessa demanda, buscou-se a articulação com a UFRGS, instituição com a qual o HMIPV já vinha desenvolvendo parceria institucional para a formação de seus profissionais no Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, realizado junto ao Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde - EducaSaúde, naquele momento vinculado à Faculdade de Educação.

Firmado o termo de cooperação entre as instituições e tendo o projeto sido aprovado após concorrer a edital público, nasce o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança: violência e vulnerabilidades (PRIMSC) em novembro de 2013, com início da primeira turma em março de 2014.

A constituição do Programa faz emergirem novos papéis/ funções, pouco familiares até então. Passam a compor o processo de formação os tutores (função exercida por professores da Universidade, inicialmente convidados nominalmente para

colaborar com a proposta) e uma coordenação executiva exercida em composição por um representante da UFRGS e um do HMIPV, além dos preceptores (função exercida pelos profissionais vinculados ao HMIPV, responsáveis pelo acompanhamento direto do processo de formação em serviço).

Atualmente, estamos iniciando a terceira turma do PRIMSC, em um processo de construção que se faz em cogestão entre HMIPV e UFRGS. Tem sido um processo complexo, no qual as duas partes precisam experimentar uma novidade. O HMIPV desenvolve Programas de Residência Médica há mais de 30 anos, possuindo *know how* na formação de profissionais do núcleo da Medicina. No entanto, pela primeira vez vivencia a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde, precisando apropriar-se das especificidades produzidas pela perspectiva de formação de diferentes profissionais em equipes, tendo em comum o cuidado de crianças envolvidas em situações de violência e outras vulnerabilidades. A UFRGS, por sua vez, desde 2005, tem investido no apoio e na sustentação de Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde junto à Universidade, por meio do EducaSaúde, (CECCIM et al., 2010) hoje responsável direto pela coordenação de dois Programas de Residência (Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva). Porém, pela primeira vez experencia, a partir da parceria com o HMIPV, a gestão compartilhada de um Programa de Residência Multiprofissional que se desenvolve em âmbito hospitalar, na articulação com a rede de saúde e intersetorial.

Os seminários anuais promovidos pela coordenação do Programa, com a participação da gestão do HMIPV e da UFRGS, preceptores, tutores e residentes, têm sido uma ferramenta

importante para a produção de elementos avaliativos do processo em andamento, objetivando constituir mudanças necessárias à qualificação do Programa, com a participação de todos os atores envolvidos.

Após algumas alterações produzidas ao longo de seu curto período de desenvolvimento, a proposta atual da RIMSC contempla que os residentes no primeiro ano sejam divididos em dois grupos, cada um deles com representantes das profissões inseridas na residência (atualmente, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social), permanecendo por cinco meses alternados nas unidades da área hospitalar do HMIPV, constituídas pelos seguintes campos de atuação: 1) unidades pediátricas: sala de observação/internação/UTI; 2) unidades mãe/bebê: alojamento conjunto e UTI neonatal. Além disso, está previsto que os residentes estejam inseridos na rede municipal, com realização de práticas e vivências em Serviço de Pronto Atendimento, Conselhos de Saúde e Vigilância Sanitária e em equipamentos da Assistência Social, ainda no primeiro ano.

No segundo ano, os residentes terão o CRAI como único cenário de prática dentro do HMIPV, sendo a maior parte da carga horária destinada a experiências na rede externa ao hospital - em equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou em serviços vinculados à assistência social por meio dos equipamentos da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) do município de Porto Alegre. Tal itinerário objetiva que o residente possa melhor compreender a articulação da rede de cuidados e o percurso dos usuários com história de violência e outras vulnerabilidades, bem como a relação

e o papel do hospital nessa trajetória.

Espera-se que, ao final da residência, os egressos da formação em serviço realizada na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança-HMIPV/UFRGS se sintam mais bem preparados para o trabalho na área da Saúde da Criança, nos diversos âmbitos de atenção do SUS, frente às questões de violência e vulnerabilidades, estando habilitados para o desenvolvimento de ações em assistência, planejamento, gestão, promoção, vigilância e educação em saúde.

Espera-se também que os serviços por onde os residentes passam sejam tocados pela juventude de suas questões, pela vontade de movimento, pelo desejo de ver o SUS produzir-se como um dispositivo (FOUCAULT, 1996) que nos permita aproximação de um novo campo de racionalidade na saúde. Segundo Foucault (1996, p.211), o dispositivo seria

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos.

No tramar dessa rede que o SUS configura, estão gestores; trabalhadores dos serviços da saúde e dos serviços intersetoriais envolvidos com o cuidado na perspectiva da integralidade; usuários; instituições de formação dos futuros profissionais de saúde; corporações; a mídia; e muitos outros atores que vão configurando determinados modos de ver e fazer saúde no Brasil.

A inclusão de novos atores nesse cenário, a partir da proposta das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), tem um objetivo estratégico de reconfigurar os instituídos modos de ensinar/aprender em saúde e também de produzir cuidado em saúde. As tarefas de preceptoria e tutoria, então, são fundamentais para a promoção de mudanças na racionalidade em saúde que estamos buscando operar. Porém, essa não é uma tarefa fácil; ao contrário, tem se mostrado desafiadora e mobilizadora de muitos afetos que, por vezes, colocam em risco o objetivo desejado. A seguir, daremos visibilidade ao conjunto de atores que produzem esse processo de ensino/aprendizagem em serviço e evidenciaremos como estamos pensando e exercendo essa função/lugar/papel no programa de residência aqui apresentado.

SOBRE OS ATORES E OS ESPAÇOS DE ENCONTRO...

Conforme já mencionamos, compõem a organização do processo de formação do PRIMSC: uma coordenação com participação da UFRGS e do HMIPV; tutores de cada núcleo profissional inserido na residência; docentes de várias áreas, atuantes nas atividades teóricas; preceptores, vinculados aos cenários de prática; demais trabalhadores dos cenários de prática envolvidos com assistência, ensino, gestão ou controle social; e os residentes. Considerando o compartilhamento das ações entre docentes e trabalhadores de ambas as instituições, a necessidade de consolidar um canal de comunicação entre eles foi uma demanda desde o início do processo, e, no decorrer dos dois primeiros anos, foi se concretizando a organização de espaços de troca entre os diferentes atores do Programa. Em 2015, esses encontros foram

condensados em um determinado dia da semana, com o intuito de facilitar a participação de todos. Os espaços de encontros mensais estavam assim constituídos:

Periodicidade	8h às 10h	10h às 12h	13h30 às 15h30
1ª Quarta-feira	Coordenação Tutores Preceptores de Núcleo Residentes	Preceptorias de Núcleo	Reunião Preceptores de Núcleo
2ª Quarta-feira	Coordenação + Residentes	Seminários Temáticos	Formação Preceptores
3ª Quarta-feira	Coordenação Tutores Preceptores de Núcleo Residentes	Tutorias	CORIS
4ª Quarta-feira	Assembleia Residentes e Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE)	Seminários Temáticos	Assembleia Preceptores
5ª Quarta-feira	Reuniões emergenciais, aulas ou inserção nos campos de prática.		

Esses diferentes espaços concretizam o esforço de reflexão e construção coletiva do Programa, além de permitirem a manutenção de espaços teórico-práticos compartilhados, bem como a implantação e avaliação do projeto pedagógico da residência. Entretanto, garantir a manutenção desses momentos e a participação de todos os envolvidos é, por vezes, muito difícil devido aos inúmeros compromissos assumidos pelos participantes nos âmbitos assistencial e acadêmico, especialmente tendo em vista que a participação no processo de formação ainda é uma tarefa adicional ao cotidiano já sobrecarregado de trabalho (tanto para os

profissionais dos serviços quanto para os docentes da universidade) e requer investimento no ganho de institucionalidade, pois ainda há uma compreensão incipiente da importância do investimento dos envolvidos nas propostas de formação nas Residências Multiprofissionais, seja nos serviços, seja nas Instituições de Ensino Superior.

SOBRE A PRECEPTORIA...

Olharemos agora para uma parte constituinte da relação pedagógica e da ação nos cenários de prática: os preceptores. O desenho do Projeto Pedagógico e da atuação dos preceptores no PRIMSC dá-se a partir das *Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área Profissional de Saúde*. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) Conforme esse documento, a função de preceptor caracteriza-se pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes de núcleo correspondente nos serviços de saúde onde se desenvolve o Programa.

De acordo com essa prerrogativa, no PRIMSC, dividiu-se inicialmente a preceptoria em duas funcionalidades: de campo e de núcleo. Essa divisão baseou-se em Campos (2000), que conceitua campo como o espaço constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões, tendo “limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p.53); e núcleo como “a identidade de uma área de saber e de prática profissional.” (CAMPOS, 2000, p.53) Entretanto, no PRIMSC,

campo era entendido como determinado cenário de práticas, enquanto núcleo era o exercício de uma determinada profissão.

A preceptoria de campo estava ligada ao acompanhamento das¹ residentes de determinado núcleo profissional quanto à atuação em um cenário de práticas específico; a preceptoria de núcleo realizava o acompanhamento longitudinal das atividades realizadas pelas residentes de um núcleo profissional, independentemente dos cenários em que as residentes estivessem inseridas. As funções de preceptoria de campo e de núcleo poderiam, inclusive, ser desenvolvidas por uma mesma pessoa, considerando que os profissionais compõem equipes dos cenários de práticas nos quais as residentes se inserem ao longo da residência e, nesse contexto, desenvolvem a orientação em serviço das residentes.

Preceptores de Núcleo constituíam-se como referência no acompanhamento das residentes de sua área profissional durante os dois anos de formação, sendo responsáveis pela orientação técnico-profissional específica de cada categoria e pela articulação junto às equipes dos cenários de práticas de estratégias de implantação de novas atividades e/ou modos de fazer propostas pelas residentes. Esse funcionamento possibilitou o acompanhamento das residentes em toda a sua trajetória e permitiu atentar à singularidade de cada profissional residente, propiciando reflexão e estímulo à busca por embasamento e/ou aprofundamento conceitual nesse processo.

Assim como indicado nas *Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área Profissional de Saúde*, (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) as atribuições do preceptor de núcleo buscavam colaborar na implantação e/

¹Usaremos aqui o gênero feminino, tendo em vista que atualmente todas as residentes do Programa são mulheres.

ou desenvolvimento de modelos e diretrizes assistenciais que contemplassem a interdisciplinaridade, a integralidade e a humanização, propiciando o desenvolvimento das competências profissionais específicas. Esse fato ocorria diretamente na aproximação com as residentes do núcleo no espaço de preceptoría semanal e conjuntamente com outros atores nos diversos espaços de encontros já citados.

Aos preceptores de campo estavam atribuídas a orientação e articulação das ações dos núcleos dentro dos cenários de prática, bem como os fazeres do coletivo de residentes, auxiliando na inserção nas equipes e possibilitando a ação e reflexão no cotidiano do trabalho. Essa função dava-se na atuação no dia a dia dos serviços e em reuniões semanais de campo, com participação dos diversos preceptores e residentes inseridos em um mesmo cenário. As reuniões de campo visavam o acompanhamento, ao planejamento, à supervisão das ações das residentes e, ainda, a ser um espaço de discussão do processo de trabalho das equipes, dos casos atendidos e de aspectos teóricos relevantes para o trabalho naquele campo.

Nos setores de internação do hospital, as categorias profissionais inseridas na residência contam com preceptores de cada núcleo profissional acompanhando o processo de formação. No entanto, é função de todos os preceptores de campo constituir-se como referência para os residentes nas ações multiprofissionais e interdisciplinares. Os campos externos contavam somente com profissionais que exerciam a função de preceptor de campo, nem sempre do mesmo núcleo profissional que está passando pelo cenário naquele momento. Sua função é constituir-se como uma

referência e contribuir na articulação e na inserção dos residentes nas equipes.

No momento atual, excluiu-se a divisão entre preceptoría de campo e núcleo, e o acompanhamento das residentes é exercido unicamente pelos preceptores presentes nos cenários de prática, que agregam a função de orientação de núcleo no campo e das demais atividades pertinentes ao cenário. Dessa forma, o acompanhamento das residentes dá-se no espaço/tempo do cenário, não havendo mais o acompanhamento longitudinal pelo mesmo preceptor de núcleo ao longo de todo o processo da residência. Passados dois anos do início da implantação da residência, há uma expectativa de que os profissionais dos cenários de práticas se sintam mais bem preparados para receber residentes, compreendendo a proposta de formação e os desafios a enfrentar.

Em um programa tão jovem quanto o da PRIMSC/HMIPV, faz-se necessário e fundamental a constituição de um processo de reflexão permanente, reforçando o que indicam Fajardo e Ceccim (2010) ao entenderem a experiência de ser preceptor como a de fazer e pensar e pensar fazendo. Para tal, iniciamos no ano de 2015 encontros mensais para refletir sobre nossas práticas como preceptores. Tais atividades são conduzidas pela Coordenação do PRIMSC em conjunto com a assessoria de ensino do HMIPV. Abre-se, ainda de forma inicial, um espaço para o exercício de pensamento sobre a docência no trabalho em saúde dentro do contexto hospitalar, o qual ainda não nos é possível avaliar, mas espera-se poder qualificar nossa função docente/assistencial.

No decorrer destes dois anos, diversos profissionais transitaram nas atividades relacionadas ao PRIMSC, dentro e fora

do HMIPV, com revezamentos, novas inserções, diferentes papéis nos exercícios de ensinar e aprender. As equipes tiveram contato com residentes, por vezes entendendo a importância de alguns profissionais diminuírem seu tempo na assistência direta aos usuários para acompanhar o processo das residentes, por vezes reivindicando mais dedicação para a assistência em detrimento do ensino, uma vez identificados problemas decorrentes da inserção das residentes nos cenários de práticas.

Apresenta-se um emaranhado de caminhos e formas de caminhar para o reconhecimento do efeito das atividades de ensino dentro do trabalho em saúde. Nesse percurso, uma parte das ansiedades e angústias é diminuída frente a uma gradual clareza das atribuições dos diversos atores e do crescente apoio institucional para a realização do projeto. Contudo, a cada ano, novas rotas têm início, abrindo-se caminhos que não conhecemos, nos quais não nos sentimos apoiadas. Os rumos ficam embaçados, as tarefas constituem-se como árduas e as parcerias esmaecem.

Nesse caminhar, a certeza é que sempre nos acompanhará um/uma novo/a residente, que envolverá relações peculiares com a preceptoria. A relação entre preceptor e residente inclui componentes que colocam em questão relações de hierarquia, poder, avaliação (acompanhada das fantasmáticas sobre aprovação e reprovação), deparando-nos com a responsabilidade pelo aprendizado dos/das residentes e convocando-nos a prestar atenção à sua história pessoal, à sua vivência pregressa, às suas experiências e aspirações pessoais e profissionais (MEIRA; MARTINS; MARTINS, 2010), o que faz da preceptoria uma atividade sempre trabalhosa, mas igualmente gratificante no decorrer do percurso.

SOBRE A TUTORIA

Depois de cerca de trinta anos trabalhando no campo da saúde, foi em 2014 que a tutora da PRIMSC, que coescreve este texto, assumiu como professora adjunta I no Curso de Psicologia da UFRGS, após aprovação em concurso público. Levando em consideração sua experiência prévia como coordenadora e posteriormente preceptora de uma RMS, logo foi indicada pelos colegas de departamento para assumir a preceptoria do núcleo da Psicologia na nova residência que estava se iniciando no HMIPV, em parceria com a UFRGS.

Mas o que é mesmo ser tutora, exercer a tutoria? Essa se configurava uma nova função, nunca exercida previamente, tendo em vista que, na experiência anterior, o programa de residência era desenvolvido em um Hospital de Ensino e orientado apenas por trabalhadores daquele estabelecimento, sem a interface com uma Instituição de Ensino Superior (IES).

Em 2012, as *Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde* (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) definem o tutor como: profissional com formação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, três anos, cuja função se caracteriza pela realização de atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes. Essa resolução estabelece ainda que existiriam dois tipos de tutorias a serem exercidas nos programas de residência: Tutoria de núcleo, que “corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas,

teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes” (art. 11, §1º); e Tutoria de campo,

[...] correspondendo à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (art. 11, §2º). (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012)

Segundo o Art. 12 dessa resolução, são competências do tutor no âmbito das Residências Multiprofissionais e em área profissional da saúde:

- I. implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico (PP) do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;
- II. organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;
- III. participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;
- IV. planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e

- V. desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;
- VI. articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;
- VII. participar do processo de avaliação dos residentes;
- VIII. participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- VIII. orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012)

Como já referido, na experiência prévia, “tutoria” era um termo e uma prática inexistentes, pois trabalhávamos apenas com preceptores, entendidos como os profissionais de saúde inseridos nos cenários de práticas dos residentes, responsáveis por acompanhar, facilitar e avaliar o processo de ensino/aprendizagem em serviço nas Residências em Saúde.

Ao conhecerem-se as colegas psicólogas responsáveis no HMIPV pela preceptoría de núcleo da Psicologia, foi configurando-se a perspectiva de que a tutoria pudesse ser um momento de escuta e acolhimento das angústias produzidas nelas e nos residentes quanto a essa novidade que se configurava – a inserção de uma RMS naquela instituição hospitalar –, e de produção de uma efetiva aproximação entre a Universidade (como campo de produção de saberes) e os cenários de práticas dos/as residentes (como campos de produção de fazeres). A *tal* integração ensino-serviço era a

demanda. Como fazer isso foi um dos primeiros incômodos. Naquele momento, outras professoras da UFRGS desenvolviam a função de tutoras dos núcleos de Nutrição, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social – a Enfermagem não havia tido candidatos aprovados nessa primeira turma, e, em função disso, ainda não havia tutoria desse núcleo definida pela Universidade –, mas não existia proximidade entre elas e não se sabia como cada uma estava desenvolvendo suas atividades. As professoras envolvidas foram convidadas pela coordenação do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde – EducaSaúde–, órgão da Universidade responsável pelo estabelecimento da parceria entre a UFRGS e o HMIPV para realização da Residência, para assumirem a função de tutoras dos núcleos correspondentes. Algumas delas, assim como a tutora da Psicologia, tinham experiências prévias com formação na modalidade RMS, enquanto para outras era sua primeira aproximação, mas todas tinham em comum a proximidade com o campo da Saúde Coletiva. O relato sobre essa questão é importante para entendermos que a inserção das RMS como Cursos de Especialização junto às Universidades e, especificamente, na UFRGS, ainda está em processo de implementação nas instâncias institucionais, e isso produz várias questões para o exercício da tutoria junto às RMS.

Os encontros regionais e nacionais das RMS têm proporcionado trocas entre tutores e preceptores de programas de outras universidades e estados, ganhando visibilidade o fato de que cada IES tem se apropriado de modos diferentes dos programas e encontrado alternativas institucionais para reconhecimento dos títulos de especialista dos egressos, bem como das horas de trabalho dos professores envolvidos com o desenvolvimento

das atividades teóricas e teórico-práticas (como as tutorias) e orientação de Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR); e de que, em algumas das IES, parece não haver qualquer movimento no sentido do reconhecimento das atribuições dos professores junto às Residências.

Temos relatos de vinculação das RMS às Pró-reitorias de Extensão das IES; em outras, às Pró-reitorias de Pós-graduação (movimento que está acontecendo na UFRGS), mas há também relatos de que em muitas delas não há qualquer formalização do trabalho efetivado pelos docentes, causando dificuldades em conciliar a dedicação necessária às novas demandas produzidas pelos programas de RMS e as exigências acadêmicas já constituídas formalmente, assim fragilizando a potência que a aproximação entre as IES e os cenários de formação em serviço pode produzir.

Na experiência que vimos desenvolvendo junto ao PRIMSC, sentimos necessidade de que o envolvimento com a proposta se estabeleça de forma orgânica entre os professores vinculados aos cursos de graduação das profissões inseridas na Residência, e não somente a partir de compromissos pessoais com a formação de trabalhadores para o SUS (como já observamos em outras propostas que buscam aproximar as IES e os serviços de saúde, como os Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde, por exemplo). Entendemos que somente assim as reverberações desse processo de formação podem estender-se para dentro das IES, produzindo um efeito de dupla via: a Universidade e serviços pensando e fazendo, fazendo e pensando; produção de conhecimento e produção de fazeres dando-se em uma relação

intrínseca, para que se estabeleçam novas relações entre teoria e prática, em que se possa compreender que:

[...] a prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro. (FOUCAULT, 1996, p.69-70)

Estamos caminhando nessa direção, mas ainda a passos lentos, na medida em que o envolvimento que conseguimos ter hoje com o processo de formação dos residentes e de transformação dos serviços que se produz nesse encontro é muito pontual (quinzenalmente em conjunto com preceptores e residentes e mensalmente somente com preceptores) e não retorna à Universidade pela pouca interlocução sobre o que se produz nesses encontros entre os professores envolvidos com os/as residentes e preceptores e seus pares no cotidiano acadêmico, bem como com os alunos da graduação e das pós-graduações *lato* e *stricto sensu*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivenciar a implantação da residência em saúde da criança no HMIPV como preceptoras e tutora, acompanhando o processo, desde a sua concepção, tem sido, certamente, intenso e repleto de muitos questionamentos, angústias, dúvidas e enfrentamentos.

Atividades diversas e extraordinárias exigem uma nova configuração e estruturação do trabalho a fim de acomodar as funções docente-assistenciais. Esse processo, por sua intensidade, pode ou não produzir o que Fajardo (2014) chama de efeito dominó

em uma equipe, e aqui estendemos a um grupo de professores.

A reflexão sobre os processos de trabalho e sobre a relação ensino/aprendizagem desacomoda alguns dos atores envolvidos, desencadeando conflitos e evidenciando a possibilidade de mudanças, mas ainda se dá de modo fragmentado entre os âmbitos acadêmico e dos serviços. O encontro com a formação em serviço, por meio dos/as residentes, faz movimentar a vida profissional de preceptores e tutores, impulsionando-os a se instrumentalizarem nos desafios que se produzem no acompanhamento de cada nova turma; entendemos que esse movimento precisa ganhar força e institucionalidade.

Poderíamos aplicar ao processo construído na Residência o princípio da integralidade no SUS, visto que nesse encontro de formação temos com residentes uma ampliação do olhar em múltiplas direções, ao acompanharmos e sermos acompanhados cotidianamente. Estar com o profissional em formação produz uma ampliação do olhar sobre o percurso formativo, mas também sobre nossos modos de trabalhar, de ensinar e de aprender, produzindo-se *entre* residentes, preceptores e tutores, novos trabalhadores dos serviços de saúde e professores das Universidades. Essa é a aposta e o desafio que se apresenta cotidianamente a todos os atores envolvidos com este processo de formação em serviço para o SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 abr. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13-abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 15 mar 2016.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p.219-30, 2000.

CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B. Gestão da educação em saúde coletiva e a gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S.M.S. (Orgs.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p.143-61.

CECCIM, R.B. et al. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: educação pós-graduada em área profissional da saúde, realizada em serviço, sob orientação docente assistencial. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.61-73.

FAJARDO, A.P.; CECCIM, R.B. O trabalho da preceptoría nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.191-210.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996.

MEIRA, A.C.S.; MARTINS, A.R.; MARTINS, M.C. A relação entre preceptores e residentes: percursos e percalços. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.211-24.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Hospital Materno-infantil Presidente Vargas; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Projeto pedagógico Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança**. Porto Alegre: 2013. Não publicado.

Descentralização da Formação pelo Trabalho: Narrativas de uma residente na construção de itinerários pedagógicos fora dos grandes centros urbanos¹

*Aline Scheffer de Menezes
Daniela Dallegrave*

INTRODUÇÃO

As produções científicas que tratam da formação acadêmica dos profissionais de saúde, quase que por unanimidade, chegam à inquietante conclusão de que os currículos acadêmicos ainda não correspondem à complexidade das vivências nos serviços de saúde, evidenciando que a formação atual ainda fomenta um conhecimento descontextualizado e desprovido de potencial transformador na prática de cuidado. Utilizando-se desse panorama, e de outros mais, a Residência Integrada em Saúde (RIS) entra em cena ao constituir-se como um programa de formação em serviço que se compromete com a redução das “lacunas” presentes na formação dos profissionais de saúde, excitando-os para a execução de práticas de maior consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Residência em Área Profissional da Saúde se concretiza como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* com a promulgação da Lei nº 11.129, (BRASIL, 2005) destinando-se às diversas categorias profissionais componentes da área da saúde, e

se caracterizando como um programa de cooperação intersetorial,

¹Este capítulo é resultante do Trabalho de Conclusão de Residência, pré-requisito para a conclusão da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e foi produzido por uma residente.

em regime de dedicação exclusiva. Entre seus principais objetivos destaca-se o favorecimento da inserção qualificada dos profissionais de saúde no mercado de trabalho, através da execução da educação em serviço e a realização da supervisão docente-assistencial, em meios de angariar a superação de uma visão fragmentada do conhecimento e atenção em saúde. (SILVA; CABALLERO, 2010)

A formação pelo trabalho, ou seja, aquela que ocorre no ato, em que os encontros entre profissionais de saúde e a população acontecem, propiciam movimentos que desacomodam, tanto profissionais quanto instituições. Segundo Silva e Caballero (2010, p.67),

Pensar no mundo do trabalho (com suas lógicas, disputas, atravessamentos e intensidades) como lugar de formação é colocar em questão os modos de subjetivações que podem ser produzidos nesses espaços, pois é na relação com as normas e os preceitos inscritos nesses lugares que os sujeitos vão constituindo-se ética e politicamente. Pensar no mundo do trabalho como lugar de formação é evidenciar e problematizar a existência de espaços de saúde que são favorecedores da vida e de recriações sociais e também que existem serviços de saúde que são espaços sociais mortíferos, de repetição e que impedem e neutralizam qualquer movimento de criação.

Para Oliveira e Guareschi (2010), as Residências possuem potencial para a produção de um saber tramado pela possibilidade de ressignificação do papel dos trabalhadores comprometidos com o sistema de saúde. Essa ressignificação torna-se possível na medida em que há uma inclusão de mecanismos de reflexão sobre a

dimensão simbólica das práticas em saúde no cotidiano do trabalho. Em sua tese de doutorado, Dallegrave (2013) questiona se essa modalidade de formação estaria a serviço da substituição, pelos profissionais, dos “pontos finais” pelos “pontos de interrogação” no trabalho em saúde. Uma possível resposta poderia ser encontrada nas palavras de Oliveira e Guareschi (2010, p.105), ao referirem que o tipo de atuação profissional proposta gera mudanças e apresenta a possibilidade de redução da relevância das práticas de reprodução dos saberes, dissolvendo a distância entre o discurso dominante e a prática cotidiana, “e fortalecendo a observação dos fenômenos como fonte de conhecimento melhor que os divulgados em antigas doutrinas que não valorizam princípios de integralidade do sujeito trabalhador e usuário do sistema”.

Desde o ano de 2004, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) insere-se no rol das instituições que desenvolvem o programa de formação/especialização *lato sensu* de profissionais de saúde, através da RIS. Desde a primeira experiência com essa modalidade de ensino até o ano de 2012, a instituição desenvolvia a formação dos residentes da ênfase Saúde da Família e Comunidade através do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), em que os residentes eram alocados, exclusivamente, nas doze unidades de saúde próprias localizadas no município de Porto Alegre. No entanto, em meio às discussões quanto à carência de profissionais formados para a atuação fora dos grandes centros urbanos, a partir do ano de 2013, dá-se início ao processo de descentralização da RIS e a destinação da formação em serviço a outros municípios do interior do estado.

Portando, a intencionalidade deste capítulo foi relatar e problematizar as experiências vivenciadas durante a formação

como psicóloga na ênfase Saúde da Família e Comunidade, inserida numa equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município de pequeno porte localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, e emergiu de inúmeras inquietações produzidas por diferentes cenários. Sendo assim, a escolha metodológica assumida por este relato foi a das narrativas, caracterizando-se como uma pesquisa qualitativa, do tipo relato de experiências.

Ao optar por esse tipo de metodologia, a ideia foi enfrentar o desafio de sistematizar e organizar as vivências, histórias do cotidiano de uma ESF e as possibilidades de encontros de aprendizagem e trabalho de uma forma que seja compreensível e interessante aos leitores. O saber advindo da experiência, segundo Bondía (2002), é estabelecido através da mediação entre o vivido e o conhecimento, a forma como vamos respondendo e dando sentido ao que nos ocorre. Através do método narrativo, são compartilhados breves fragmentos memoriais do cotidiano na unidade de saúde e esboços dos sentimentos, inquietações e reflexões provocadas pela vivência, pela atuação cotidiana e seus enredos. Narrar, segundo Wittizorecki et al. (2006, p.20), “é considerar percursos de vida e entrar em contato com lembranças (distantes ou próximas), sentimentos e subjetividades, ou seja, é ‘caminhar para si’”. No entanto, esse tipo de metodologia não se limita a descrever apenas os processos de aprendizagem ou experiências profissionais individuais, porque

[...] a narrativa vai além de lembrar os acontecimentos vividos no cotidiano, pois tem influência tanto na dimensão coletiva quanto na individual. Escrever a respeito de si, além de envolver a reflexão da experiência vivida no processo coletivo pode nos levar a conhecer a multiplicidade da realidade social e a nossa

relação com essa realidade. Nesse sentido, as experiências individuais são as expressões de uma realidade social que o sujeito organizou e das quais se apropriou. (WITTIZORECKI et al., 2006, p.23)

As vivências como residente foram traduzidas não necessariamente da forma como elas ocorreram, mas da forma como foram interpretadas, como tocaram e impulsionaram a determinadas reflexões, algumas conclusões e muitas interrogações. A escolha pela condução deste texto e do compartilhamento destas histórias certamente se mesclou com as afecções de outros atores participantes das mesmas vivências, no entanto, o estudo não teve participantes envolvidos, sendo que a obtenção de dados para a construção desse trabalho se concretizou apenas por memórias-vivas. E, ainda, é notável que os estudos na área da formação em saúde para atuação em cidades de pequeno porte ainda não são prioridade nas pesquisas científicas.

DESCENTRALIZANDO A FORMAÇÃO PELO TRABALHO: PRIMEIROS PASSOS DE UMA EXPERIÊNCIA

A municipalização dos serviços de saúde, em consonância com o princípio da descentralização político-administrativa do SUS, constituiu-se como uma diretriz operacional com vistas a evidenciar o território e os seus recursos como dispositivos potenciais de ampliação da resolutividade das ações e políticas de saúde adotadas pelos gestores, influenciando no impacto das intervenções junto à população usuária. (GONDIM et al., 2008) Aose propora estruturação de um programa de ensino em serviço para além dos seus “muros institucionais”, o GHC assumiu o compromisso de incluir em suas

diretrizes curriculares as infinitas possibilidades de composições estruturais, políticas e relacionais numa administração pública municipal. Ou seja, emerge a necessidade do reconhecimento dos diferentes cenários que se configuram quando há a presença de gestores municipais, trabalhadores vinculados a essa administração, além de um arranjo de serviços setoriais amplamente autônomos ao GHC.

O que se deseja fomentar é a reflexão sobre as diversas composições que entram em cena ao descentralizar a formação para territórios que já possuem sua própria forma de organização do processo de trabalho e da rede de serviços. Alguns questionamentos são suscitados: Qual modelo de atenção à saúde se produz/reproduz nesses espaços e como esse município se organiza a partir da autonomia político-administrativa que detém? Que desafios acompanham o movimento de descentralização, uma vez que a instituição formadora passa a transferir a responsabilidade da atuação para outros espaços físicos e territórios simbólicos?

Esses são alguns dos questionamentos emergentes ao início dessa nova modalidade de ensino, mas o que se pretende compartilhar, a essa altura, é uma trama que se configurou e existiu antes mesmo da inserção na RIS. Ou seja, é uma narrativa decorrente de um apanhado de sensações e percepções captadas através dos discursos dos vários personagens envolvidos na experiência da inclusão do município como campo de prática para o desenvolvimento da RIS descentralizada. Sendo assim, ressalta-se como desafiante o papel de reescrever uma história “não vivida” em ato, mas se assume a responsabilidade de redigi-la de forma a tecer o envolvimento, tensões e ansiedades dos personagens

envolvidos, além da tessitura dos reflexos dessa inserção na prática de trabalho.

Ao tempo de completar dez anos da implantação da primeira turma de Residência, a estruturação de uma modalidade de ensino descentralizada do Programa da RIS/GHC demonstrouse com afinidade às ações nacionais em prol da fixação de profissionais de saúde no interior, expandindo para outros territórios a responsabilidade com a formação engajada com um modelo de saúde comprometido com os princípios do SUS. Como forma de selecionar municípios interessados em acolher a proposta da Residência, foi aberto edital para a inscrição daqueles que tinham interesse que seus profissionais participassem do Curso de Especialização em Saúde da Família, coordenado pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC.

Após a seleção dos municípios, os primeiros contornos em relação à descentralização foram garantidos pelas reuniões iniciais entre os gestores municipais e a coordenação da RIS/GHC, em que o papel formador do município e suas práticas no cuidado em saúde eram evidenciados como essência para a formação em serviço. Em relação à educação que ocorre *in loco*, Ceccim e Feuerwerker (2004, p.56) referem que essa “reconhece os municípios como fonte de vivências, autorias e desafios, lugar de inscrição das populações, das instituições formadoras, dos projetos político-pedagógicos, dos estágios para estudantes e mobilização das culturas.”

Entre acordos e estabelecimento de condições mínimas para a implantação da RIS no município, torna-se importante evidenciar o marco histórico vivenciado no período. Em época de seleção dos

municípios para o recebimento do Programa da RIS, o município era gerido por um partido político distinto do que assumiu o mandato no mesmo ano em que se iniciaria a implantação do Programa. Essa trama já enunciava uma das primeiras particularidades da formação em serviço numa cidade de pequeno porte: o contexto político-partidário influencia e “dá o tom” de maneira mais perceptível, e menos sutil, à forma de se estruturar o processo de trabalho em saúde e a dinâmica relacional existente entre gestores, trabalhadores e usuários. Segundo memórias-vivenciais de alguns profissionais de saúde da rede municipal, foram necessários argumentos estratégicos, com viés econômico, junto à nova gestão, para que essa pudesse visualizar os benefícios da implantação da Residência. A ampliação da equipe técnica de saúde, “mais mão de obra para dar conta da demanda”, sem custos para o fundo municipal, representou um dos principais argumentos para a conquista de uma aceitação da proposta de implantação, além da reduzida contrapartida, do ponto de vista econômico, necessária ao município.

Esses argumentos enunciam discursos em que há uma soberania das práticas assistencialistas, prioritariamente sustentadas pela lógica do “eleitorado”, em detrimento aos espaços formativos. O caráter utilitarista da inserção de residentes na rede de serviços demonstra o quanto os residentes são convidados a ocupar o personagem que “faz”, “produz” e “reproduz”, investido dos seus caracteres específicos da categoria profissional a qual pertence.

Alguns cenários configurados antes da chegada das residentes puderam ser captados e apreendidos através dos discursos dos

profissionais ao relatarem suas expectativas em relação ao Programa da RIS, mas já em momento propício à admissão de suas ansiedades com possibilidade de revelação dessas inquietações. Quando a temática “chegada das residentes” era suscitada no cotidiano do trabalho, era possível concluir que este foi um momento disparador de curiosidade e de diversos questionamentos, em especial, o mais inquietante deles: “Afinal, o que é mesmo esse tal de residente?”. Uma nomenclatura aparentemente estranha àqueles profissionais de saúde que, até o momento, compreendiam a Residência como atividade de formação médica. Em conjunto a esse questionamento inicial, outros surgiram: “Podemos ensinar algo?”, ou ainda, “Quais aprendizagens que o município é capaz de promover e qual será o meu papel frente a isso?”

Inevitavelmente, a descentralização da formação em serviço se mostrou um desafio ao GHC, uma vez que a instituição estava irrompendo muros institucionais, sendo necessária a apropriação da discussão de como se materializaria uma formação qualificada em espaços institucionais e contextos territoriais amplamente diversos, não contemplados pelo padrão institucional já reconhecido. Neste momento de implantação, nenhum cenário estava finalizado *a priori*, havia diversos lugares e novos personagens, que dariam cor e vida ao processo de formação pelo trabalho que ali se iniciava.

UM CENÁRIO SENDO DESVELADO: A INSERÇÃO DA RESIDENTE NO CAMPO DE PRÁTICA

“Após uma tarde exaustiva de aulas em Porto Alegre, pegamos a estrada em direção à cidade que não conhecíamos, mas que se tornaria cenário do nosso campo de prática. Enfim, já noite,

chegamos ao destino final... Ou inicial? A cidade era envolta de morros (...) a avenida principal era bem iluminada e as construções predominantemente horizontais. Nosso destino de pouso nessa primeira noite foi o antigo hospital municipal, construção antiga que mais tarde descobriríamos ser considerado um dos locais mais importantes para a população.” (fragmentos memoriais)

Ao iniciar as atividades como residentes, a familiarização com os serviços de saúde mantidos pelo GHC era uma das primeiras ações realizadas. Portanto, num primeiro momento, os residentes dos campos descentralizados não estavam se apropriando dos seus próprios campos de formação e prática, ou seja, estavam conhecendo territórios e processos de trabalho que não possibilitavam a familiarização com seus espaços de prática. Essa forma de configurar-se a familiarização poderia ser prenúncio de como a RIS se desenvolveria em seu formato descentralizado? Aqui não se exercitam respostas, mas indagações do quanto já se enunciava um desejo de padronização, em que modelos de atuação exercidos pelos serviços de saúde do GHC seriam compreendidos como ideais, ou pelo menos, próximos disso.

Reconhecer os territórios e seus dispositivos de saúde, circular pelos espaços de atuação e sentir as formas como se dão os processos de trabalho dos serviços de saúde se mostram instrumentos potentes para o “despertar do desejo” de fazer parte desse cotidiano, uma das primeiras possibilidades de “ser tocado”, “afetado” de alguma forma. Como turma de residentes descentralizados, identidade coletiva da qual fomos nos apropriando e pela qual passamos a ser reconhecidos, o momento de integração e de reconhecimento do território assumiu outros lugares e a

emergência de outras angústias: O que nos espera no campo de prática se assemelha ao que se capta desses espaços de saúde?

Ao receber uma nova identidade, e seus inúmeros significantes, como “residente” passamos a carregar diversas expectativas, tanto nossas quanto daqueles que estavam ao redor e nos acompanhariam no cotidiano de trabalho. Ao rememorar os primeiros momentos da inserção, um sentimento se evidenciava entre todos os outros e poderia ser expresso através dos seguintes questionamentos: O que esperam de nós neste lugar? Quais as potências que podem ser encontradas na atuação do residente a fim de transformar práticas de cuidado? Integrar-se a uma modalidade de ensino como a Residência é um convite para fazer parte de um enredo de inúmeros emaranhados, nos quais se criam e se recriam cenários fluidos conduzidos por tensões políticas, corporativistas, relacionais, além de projetos divergentes quanto ao modelo vigente de atenção à saúde.

Não havia turma de residentes de segundo ano, que, invariavelmente, poderiam responder a tantas ansiedades, articulando-as com as experiências já vivenciadas, “ensinando” o residente novato e abrindo caminhos à sua integração à equipe de trabalho e ao cotidiano do serviço. Mas será mesmo isso possível? Há como transmitir/ensinar experiências? Há como desvendar uma formação, profissional e pessoal, que se dá no ato e no encontro? Não apenas o papel do “ser residente” emergia, mas o papel do “ser preceptor” percorria os mesmos caminhos desconhecidos: Qual a representatividade desse personagem? O que o diferencia e o assemelha ao residente recém-chegado? Nada estava dado,

todos os envolvidos estavam convidados a descobrir-se e descobrir o outro ao mesmo tempo, em seus papéis entrelaçados.

As primeiras vivências em serviço provocaram angústia, ansiedade não só pelo novo, mas por ocupar um “lugar” do qual ninguém sabia muito bem qual era, quais eram os limites e semelhanças. Momentos de tensão voltam à lembrança e, entre eles, um pode ser materializado pela fala de uma colega ao longo dos primeiros dias: *“E horários para atendimento, você já tem?”*. Suas palavras denunciavam o meu estado de desassossego, pois estávamos todos, residentes e preceptoras, vivenciando esse momento de “ócio (aos olhos de quem vê) organizativo (aos olhos de quem vive)”. Os primeiros dias serviram muito mais para suscitar questionamentos, vislumbrar possibilidades de atuação, que se projetavam num futuro logo ali, mas que não se materializavam naquele ato. O terreno para o tão esperado momento de “mãos à obra” estava sendo preparado.

O peculiar de uma cidade de pequeno porte, com características rurais, já se anunciava nos primeiros contatos que tínhamos com a população e com a equipe de trabalho. No discurso dos colegas de trabalho havia uma expressão repetidamente utilizada: *“Vocês que são novas, que não são daqui” ou “A população gosta de ouvir pessoas de fora, é diferente, dão mais importância”*. Havia a demarcação de um lugar, um lugar-território simbólico o qual passamos a ocupar e que exercia duas funções principais: a hipervalorização do conhecimento adquirido em grandes centros urbanos e um movimento de exclusão-inclusão daquele que “vem de fora”, que possui uma identidade cultural diversa à cultura local, do forasteiro que possivelmente carrega olhares e julgamentos

sobre a forma de se viver naquele local. Neste cenário, existiram movimentos que nos aproximavam e nos repeliam, possibilidades de identificação, mas muitas de diferenciação. Não bastava vivenciarmos a inserção num novo campo de trabalho, também vivenciávamos as barreiras culturais impressas no cotidiano. O sentimento de pertença foi algo a ser construído ao longo dos primeiros meses.

O cenário que se apresentava foi gerador de muitas angústias e incertezas quanto à capacidade técnica de corresponder a tais expectativas. Inicialmente, de forma impulsiva, o pensamento foi de que era preciso ocupar o tal lugar do saber científico. Posteriormente, revirando essas lembranças, foi possível reconhecer o crescimento e amadurecimento profissional, ao dar-se conta de que processos interdisciplinares são constituintes do cuidado integral em saúde. E é dessa forma que as narrativas aqui apresentadas foram sendo constituídas: distintas e contraditórias, pelas maneiras de sentir e interpretar o que foi vivenciado, mas contínuas, por acreditar que as experiências anteriores foram significativas para a apropriação de novas formas de vivenciar as mesmas experiências, ampliando as sensações e críticas em relação ao vivido.

ASPECTOS CULTURAIS E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: CARACTERES REGIONAIS QUE CRIAM E RECRIAM AÇÕES E PRÁTICAS EM SAÚDE

A inclusão nos espaços-instituições convidou a desvelar e integrar aos arranjos organizativos daquela atuação em saúde. Um dos primeiros aspectos que saltaram aos olhos daquela profissional residente que se integrava à equipe era a forma de vinculação

dos profissionais com a população atendida. Destaca-se um dos fragmentos memoriais do período:

“Na primeira reunião de equipe que participei, percebo-me ansiosa, não sei muito bem se há momentos específicos para manifestar opiniões, fiquei mais ‘observadora’, atenta às formas como se conduziam os assuntos. Achei algo muito interessante... O trabalho é realizado por microáreas, há uma agente comunitária responsável por atender determinado território, mesmo assim, quando a situação de um usuário é compartilhada, todos (ou muitos) integrantes da equipe têm algo a dizer, ou reconhecem a situação, o contexto familiar, o desenrolar de algumas intervenções já realizadas.” (fragmentos memoriais)

Já ao início da inserção e ao longo da formação, foi possível constatar a existência de aspectos subjetivos de morar no mesmo território de atuação. Ao se atender uma demanda em saúde de algum usuário em específico, a relação que se estabelece, aparentemente, é de âmbito profissional e sofre influência de determinantes de diferentes ordens, podendo alterar-se a qualidade e o alcance das intervenções a serem realizadas. O que se deseja evidenciar é que as informações que o profissional de saúde, morador do mesmo território em que atua, possui sobre os usuários que atende são obtidas além do contato estabelecido no cuidado em saúde, e mesmo além do desejo desse usuário de compartilhar ou não determinadas situações da sua história de vida ou enfermidades. O contato anteriormente estabelecido, aquele que não se produz na emergência de uma enfermidade/ condição de saúde, dependendo da sua qualidade, era propulsor de uma boa vinculação, com características de confiança e abertura

às intervenções profissionais. Porém, o contrário também era verdadeiro.

Numa das primeiras visitas domiciliares realizadas em conjunto com uma colega residente e a enfermeira da UBS, surgiu a seguinte dúvida: “Onde realizamos o registro de tudo o que ouvimos e como intervimos na casa desse usuário?”. Para surpresa, em sobressalto de uma residente com desejos de “captar-problematizar-transformar” as práticas de cuidado, obtém-se a resposta de que os profissionais integrantes da equipe não tinham como prática o registro dos atendimentos realizados, com exceção dos profissionais médicos e cirurgiões-dentistas. O histórico de vida e a evolução da situação de saúde da população atendida eram resguardados pela memória dos profissionais que os atendiam, dando forma ao que ousamos chamar de “prontuários-vivos”.

Ao reconhecer as diferentes formas de produção de vida da população, os profissionais utilizavam-se dos conhecimentos advindos do campo compartilhado do espaço comunitário para a ampliação da compreensão das dinâmicas características daquela área que influenciavam o trabalho em saúde e assistência aos usuários. A avaliação e decisão pelas maneiras de intervir, de atuar, eram avaliadas através do conhecimento já adquirido das rotinas das famílias e da forma de organização daquela comunidade. O manejo necessário ao trabalho em saúde se moldava, por exemplo, pelo tempo da natureza. Era sabido que nas regiões mais afastadas do centro, os profissionais encontrariam os usuários em suas residências apenas no período da tarde, pois, no período da manhã eles estariam envolvidos com as atividades do campo. É na dimensão do reconhecimento dos aspectos sociais, econômicos

e culturais de determinada população que o trabalho em saúde se mostra menos ou mais eficaz. Como refere Oliveira (2002), a proposta de serviços de saúde que sejam culturalmente sensíveis está ganhando cada vez mais notoriedade e anuncia a necessária garantia da competência profissional para além da área técnica, contemplando o reconhecimento das diferenças culturais e articulando-as às origens dos problemas de saúde e seu manejo.

O DESENVOLVER DE UM “PROJETO PEDAGÓGICO SINGULAR”: FRAGMENTOS MEMORIAIS DE UMA RESIDENTE

Ao ingressar na Residência muitos sentimentos são suscitados, tanto pelas expectativas em relação ao aprimoramento profissional quanto pelas possibilidades de colocar em prática os conhecimentos já construídos e, ainda, vivenciar os desdobramentos advindos dessa atuação: constatações e confrontações entre o conhecimento formal/acadêmico e o contexto do trabalho no cuidado em saúde produzido em ato e avaliação das premissas, precipitadamente embasados em conhecimentos avessos aos obtidos no campo relacional. Explorando as memórias, reconhece-se que nesses instantes iniciais foi assumida uma postura passiva, esperando que esse lugar do qual se fizesse parte estivesse nos aguardando com atividades definidas, possibilitando encontrar, ou até mesmo receber, as respostas que dariam conta das ansiedades em relação a essa tal de formação pelo trabalho.

Ao longo da formação foi possível evidenciar que o conteúdo teórico possuía pouca adequação ao contexto que vivenciamos como residentes, ao passo que muitas experiências vividas em ato não encontravam traduções teóricas definidas *a priori* pelas

matrizes curriculares. Desde seu início, nos foi demonstrado que a Residência não flui a partir de uma construção unilateral, composta apenas pelos polos comunicador-receptor. Não fomos apenas selecionados para integrar um grupo de profissionais em formação, mas a participar ativamente da construção de uma matriz curricular que se aproximasse das nossas reais necessidades de aprendizagem.

Em sua tese de doutorado, Dallegrave (2013) desenvolve o que nomeou de Projeto Pedagógico Singular (PPS), que se caracterizaria como um currículo que partiria das aprendizagens e experiências anteriores dos residentes, proporcionando situações de desaprendizagem daquilo que está instituído e possibilitando novos saberes. O diferencial do PPS se daria pela forma em que o contrato de aprendizagem seria realizado, efetivando-se através da coletividade, da interação entre as figuras que representam o operador da aprendizagem e o aprendiz para o estabelecimento de um conjunto de ações pedagógicas.

Uma aprendizagem que extrapola os limites do “curricularizável” possibilita pensarmos na formação em serviço que ocorre fora dos grandes centros urbanos, pois, segundo Dallegrave (2013, p.63), “o que se aprende a partir das afecções produzidas pelos signos não é passível de generalização”, ou seja, não há espaço para uma curricularização na RIS. Seria através de um “Itinerário Pedagógico” que se abriria a possibilidade do residente percorrer por caminhos comuns a todos os residentes, mas também por aqueles que fossem de sua escolha, a partir das necessidades de aprendizagens, constituindo múltiplas possibilidades de caminhos e comportando a multiplicidade dos processos de trabalho.

As diferentes propostas formais de aprendizagem presentes na matriz curricular da RIS influenciavam a maneira como organizávamos as nossas agendas de trabalho. Havia encontros semanais, outros mensais, atividades de núcleo, outras de campo, entre outros arranjos. Essas atividades nos demandavam tempo, carga horária específica na qual estaríamos ausentes dos espaços de atuação. E, evidentemente, isso obteve importantes reverberações nas equipes. Havia ali uma desconfiança, um descontentamento com esse profissional que se dizia da equipe, mas que em vários momentos circulava por outros espaços institucionais e entrava em contato com aprendizagens propulsoras de reflexões, movimentos que não lhes eram garantidos em suas jornadas de trabalho.

Ingressar numa equipe de trabalho que já possui suas formas reconhecidas de condução do cotidiano e habilidades já naturalizadas no cuidado em saúde é um dos principais desafios da RIS, juntamente ao de manejo dessa situação. À medida que a equipe de profissionais foi convidada à reflexão e à flexibilização de determinadas posições, eram alternados momentos de conflitos, impasses e divergências quanto às condutas adotadas, e de construção conjunta de novas aprendizagens. Como destacam Silva e Caballero (2010, p.68), “a Residência per si não assegura processos instituintes”, no entanto, há uma expectativa que a integração desses profissionais às equipes de saúde dispare processos reflexivos sobre as práticas instituídas nos serviços, naturalizadas como “cuidadoras”.

Em um das reuniões de equipe, uma agente comunitária de saúde expôs seu descontentamento com a forma como o médico estava conduzindo as visitas domiciliares, alegando que os usuários

não se satisfaziam apenas com as orientações que ele prestava e desejavam passar por avaliação completa dos sinais vitais. Ao ouvir o relato, o profissional explicou-se quanto à sua posição em relação ao que deveria ser objeto e objetivo de uma visita domiciliar. Arma-se, em frente a todos, um cenário de divergências, advindas de diferentes formações e compreensões do que é o trabalho em saúde. Mas o que fazer a partir disso? Como manejar uma situação em que o saber supostamente dominante (saber médico) é questionado? Neste cenário, não havia apenas dois protagonistas, mas sim porta-vozes de uma situação que perpassava a forma de se estruturar o trabalho em equipe e a compreensão dos objetivos das intervenções e ações propostas na atenção à saúde da população. A discussão que ali se configurou tinha grande potencial de fragilizar as relações de trabalho, mas de forma surpreendente e criativa, a emergência do conflito pôde ser transposta para o trabalho coletivo, promovendo reflexões sobre a atuação dos profissionais e os encontros e desencontros quanto ao propósito da visita domiciliar. Ao final da reunião, chegamos à conclusão sobre a necessidade do diálogo, da compreensão dos significados singulares atribuídos pelos profissionais à sua prática de trabalho.

Aos olhares dos diversos personagens envolvidos na experiência de implantação da RIS, há um reconhecimento de que esse movimento fomentou a relevância dos espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS) e viabilizou o “borbulhar” de diversas necessidades de ordem pedagógica. E é nesse sentido que podemos recorrer ao conceito de Itinerário Pedagógico, referido anteriormente, pois havia grandes possibilidades do currículo da RIS “engessar” as formas de aprendizagens adquiridas fora dos grandes centros urbanos, aniquilando a capacidade educativa

através da reprodução de espaços formais de educação que não dialogassem com o território, com os personagens envolvidos e com momentos institucionais ali presentes. É através do olhar crítico daquele que se encontra “fora” dos círculos de aprendizagens, não se reconhecendo e nem sendo reconhecido na sua capacidade de produzir conhecimento, que se evidencia a relevância de espaços de diálogo, reflexão e transformação das práticas de cuidado.

É no interior do serviço de saúde, na nuance das relações estabelecidas entre os profissionais e a população que se configuram os cenários de práticas e as possibilidades de apreensão do cotidiano desses sujeitos e a relação intrínseca entre as condições de vida e sua situação de saúde. O tal do conhecimento em saúde, sensível a essas pautas, não se mostra “curricularizável”. É inquestionável a responsabilidade das instituições formais de ensino quanto aos instrumentais necessários para atuação no setor da saúde, no entanto, existe um “entre”, território em construção que parece ser inteirado pela atuação que se coloca em prática, ou seja, se desenrola através dos conhecimentos obtidos em espaços formais com o conhecimento advindo da vida, da relação e dos encontros subjetivos que ocorrem entre profissional e usuário.

A formação em serviço é um convite a “movimentar-se”, circular entre as diretrizes teóricas (necessárias e pertinentes sim, porém, não absolutas), assumindo uma postura flexível, através do exercício da capacidade comunicativa entre o “aprendido” (aprendizagem formal) e o “apreendido” nas experiências cotidianas, vivências que não são passíveis de tradução pelas vias formais (relações interpessoais, jogos de interesses, capacidades produzidas pelos territórios e aspectos culturais, entre outras).

CAMINHOS FINAIS: A FORMAÇÃO PELO TRABALHO QUE (DES) CONSTRÓI PRÁTICAS E DISCURSOS

Quando se propôs traduzir as vivências como residente não se teve a dimensão sobre os movimentos audaciosos que seriam necessários para que tal escrita se desenrolasse. O primeiro deles, possivelmente, tenha ocorrido concomitante com as ansiedades primárias e com o desejo de encontrar respostas que orientassem em direções que se desconhecia, mas que se ansiava, na tentativa de nomear tantas sensações e inquietações produzidas nos espaços em que se circulava. *Seria*, talvez, essa escrita resultante de um ensaio de tradução do vivido?

Traduzir e contar a história como residente só foi possível pelo enlace estabelecido com o processo de descentralização da RIS para outros espaços de formação e de trabalho. São histórias que se entrelaçam e que durante toda a formação se retroalimentaram, através dos encontros e desencontros produzidos nos espaços de formação e nas situações emergidas do trabalho em ato. Ser residente da modalidade descentralizada foi sinônimo de ser personagem na construção de uma formação em serviço, onde diretrizes existiam *a priori*, mas a abertura ao inesperado e ao desconhecido foi essencial para o reconhecimento das especificidades territoriais para a possibilidade de constituir uma efetiva e comprometida atuação no SUS.

Em diversos momentos, a RIS nos convidava à rotulação dos espaços de atuação através de uma incansável identificação e tradução dos processos que ali ocorriam. No entanto, percebe-se que há uma tênue separação entre a capacidade reflexiva e a crítica

indiscriminada, sem maiores possibilidades de construção dialógica. O cotidiano, os espaços de atuação/criação/formação, que em momentos iniciais não eram tão facilmente reconhecidos como tal, foram os principais cenários onde tramas de aprendizagens e (des) aprendizagens se produziam, se reconstruíam através dos muitos discursos.

O ser residente possibilitou pensar num trabalho em saúde que se produz na tensão, no conflito de saberes e nos discursos verticalizados. Refletir sobre um cotidiano de forma crítica. Olhar para uma prática em saúde de diversos ângulos e perspectivas. Ser profissional de saúde na Atenção Básica foi um convite à produção de movimentos intrinsecamente coletivos. A formação em serviço, em nosso entender, se compromete a ser uma modalidade de ensino que aposta na intervenção no cotidiano capaz de potencializar os espaços de aprendizagem, possibilitando a legitimação dos conhecimentos advindos do campo relacional, das nuances do encontro, do saber que se produz em contato com o outro. Do conhecimento circulante e fluido, não traduzível pelos bancos da academia formal.

REFERÊNCIAS

BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, p.20-8, 2002.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 20 mar 2016.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1400-10, 2004.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no país das maravilhas**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

GONDIM, G.M.M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C. et al. (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p.237-55.

OLIVEIRA, F.A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface (Botucatu)**, v. 6, n. 10, p.63-74, 2002.

OLIVEIRA, C.F.; GUARESCHI, N.M.F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.91-113.

SILVA, Q.T.A.; CABALLERO, R.M.S. A micropolítica da formação multiprofissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.61-73.

WITTIZORECKI, E.S. et al. Pesquisar exige interrogar-se: a narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do(a) pesquisador(a). **Movimento**, v. 12, n. 2, p.9-33, 2006.

“Era uma casa muito engraçada”: Relato de experiência de um tutor [preceptor!] na residência integrada multiprofissional em saúde mental coletiva¹

Laerte Antonio e Silva

INTRODUÇÃO

O presente capítulo traz o relato da trajetória de um sujeito – o próprio autor –, desde a chegada à equipe de Saúde Mental, como estagiário de Psicologia, na Unidade Básica de Saúde do Bairro Santo Afonso, em Novo Hamburgo, em 2006, até ocupar como Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no mesmo bairro, a função de tutor de residentes do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que tem como cenário de prática este território. Porém, curiosamente, a primeira vez em que tomei contato com a palavra tutor foi no final dos anos 1970, assistindo na televisão a um desenho animado que se chamava *Os Apuros de Penélope*. A história girava em torno das aventuras de uma jovem, herdeira de vasta fortuna e que era perseguida por um sujeito mascarado, Tião Gavião, e seus comparsas os irmãos Bacalhau. Eles atacavam Penélope sempre utilizando algum plano mirabolante como jogá-la de um avião, cortar seus paraquedas ou fazê-la cair dentro de uma jaula com animais selvagens, por exemplo. Tião Gavião buscava eliminar Penélope para se apossar da fortuna da jovem. Porém, o que a inocente heroína desconhecia – e nunca tomou conhecimento

¹O capítulo é um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso de Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), orientado pela Profa. Dra. Eloá Rossoni.

– era que Tião Gavião na verdade se tratava de uma identidade secreta de seu tutor, um sujeito aparentemente “do bem” chamado Silvestre Solução.

Para enfrentar as situações de perigo nas quais era envolvida em várias partes do mundo, Penélope contava com o auxílio da Quadrilha de Morte, uns gângsters que ali atuavam como apoiadores dela. Contudo, o que acontecia em muitas vezes era que as tentativas de salvamentos feitas pela Quadrilha de Morte se mostravam tão desastrosas que os próprios acabavam se colocando em perigo e Penélope terminava ela mesma arranjando soluções para enfrentar as armadilhas elaboradas por seu tutor, um sujeito com duas caras, ou duas identidades. Lembrando disso e ignorando alguma leitura que pudesse soar apenas maniqueísta, pensei: quantas caras, afinal, precisa ter um tutor? E por quantas denominações podem ser designados os profissionais que trabalham com a preparação daqueles que cuidam da saúde da população? Preceptor? Tutor? Supervisor? Mentor? Botti e Rego (2008) falam dessas classificações.

Penso que estas reflexões têm sua relevância quando busco analisar minha tentativa de construir uma identidade como tutor desses estudantes num momento histórico em que as identidades estão em crise, como se comenta. Para participarem da discussão, entre outros autores, foram convidados dois que se debruçaram sobre esta temática, com afinco, já há algum tempo: Stuart Hall, figura renomada na área de estudos sociais e Zygmunt Bauman, sociólogo polonês, outra referência a respeito de estudos sobre a contemporaneidade.

IDENTIDADE

Hall (2011) nos apresenta três ideias diferentes de identidade: uma do iluminismo, outra relacionada ao chamado sujeito sociológico e a última sobre o denominado sujeito pós-moderno. Para o iluminismo, a pessoa humana era concebida como totalmente centrada, dotada de consciência, razão e de ação e que este núcleo nasceria com o indivíduo, com ele se desenvolveria, mantendo-se inalterado durante sua existência. Já na concepção de sujeito sociológico considera-se a complexidade do mundo moderno e que este núcleo do sujeito não seria autônomo, mas formado na relação com outros sujeitos importantes para ele. Assim, nesta visão, a identidade é formada na interação do eu com a sociedade. Na concepção sociológica a identidade preenche o espaço entre o interior e o exterior, costurando o sujeito à estrutura, promovendo a estabilidade, tanto dos sujeitos como dos mundos, proporcionando que ambos sejam predizíveis, unificados.

Porém, segundo Hall (2011), essas condições estão se transformando: o sujeito concebido como tendo uma identidade estável e unificada mostra-se fragmentado, composto não com uma, mas de várias identidades, algumas vezes contraditórias; os próprios processos de identificações pelos quais nós nos projetamos em nossas identidades culturais tornaram-se mais provisórios e problemáticos. Para o autor, este processo produz o chamado sujeito pós-moderno, caracterizado como não tendo uma identidade fixa. A identidade é definida não biologicamente, mas historicamente; o sujeito assume várias identidades, em momentos diferentes. Bauman (2009), referindo-se a esta construção histórica

chama-a de sociedade líquido-moderna. Nesta sociedade, as condições em que vivem seus membros mudam num tempo muito curto, não sendo possível que formas de agir se consolidem como rotinas, hábitos.

Bauman (2009) ressalta que a vida neste tipo de sociedade é uma vida precária, vivida em condições de incerteza constante. O que hoje é considerado bom amanhã poderá ser classificado como veneno, compromissos aparentemente sólidos podem ser rompidos de uma hora para outra. Tomando como referência o campo da educação, este autor, citando Jacek Wojciechoski, editor de um periódico polonês, aponta que em outros tempos um diploma universitário garantia ao sujeito um salvo-conduto para a prática profissional até a aposentadoria, mas que hoje isso mudou. Atualmente o conhecimento precisa ser constantemente renovado, e mesmo as profissões necessitam se adaptar, pois, caso contrário, todo o esforço para ganhar a vida será inútil.

Procurando costurar essas leituras de contexto com minha trajetória, lembro que fui contratado para trabalhar no CAPS Santo Afonso como psicólogo em 2010. No ano seguinte, mesmo sendo ainda um sujeito no início do exercício profissional, eu já era um dos mais antigos no serviço e tutor da residência. Buscando mais recursos para o exercício profissional em geral e também para o papel de tutor, realizei o curso de especialização Educação em Saúde Mental Coletiva, entre abril de 2011 e março de 2012. Ainda, no final daquele mesmo ano, estava concluindo outro curso de especialização, Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, enquanto acompanhava o mais novo grupo de residentes e pensava

em quais seriam os meus próximos passos em busca de atualização profissional.

INGRESSO E EXPERIÊNCIAS NO CENÁRIO DE SANTO AFONSO

Quando iniciei meu estágio profissional de Psicologia em 2006 – na Unidade Básica de Saúde do Bairro Santo Afonso – ainda não existia o Centro de Atenção Psicossocial no território. A equipe da Saúde Mental era composta pelo supervisor, por nós, estagiários de psicologia, e pelos psiquiatras que se revezavam durante a semana no local. Com alguns dos demais funcionários da UBS certas parcerias eram possíveis para atender aos “nossos” usuários, os da saúde mental. Parecia, para algumas pessoas da Unidade Básica, que saúde mental não era caso de Atenção Básica. Nosso supervisor coordenava uma reunião semanal – para discussões de casos – conosco e com os “disponíveis” da equipe. Aí uma primeira lição: o jogo de cintura para fazer o trabalho andar, as articulações possíveis, os tensionamentos na medida do viável.

A partir da percepção dessas dificuldades – conviver com certas categorias da diferença, como a chamada loucura –, recordamos de uma reflexão de Cavani-Jorge (2001) quando esta autora aponta que, no caso humano, excluir significa não estar apto às contradições do próprio ser, à sociabilidade democrática, defendendo-se do terror inspirado pela diferença. Assim, no lugar de algo esperado, o rejeitador encontra um Outro, incontrolável, imprevisível, “demoníaco” e rejeita isso no outro assim como o faz em si próprio.

Naquela época, tive contato mais próximo com uma turma de alunos da Residência que chegava a Novo Hamburgo e se espalhava

pelo território. Era um grupo grande, animado, questionador, do tipo que desacomoda, movimenta. A partir disso, outra lição: nem todos os funcionários que estão nos serviços, adaptados, têm assim tanto apreço por “movimentação”. As residentes vinham da Escola de Saúde Pública, se bem me recordo, e nosso supervisor de estágio era também o responsável por aquelas que se dirigiram para nosso serviço; para elas, nosso supervisor era o tutor.

No final de 2006, já havia uma casa alugada para a instalação do CAPS Santo Afonso e a equipe para o atendimento no local estava sendo ampliada. Enquanto isso, continuávamos atendendo ora na UBS, ora no CAPS. Em maio de 2007, aconteceu a inauguração oficial do espaço e, pouco tempo depois, no meio do ano, concluí meu estágio no local. Em fevereiro de 2010, retornei ao serviço como psicólogo contratado e acompanhei a inserção de mais uma turma de residentes no CAPS, estes do programa de formação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e também os tensionamentos que esta convivência provocava, tanto dentro da equipe quanto em relação à gestão de saúde no município, pois os residentes apontavam a criação da Fundação de Saúde Pública na cidade como parte de um processo de terceirização dos serviços de Saúde, na contramão dos encaminhamentos implantados pelo SUS. Esta foi uma época bastante tumultuada, pois as equipes de saúde – trabalhadores vinculados aos serviços através de algum processo de contratação – estavam sendo substituídas por servidores chamados após aprovação no concurso promovido pela Fundação.

Então havia o descontentamento e apreensão dos trabalhadores locais, a revolta dos usuários vinculados a esses trabalhadores e os embates promovidos pelos residentes. Foi neste

cenário, perto do final do ano, que eu comecei a me habituar à ideia de que – apesar de novato – seria dentro de pouco tempo um dos mais antigos do serviço e sério candidato a ser tutor da próxima turma de residentes, a de 2011.

Neste cenário, eu tinha a impressão de que éramos, no CAPS Santo Afonso, uma equipe acolhedora com os residentes. Esta crença ficou abalada justamente em 2010 ao escutar o retorno de alguns deles que relatavam as dificuldades de inserção na equipe e em serem escutados. Parece que foi um processo relativamente longo até que eles pudessem circular com mais tranquilidade dentro da equipe, sentindo-se parte dela.

CENÁRIOS DE FORMAÇÃO DOS RESIDENTES

O residente precisa, me parece, inscrever-se gradativamente neste cenário de prática para entender o funcionamento do território, da equipe e as particularidades da gestão; talvez encontre no serviço funcionários experientes, mas que tiveram poucas oportunidades de educação permanente e, portanto, de atualizações em seus fazeres e com ou sem disposição para novas experiências, com identificação, ou não, com as necessidades dos usuários e as políticas do SUS, mas sobretudo movidos pela necessidade de ter um emprego e daí retirar seu sustento. Eles podem encontrar também estudantes ou jovens no início do exercício profissional, comprometidos com o trabalho, com o que preconiza o SUS, ou não, e até profissionais mais bem capacitados, acolhedores, com disposição para facilitar o processo de aprendizagem dos pós-graduandos. E, é claro, um tutor que, dependendo do caso, pode

até se configurar como um mosaico de quase todas as categorias apresentadas anteriormente.

Além disso, como agrupamento humano, tem-se que lidar com as situações que surgem no dia a dia, tensões geradas por questões gerais de hierarquia, ciúmes, invejas, ressentimentos, intrigas, formas de violência explícita ou velada, por disputas de espaço e prestígio entre categorias profissionais. Para que o residente se insira de maneira adequada nestes cenários, é necessária a mediação dos profissionais do serviço, sendo que o tutor deve ter um lugar de destaque nesta tarefa. Outro fator que também pode facilitar ou dificultar a inserção do residente são suas características pessoais. Em geral eles são questionadores, combativos, e isso gera tensionamentos com as equipes, como pude perceber. Porém, esses aspectos da dinâmica não chegam, no meu modo de ver, a prejudicar uma inserção suficientemente boa do residente.

Rossoni (2010), avaliando um cenário que envolve residentes e equipes de trabalho em um serviço de saúde aponta que diante das dificuldades, um “viveiro de incertezas”, esses atores, cada um a seu modo, “aprendem” a lidar com as situações: uns permanecem e lutam, outros buscam novos caminhos ou simplesmente assistem o que acontece. Ainda com relação à postura dos residentes, o que pode dificultar seu trânsito, pude avaliar, é a percepção da equipe do local de trabalho, equivocada ou não, de que eles chegam como interventores, sujeitos que vêm “trazer a luz às almas perdidas”, por exemplo, que são pouco sensíveis às limitações pessoais ou técnicas dos membros da equipe, que têm dificuldades em manter

compromissos assumidos, em lidar com certas particularidades dos usuários, em fazer parcerias e cumprir horários.

Dentro do que me é possível, procuro fazer mediações quando se estabelecem impasses, criar espaços para a circulação do residente. Algumas vezes penso que sou bem-sucedido, em outras tantas vezes não. Inclusive uma residente utilizou uma imagem interessante para se referir à tutoria: disse que o tutor tinha que servir como âncora. A partir disso, pensei nos tempos líquidos nomeados por Bauman e na residência como uma travessia, navegação. A âncora não está sempre em evidência, mas tem um papel importante na “embarcação”. Pode ser entendida como esteio, apoio, proteção frente às instabilidades, o que auxilia a frear certos deslocamentos, proporciona os instantes de parada e reflexão necessários durante a viagem.

A construção, a manutenção e a circulação em uma Residência também me fazem lembrar uma canção de Vinícius de Moraes apresentada no disco intitulado *A Arca de Noé*, de 1980. Alves (2008) analisa a letra desta canção, *A casa*, onde o compositor carioca relata que esta “era uma casa muito engraçada, não tinha teto, não tinha nada, ninguém podia entrar nela [na casa], não, porque a casa não tinha chão”. Ora, diz o analista: o chão é a base de tudo e logo abaixo dele estão as fundações, sempre escondidas, mas fundamentais para uma obra que se pretenda manter de pé. Assim, as “fundações” da Residência, também, apesar de não se mostrarem sempre visíveis aos olhares menos atentos, estão ali, no cotidiano, sustentando o trabalho, sendo revistas, reforçadas, redescobertas.

A letra da música é finalizada dizendo que “A Casa” “era feita com muito esmero, na rua dos bobos, número zero”. Isto, que em um primeiro momento poderia sugerir precariedade para alguém desatento, é desmentido quando os versos falam do esmero, algo que propicia a satisfação e melhora a autoestima de quem usufrui de uma obra “arquitetônica”, observa o autor. Já a palavra bobos, avalia, não se referia a tolos, mas àqueles que transitam [também] fora dos limites de uma racionalidade, como as crianças, os poetas e ainda os arquitetos, complementa.

Boti e Rego (2008) apontam que a preocupação com a formação daqueles que irão cuidar da saúde da população sempre foi uma constante na história da humanidade, que desde as épocas mais remotas, nas tribos, os pajés eram cuidadosamente selecionados e treinados. Assim, os discípulos aprendiam essas habilidades com seus mestres. Os autores contextualizam essas informações falando da educação médica e apontam que nesta categoria profissional os mais experientes se ocupam da formação e recebem várias denominações, entre as quais preceptor, supervisor, tutor e mentor. Estes autores relatam que a Comissão Nacional de Residência Médica refere-se à função como sendo preceptoria e tutoria, assumindo uma equivalência entre os dois termos.

Embora tratem, no artigo, especificamente do caso da residência médica, ressaltam que esta reflexão se aplica também às residências das demais profissões, inclusive as multiprofissionais. Então, resumindo, após análises sobre conceituações em vários contextos, os autores apontam que preceptor seria o profissional que se dedica a ensinar a clínica por meio de instruções formais, com objetivos e metas, auxiliando a integrar conceitos e valores

da escola e do trabalho. Atuaria em situações reais, no próprio ambiente de trabalho. (BOTI ; REGO, 2008)

O supervisor teria a função de observar o exercício de determinada atividade e buscar que o profissional tenha segurança de que ao exercer bem sua função atuaria também no ambiente de trabalho. Já o tutor trabalharia no ambiente escolar, guiando e facilitando o processo de ensino-aprendizagem, dedicando-se à revisão da prática profissional; o mentor teria uma posição fora do ambiente imediato da prática profissional, tendo a função de orientar sobre a realização de objetivos profissionais, desenvolvimento interpessoal, psicossocial.

Porém, em 2005, quando foram fixadas normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, através da Portaria nº 1.111/GM, de 5 de julho daquele ano, o tutor foi definido como aquele que pertence à equipe local de assistência e deve estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Esta denominação foi adotada no programa em que atuei. Entretanto, durante parte da escrita deste trabalho fiquei em dúvida para designar minha prática junto aos residentes, ora pensando em tutor, ora em preceptor. Isso porque, de acordo com Botti e Rego (2008), neste caso minha denominação seria preceptor. Porém, na verdade me parece que embora as diferenças apontadas entre as denominações, muitas das funções realizadas por esses profissionais, na prática, se atravessam.

Mas finalmente, a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 da CNRMS, define tutor como “o profissional com

formação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Sua função caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes”. Nesta mesma resolução “preceptor é o profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Sua função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) Daí mais um nó na construção desta identidade; então, pois, pelas descrições desta resolução eu me enquadraria mesmo na denominação de preceptor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionei no início deste relato, lembro que a primeira vez que escutei a palavra tutor foi em um desenho animado, *Os Apuros de Penélope*. A heroína vivia aventuras sempre escapando de armadilhas elaboradas, sim, por seu tutor – na verdade um sujeito com duas caras, ou duas identidades. E Penélope se esquivava de tudo, às vezes auxiliada por outros personagens, em outras ocasiões escapava com os próprios recursos. Ou seja: ela sobrevivia apesar de um tutor inadequado. Tomando como exemplo a personagem, penso que um aspecto importante deste aprendizado seja também apostar na capacidade criativa do residente quando este se confronta com situações desafiadoras.

Acredito que o preceptor/tutor e a equipe de cenário de prática [com a devida retaguarda da Universidade] tenham como tarefa proporcionar “suprimentos” e também aberturas para que

o residente, nesta casa [residência], consiga realizar sua tarefa. Isso, sem dúvida, não é uma empreitada simples; é necessário que esses acolhedores sejam, me parece, uma mistura de cientistas, arquitetos, artistas. Para cumprir razoavelmente a tarefa de tutor/preceptor, de profissional de saúde, de cidadão, em um mundo em que a instabilidade é rotineira, os vínculos são frágeis e uma das normas parece ser evitar a todo custo compromissos e obrigações, a não ser consigo mesmo, é interessante, penso, recorrer às reflexões de Bauman (2008) quando ele invoca a sabedoria ancestral para sugerir que sem trabalho duro a vida não pode oferecer nada que a torne valiosa.

Ao longo deste texto foram feitas analogias entre a Residência e uma “casa”, também referências à curiosa moradia descrita por Vinícius de Moraes, “A Casa”, que era muito engraçada, mas que em nossa interpretação não seria necessariamente risível ou apenas precária, mas cheia de “graça”, no sentido de possuir um encanto ou atrativo peculiar. Na estrutura organizativa atual da Residência em questão, o preceptor é quem formalmente ocupa este lugar junto aos residentes nos locais de prática e penso que deve funcionar também como síndico e zelador, a fim de que seus moradores provisórios possam encontrar desafios estimulantes, certo conforto [também desconforto], e se neste período sentirem-se, por alguma intercorrência, em qualquer momento, muito “fora da casa”, possam tê-lo como referência e “navegar”.

REFERÊNCIAS

ALVES, G.M. **A casa de Vinícius: arquitetura na música** 2008. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/search>>. Acesso em: 12 mar 2016.

BAUMAN, Z. **A arte da vida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BOTTI, S.H.O; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor, mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p.363-73, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 28 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.111/GM de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 jul. 2005. Disponível em: <http://www.coremu.famed.ufu.br/sites/coremu.famed.ufu.br/files/portaria_ms-mec_1111_05-07-2005_-_bolsas.pdf>. Acesso em: 28 abr 2016.

CAVANI-JORGE, A.L. Um remédio contra a exclusão: maldita Follia? Uma revisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, set. 2001.

HALL, S. **A identidade cultural da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2011.

ROSSONI, E. **Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos**. 2010. Tese (doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

O desafio de formar sanitaristas: Reflexões sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro¹

*César Augusto Paro
Tiago Magalhães Ceciliano
Marcella Martins Alves Teofilo
Neide Emy Kurokawa e Silva
Egléubia Andrade de Oliveira*

A SAÚDE COLETIVA COMO UM CAMPO DE SABERES E PRÁTICAS

O campo da saúde coletiva é marcado por tensões epistemológicas, não havendo consensos sobre a sua definição. Entendido como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos, é caracterizado por ser multiparadigmático, interdisciplinar e formado pela presença de tipos distintos de disciplinas em um largo espectro. As ciências sociais e humanas, a epidemiologia e a política e planejamento são considerados os três grandes espaços/formações disciplinares que configuram tal campo. (NUNES, 2014)

A complexidade do campo da saúde coletiva evidencia-se no hibridismo do seu saber científico, coexistindo duas lógicas de produção de verdade: uma lógica teórico-epistemológica de produção de conhecimento, seja interpretativa ou explicativa (dependendo da área disciplinar onde se origina), e uma lógica operativa e pragmática de eficácia, decorrente da intervenção normativa na ordem da vida visando a erradicação ou controle do

¹Foco: Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC); elaborado por tutor, preceptor, residente, coordenador e docente do curso.

adoecimento coletivo. (LUZ, 2009)

Luz (2006, p.29) remete a saúde coletiva a uma “encruzilhada” de saberes e práticas de lógicas distintas, identificando algumas de suas características:

O campo da saúde coletiva é, no que concerne a sua constituição de saberes, multidisciplinar, sua prática de pesquisa é com frequência interdisciplinar, a partir de uma construção teórico-metodológica de objetos típica do campo, que é, por sua vez, muitas vezes transdisciplinar, face à natureza não convencional das questões que coloca aos seus objetos, construídos já de modo pouco convencional em termos dos cânones vigentes em cada uma das suas disciplinas constitutivas.

O caráter histórico e social da saúde coletiva obriga reconhecer, teórica e empiricamente, que congrega um conjunto de práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde. Isto faz com que sua preocupação seja com a “saúde do público, dos indivíduos, grupos étnicos, gerações, castas, classes sociais, populações.” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p.312)

A saúde coletiva assenta-se num triedro articulando saber, ideologia e prática. Seu trabalho apresenta dimensões técnicas, econômicas, políticas e ideológicas, apresentando como valores centrais a solidariedade, a igualdade, a justiça e a democracia e como componente ético-político a emancipação dos seres humanos e a preservação do meio ambiente. (PAIM; PINTO, 2013)

Abarcar a magnitude dessa proposta, especialmente quanto

à integração dos diferentes saberes envolvidos na Saúde Coletiva, talvez seja um dos seus grandes desafios. Apesar do debate sobre multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade e a proposição de modelos teóricos capazes de promover as necessárias sínteses disciplinares, (ALMEIDA FILHO, 1997; GOMES; DESLANDES, 1994; MINAYO, 1994) pouco se avançou no sentido de fomentar tal debate, não no sentido de se formalizar uma definição a respeito, no campo da Saúde Coletiva, mas de fazê-la presente, de tematizá-la.

Por ser um campo de saberes e práticas, a saúde coletiva está presente na educação dos profissionais de saúde de diferentes cursos (medicina, enfermagem, nutrição, psicologia, dentre outros), sendo apresentada como um campo de conhecimentos que precisa transversalizar o conjunto da formação. Deste modo, a formação de sanitaristas tradicionalmente ocorre por meio da inserção de graduandos da área da saúde e, em menor grau, de outras áreas (ciências sociais, economia, administração, estatística, dentre outros cursos) que optam por se especializar em saúde coletiva, o que se dá por meio dos programas de pós-graduação *stricto* (mestrado e doutorado) e *lato sensu* (especialização e residência), (BOSI; PAIM, 2009) persistindo, em qualquer das modalidades, o desafio da interdisciplinaridade. Mais recentemente, surge também a proposta de criação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, visando a formação deste profissional já na graduação, com a abertura dos primeiros cursos em 2008.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA DO IESC/UFRJ

Buscando formar este profissional-chave para o sistema de saúde e para o enfrentamento dos crescentes desafios que se apresentam no cenário da saúde pública brasileira, o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) criou, em 1995, o Curso de Especialização em Saúde Coletiva na Modalidade Residência. Em 2009, é oficializado como Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.

Desenvolvido em parceria com o Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (NERJ/MS) que provê os recursos para financiamento das bolsas de residentes no valor equivalente ao estipulado pela Residência Médica, a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ possui duração de dois anos, com entrada anual por meio de seleção pública, ofertando 10 novas vagas a cada ano. Suas vagas são destinadas a profissionais graduados na área de saúde, sendo que, desde 2015, o curso admite também egressos dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva.

O objetivo geral deste curso é o de formar sanitaristas para compreender os determinantes do processo saúde-doença na comunidade, no trabalho e no meio ambiente e para desenvolver ações de saúde coletiva nas diferentes esferas do sistema de saúde. Dentre os objetivos específicos, almeja-se que os egressos estejam aptos a:

- a) identificar os condicionantes de saúde das populações e elaborar propostas de intervenção,

desenvolvendo atividades de planejamento, organização e avaliação de programas, serviços e sistemas de saúde e atuando em equipes multiprofissionais;

- b) identificar os aspectos culturais e socioeconômicos envolvidos na determinação das condições de saúde das populações;
- c) conhecer os modelos de atenção à saúde e as estratégias de intervenção no sistema de saúde;
- d) apreender conceitos, princípios e tendências na assistência à saúde, bem como o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios gerais;
- e) realizar diagnósticos das condições de saúde e dos serviços, inquéritos epidemiológicos e ações de vigilância em saúde;
- f) identificar riscos relacionados a atividades profissionais e ao meio ambiente;
- g) gerenciar Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme preconizado pelas diretrizes do SUS;
- h) trabalhar de forma interdisciplinar e intersetorial; e
- i) desenvolver postura reflexiva e investigativa para tomadas de decisões. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2010)

Este curso tem regime de tempo integral e exige dedicação exclusiva, com carga horária semanal de 60 horas, totalizando em uma carga horária de 5.760 horas, com 30 dias de férias por ano. Desta carga horária total, 80% são desenvolvidas em atividades práticas e teórico-práticas e 20% em atividades teóricas.

As disciplinas que compõe as estratégias educacionais teóricas são ministradas por docentes de diversas áreas do IESC/

UFRJ, distribuídas durante os quatro semestres do curso, conforme exposto no Quadro 1.

Quadro 1 – Disciplinas teóricas da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ.

SEMESTRE	ANO DA RESIDÊNCIA	
	R1	R2
1º	<ul style="list-style-type: none"> - Bioestatística - Epidemiologia e Saúde Pública - Informação em Saúde - Programas de Análise Epidemiológica - Seminários de Práticas em Saúde Coletiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodologia da Pesquisa - Políticas e Planejamento em Saúde - Seminários de Práticas em Saúde Coletiva
2º	<ul style="list-style-type: none"> - Ciências Sociais e Humanas em Saúde - Saúde Ambiental e do Trabalhador - Seminários de Práticas em Saúde Coletiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução à Bioética - Políticas e Planejamento em Saúde - Seminários de Monografia - Seminários de Práticas em Saúde Coletiva

Fonte: UFRJ, 2010.

Dado que a Residência é “um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2005) o IESC/UFRJ mantém pactuações interinstitucionais com diversas entidades para possibilitar que serviços de saúde vinculados ao SUS sejam campos para o desenvolvimento das estratégias educacionais práticas por meio do treinamento em serviço para a prática profissional.

Para esta integração ensino-serviço, o IESC/UFRJ possui convênios com o Ministério da Saúde e diversas Secretarias

Municipais de Saúde, como a do Rio de Janeiro e Niterói, além de ser possível formalizar outros acordos conforme surjam os interesses dos residentes e/ou dos gestores/profissionais dos serviços na oferta de outros campos práticos.

Durante os dois anos do curso, os residentes são inseridos em cenários práticos que contemplam a possibilidade de experiências de atuação como sanitarista. No primeiro ano, os residentes se rodiziam entre UBS e unidades hospitalares, realizando atividades por um semestre em cada um destes tipos de serviços. Já no segundo ano, o residente fica todo o ano em um único serviço relacionado à gestão de políticas, sistemas e/ou redes de saúde, como os níveis centrais ou coordenadorias regionais de Secretarias Municipais de Saúde. Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, há a inserção de residentes nos órgãos de gestão regionais das dez áreas de planejamento do município, as Coordenadorias de Área de Planejamento (CAP).

Ademais, o residente deve apresentar Trabalho de Conclusão do Curso resultante de pesquisa realizada durante o período do curso, demonstrando a capacidade de utilizar metodologia científica, com contribuição relevante para o desenvolvimento do conhecimento na área da saúde coletiva. A orientação deste trabalho pode ser realizada tanto por docentes da UFRJ, quanto profissionais do serviço que possuam titulação mínima de mestrado, sendo que os residentes são estimulados a produzirem pesquisas que estejam articuladas com os campos de práticas que estão inseridos.

A Coordenação da Residência conta com o apoio da Comissão de Residência, a qual “cabe o planejamento, a

coordenação, a supervisão das atividades, a definição de critérios de seleção de candidatos e a avaliação dos residentes da instituição e outras atribuições previstas, com autonomia e independência de decisões.” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2010, p.6) Esta comissão é composta pela coordenação do curso, docentes representantes das áreas do IESC e discentes representantes de cada um dos dois anos da residência.

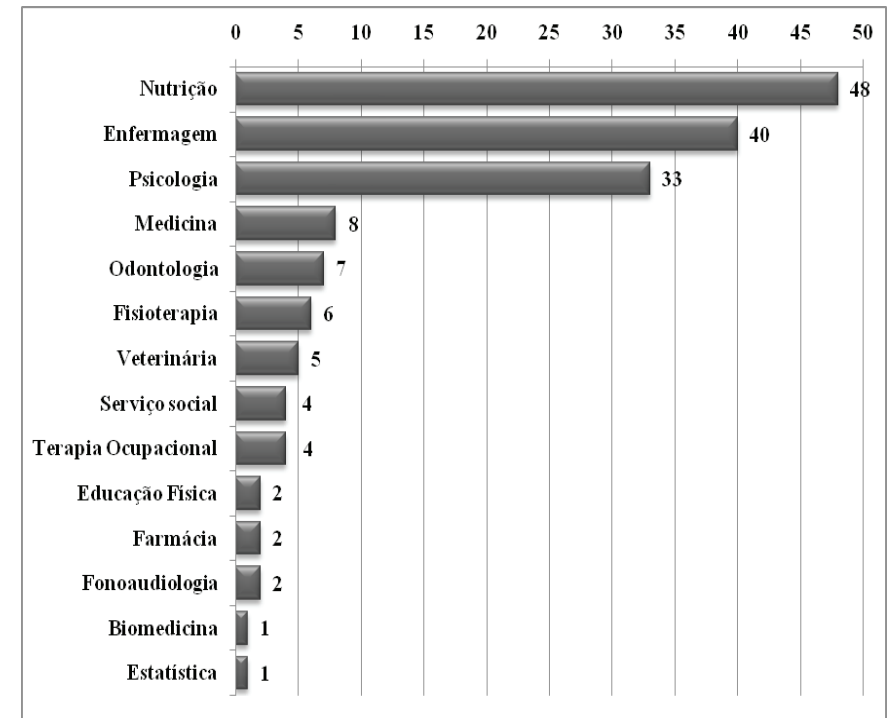
Em conformidade com a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 02/2012, que prevê a figura do tutor nos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, desde 2015 o IESC tem fortalecido a figura do tutor no processo de formação, cujo papel principal é fomentar a integração ensino-serviço da UFRJ com os cenários práticos e promovendo um processo de qualificação e maximização do potencial pedagógico destes campos em que os residentes encontram-se inseridos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012)

Embora a referida Resolução faça distinção entre tutor de núcleo (referente às atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional) e tutor de campo (que integra os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa), (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) o Programa de Residência Multiprofissional do IESC não opera tal distinção, considerando a

característica transversal e interdisciplinar da Saúde Coletiva.

Nestes vinte anos de trajetória, 163 profissionais de saúde já cursaram esta residência. O Gráfico 1 apresenta as categoriais profissionais dos residentes que passaram pelo curso.

GRÁFICO 1 - Categoria profissional dos residentes que cursaram a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ.



Fonte: Dados organizados pelos pesquisadores.

O DESAFIO DE FORMAR SANITARISTAS

Sanitarista é um profissional que tem como perfil geral o conhecimento das doenças, agravos, riscos e determinantes voltados para os aspectos que, de forma coletiva, facilitam ou

obstaculizam sua ocorrência ou seu progresso, reservando o atendimento personalizado aos doentes àqueles tradicionalmente graduados para atendê-los. Neste sentido, a sua formação prescinde dos conhecimentos clínicos e terapêuticos específicos – que são requeridos dos profissionais voltados para o atendimento de cada indivíduo isoladamente. (PAIM, 2006)

A formação destes profissionais estaria orientada por uma concepção interdisciplinar, que, sem negligenciar elementos provindos do modelo biomédico, o articularia com conhecimentos oriundos do domínio das ciências sociais e humanas, deslocando-se de um foco eminentemente individual para uma esfera coletiva. (TEIXEIRA, 2003) Portanto, a formação requerida implica outro posicionamento não apenas no plano epistemológico, mas também no plano ético-político (BOSI; PAIM, 2010), almejando-se que este profissional possa contribuir na consolidação da reforma sanitária e do SUS. (TEIXEIRA, 2003)

Entendendo que a formação em saúde coletiva deve ir além do sanitarismo,² Paim e Pinto (2013) defendem que a constituição do sujeito da saúde coletiva supõe a articulação da prática teórica e da prática política, com o desenvolvimento de atitude e aptidão críticas que busquem superar a consciência mágica ou ingênua para alcançar a consciência problematizadora que ajude a empreender um pensamento e um agir estratégico no âmbito da saúde. No

²Sanitarismo foi um movimento surgido ao final do século XIX e início do século XX nos EUA e Inglaterra que defendia a intervenção do Estado por meio da aplicação de medidas de saúde pública para o controle de doenças, mediante instrumentalização do conhecimento produzido pela epidemiologia e, posteriormente, pela “revolução” microbiana. (PAIM, 2006) No Brasil, se destaca a influência na realização de campanhas com caráter intervencionista. (PONTE; LIMA; KROPF, 2010)

plano axiológico, Paim (2006, p.106) assume que:

[...] o trabalho em saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um *componente ético essencial vinculado à emancipação dos seres humanos*. Não se trata de um trabalho qualquer, mas de um conjunto de atividades eticamente comprometido com o seu objeto – as necessidades sociais de saúde. Este trabalho, portanto, é integralmente perpassado por *valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia*.

Silva, Ventura e Ferreira (2013, p.97) também corroboram com estas questões, apontando duas dimensões fundamentais no agir do sanitarista:

A atividade do sanitarista apoia-se em um fazer que não se restringe à teoria ou aos seus desdobramentos tecnológicos, mas sobretudo em um sistema de valores éticos e políticos. Sendo o seu trabalho situado como prática social, a capacidade reflexiva e de tomada de decisões no curso do seu processo de trabalho são fundamentais.

Portanto, um dos maiores desafios da saúde coletiva é a formação de sujeitos entre a ciência e a política, entre a análise crítica e a proposição, entre a militância e a profissionalização do campo. (MOTA; SANTOS, 2013)

Estes desafios apontados pela literatura acadêmica compõem o cotidiano da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ. Para além de questões técnicas relacionadas

à utilização de banco de dados, aplicação de medidas de prevenção populacional, desenvolvimento de ações de educação em saúde, programação de ações de vigilância em saúde, aplicação do Planejamento Estratégico Situacional, avaliação dos serviços de saúde, compreensão de aspectos socioculturais para intervenções em determinados grupos societários, entre tantas outras ações que devem compor a caixa de ferramentas do sanitarista, faz-se importante uma formação que discuta a relevância social destas ações por uma prática social transformadora. Neste sentido, as disciplinas que compõem o canal teórico do curso convidam o residente a problematizar as práticas em saúde coletiva em curso no âmbito nacional e internacional e a própria práxis que este vem construindo nos cenários práticos de aprendizagem.

Deste modo, concordamos com as críticas tecidas por Telesi Jr. (2010) sobre a necessidade de um novo fazer pedagógico na formação dos “novos sanitaristas”, de modo que estes estejam mais aptos para enfrentar os desafios e problemas ligados à complexidade da vida moderna. Este autor propõe, para tanto, a construção de novas práticas pedagógicas que sejam, simultaneamente, apropriação e produção de conhecimento, questionando os conceitos, as tecnologias e os aspectos políticos e socioculturais que permeiam a saúde coletiva atualmente.

No entanto, a construção destas novas práticas pedagógicas sofre resistências: sua implantação não é tarefa simples, uma vez que tal forma de conduzir a prática pedagógica foi pouco presente durante a graduação inicial destes residentes. A preponderância do modelo biomédico e da tendência pedagógica tradicional de transmissão de conhecimentos foram hegemônicos na formação

inicial da maioria destes profissionais de saúde. A ruptura e superação da predominância destes paradigmas são resultantes de um trabalho lento e gradual, que tem como mote os valores anteriormente referidos, buscando o desenvolvimento de uma capacidade reflexiva, problematizadora, interdisciplinar e crítica nestes profissionais.

Outro aspecto que se configura como um desafio na Residência em Saúde Coletiva é a formação da nova identidade profissional destes sujeitos, agora como sanitaristas:

A identidade desse trabalhador [o sanitarista] torna-se, portanto, uma questão complexa, não claramente percebida, na medida em que, no mais das vezes, apresenta-se de forma ambígua, ou seja, resultante de uma combinação entre a formação acadêmica “híbrida” e a prática profissional. (SILVA; PINTO, 2014, p.161)

Na revisão de literatura realizada por Silva e Pinto (2013, p.557), visando analisar a produção científica sobre a identidade de atores da saúde coletiva no Brasil, entre 1990 e 2011, identificou-se um baixo volume da produção sobre essa temática, reafirmando que a identidade desses profissionais não é claramente percebida: “as discussões pouco se referem a um corpo básico que configura a identidade em saúde coletiva, mas, sim, a um conjunto de valores nos quais aparecem convergências.”

No cotidiano da Residência em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ, observa-se que, durante o primeiro ano, os próprios discentes apresentam ideias muito vagas sobre a atuação do profissional sanitarista, e, inclusive, certa dificuldade de se posicionar como

tal. Isto refletirá na postura como este profissional irá se inserir nos serviços de saúde durante o treinamento em serviço: como *a priori* nem mesmo todos os serviços contam com a figura deste profissional no seu quadro de funcionários ou não compreendem as peculiaridades do perfil de um sanitarista, requisita-se ao residente que desenvolva ações que são atribuições específicas da sua formação nuclear de base, assim como ocorre um processo de subaproveitamento das potencialidades deste ator no serviço.

Para superar este cenário, tem-se buscado uma maior integração ensino-serviço, de modo que o próprio serviço possa entender as peculiaridades do sanitarista e auxiliar neste processo de construção de identidade, em vez de ser mais um elemento que dificulte isto. Deste modo, medidas como articulação da tutoria junto aos campos de práticas e construção de planos de trabalho para novos residentes a partir da atuação dos últimos residentes foram resgatadas recentemente, já trazendo resultados benéficos sobre melhorias na atuação prática destes profissionais em serviço, principalmente nas unidades que não recebiam tradicionalmente este tipo de residente.

Estas intervenções não buscam pautar o modelo de atuação que todo residente deverá executar de forma padronizada, mas sim compor na construção de práticas que incluam a produção/invenção do próprio campo de trabalho do sanitarista e a capacidade de operar novas mediações interdisciplinares e intersetoriais para o trabalho em saúde. (FERLA; ROCHA, 2014)

Ainda que, internamente, o IESC/UFRJ busque primar por essas inovações, pesa o fato das atuais residências multiprofissionais

poderem abarcar apenas profissões da saúde, representando um prejuízo, sobretudo nas de saúde coletiva, na medida em que não permite que geógrafos, estatísticos, economistas, arquitetos e outros profissionais possam participar desse processo de formação.

Outro equívoco parece ser a restrição da entrada de médicos nas residências multiprofissionais, reforçando o modo como a formação em saúde é pensada. A noção e denominação de *multi*, assim, é subsumida ao agrupamento de algumas profissões, cada qual exercendo suas atividades específicas, com pouco ou nenhuma integração entre elas. O médico é apartado dessa conformação, talvez reforçando o seu papel de destaque ou de diferenciação em relação às demais profissões, fazendo com que, ao invés de inovação, seja apenas reproduzida velha dinâmica de hierarquias de poder dentro das instituições de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação de sanitaristas, profissionais que transitam pelo complexo campo de saberes e práticas da saúde coletiva, é de extrema importância para o setor saúde e para a continuidade do movimento da reforma sanitária e da consolidação do SUS.

O IESC/UFRJ busca, por meio da sua Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, alcançar o seu compromisso de “formar profissionais de saúde capazes de reconhecer e considerar a complexidade das questões com que lidam, além de subsidiar práticas mais eficazes voltadas à saúde no nível coletivo.” (LEGAY et al., 2006, p.560)

Ainda que sejam diversos os desafios que emergem no processo de formação de sanitaristas, tem-se conseguido, por meio da articulação da coordenação, tutores, preceptores, docentes e, principalmente, dos próprios residentes, a superação de tais entraves visando o desenvolvimento de sanitaristas conscientes de seu papel ético-político e com uma capacidade reflexiva, problematizadora, interdisciplinar e crítica na sua atuação prática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1/2, p. 5-20, 1997.

BOSI, M.L.M.; PAIM, J.S. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p.2029-38, 2010.

_____. Graduação em saúde coletiva: subsídios para um debate necessário [editorial]. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p.236-7, 2009.

BRASIL. **Lei n. 11.129 de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.o Programa Nacional de Inclusão de Jovens ProJovem; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 jul. 2005 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei /L11129.htm>. Acesso em: 20 jul 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 abr. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 20 jul 2015.

FERLA, A.A.; ROCHA, C.M.F. Fazeres em saúde coletiva: olhares de jovens sanitaristas em formação. In: FERLA, A.A.; ROCHA, C.M.F. (Orgs.).Residências em saúde: **Fazeres em saúde coletiva**: experiências e reflexões de jovens sanitaristas. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p.7-10.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.2, n.2, p.103-14, 1994.

LEGAY, L. et al. A criação do IESC – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p.559-60, 2006.

LUZ, M.T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p.304-11, 2009.

_____.Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2006. p.27-34.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 2, p.42-64, 1994.

MOTA, E.; SANTOS, L. O que se pode alcançar com a graduação em saúde coletiva no Brasil? **Tempus Actas**, v. 7, n. 3, p.37-41, 2013.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. p.17-38.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998.

PAIM, J.S.; PINTO, I.C.M. Graduação em saúde coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus Actas**, v. 7, n. 3, p.13-35, 2013.

PONTE, C.F.; LIMA, N.T.; KROPF, S.P. O sanitarismo (re)descobre o Brasil. In: PONTE, C.F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.73-110.

SILVA, N.E.K.; VENTURA, M.V.; FERREIRA, J. Graduação em saúde coletiva e o processo de construção de cenários práticos. **Tempus Actas**, v. 7, n. 3, p.91-101, 2013.

SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. Construção da identidade dos atores da saúde coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 46, p.549-60, 2013.

_____. O sanitarista como trabalhador da saúde no Brasil: uma identidade em transformação. In: MARTINS, M.I.C. et al. **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Braga (PT): Universidade do Minho; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. p.159-66.

TEIXEIRA, C.F. Graduação em saúde coletiva: antecipando a formação do Sanitarista. **Interface (Botucatu)**, v. 7, n. 13, p.163-66, 2003.

TELES JUNIOR, E. Aprender e praticar saúde - reflexões sobre o novo sanitarista. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 1, p.44-8, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. Instituto de Estudos de Saúde Coletiva. **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do IESC/UFRJ**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

Formação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde: Relato de experiência sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família¹

*Christiny Regina Lopes
Daniela Lemos Carcereri
Daniela Schwabe Minelli
Débora Martini
Elisa Prieto Kappel
Indiara Sartori Dalmolin
Keli Regina Dal Prá
Mareni Rocha Farias
Marina Leite Souza*

INTRODUÇÃO

Os cursos de residência no Brasil representam uma estratégia de ordenação de recursos humanos para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Constituição Federal. Diferentes modalidades de cursos são oferecidas, sendo em área profissional específica, como, por exemplo, as residências uniprofissionais e as multiprofissionais, que contemplam a inserção de diferentes áreas de conhecimento no mesmo processo de ensino e aprendizagem.

No Brasil, a Atenção Primária em Saúde (APS) é ordenada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, e nesse sentido, grande parte dos cursos de residências multiprofissionais estão voltados para a formação de recursos humanos para a atenção básica.

¹Este texto trata da experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina e foi elaborado por residentes, preceptores, tutores e coordenadores vinculados ao referido programa de residência.

Este texto objetiva descrever a estruturação e funcionamento do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), visando qualificar profissionais para inserção no SUS e na APS. Esse curso possibilita o ingresso de seis profissões no mesmo processo seletivo: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Serviço Social.

Esse estudo é um relato de experiência que contemplará, em sua descrição, a estruturação do curso e o funcionamento das atividades desenvolvidas no processo de ensino e aprendizagem e integração ensino e serviço. Dessa forma, o texto está organizado em quatro momentos: 1) contextualização do SUS e das residências multiprofissionais no Brasil; 2) apresentação da REMULTISF/UFSC; 3) relatos e reflexões sobre a formação da REMULTISF/UFSC a partir da visão dos atores envolvidos; e 4) considerações finais.

O SUS E A PROPOSTA DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

No Brasil, as conquistas históricas e políticas associadas ao setor da saúde possibilitaram a reconstrução e a evolução na maneira de enxergar os sujeitos como atores sociais e precursores da sua própria trajetória de vida; de entender o processo de saúde e doença a partir de uma perspectiva ampliada; de repensar o modelo de organização, oferta e acesso aos serviços de saúde; de preparar os recursos humanos para intervenção no setor saúde.

Esse novo cenário possibilitou a modificação da realidade

social nas décadas de 1970-80, marcadas pela exclusão da maioria dos cidadãos brasileiros ao direito à saúde, uma vez que somente os trabalhadores formais poderiam acessar os serviços de saúde, prevalecendo a lógica da cidadania regulada. (CAMPOS et al., 2012)

Em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ganhou força os avanços com relação à criação de um sistema nacional de saúde que atendesse a todos os cidadãos, principalmente pela participação ativa da sociedade civil, que incentivou o Movimento da Reforma Sanitária, desde a década de 1970, a qual foi uma resposta ao modelo de saúde implantado no país, com caráter biomédico, resultando na reestruturação do sistema de saúde.

Na lógica dos princípios defendidos pela Reforma Sanitária, o SUS foi criado em 1988, com a Constituição Federal, e institucionalizado em 1990, com as Leis nº 8.080 e 8.142. Estas preconizam que todo o cidadão brasileiro tem acesso aos serviços de saúde independente de qualquer contribuição prévia ou outro tipo de restrição. O SUS na sua construção e implantação norteia-se em princípios e diretrizes, tais como: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; b) integralidade de assistência, compreendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; c) autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; d) igualdade da assistência; e) direito à informação; f) participação da comunidade; e g) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. A Lei 8.080/90 traz o conceito ampliado de saúde, considerando que

existem fatores determinantes e condicionantes que influenciam sua condição: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990)

Nos espaços de atuação do SUS, que se organiza em três níveis de complexidade, a APS é a porta de entrada para a população, o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Além disso, a APS prevê a aproximação da atenção à saúde ao local onde as pessoas vivem e trabalham, proporcionando continuidade do cuidado e criação de vínculos comunitários, na busca por uma atenção integral. (STARFIELD, 2002)

Nesse contexto de reorganização do modelo assistencial à saúde, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), apostando na criação de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais e a população, com o intuito de concretizar os princípios e diretrizes do SUS. Posteriormente, o programa passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família, por entender que a organização do trabalho dentro das unidades deve-se pautar em uma construção mais horizontal e menos prescritiva das ações de saúde.

Para a consolidação do SUS, além da implementação de um novo modelo assistencial de saúde, teve-se que repensar o processo de formação e qualificação de profissionais para atuação na saúde pública, visando preparar profissionais com perfil para atuação em consonância com seus princípios e diretrizes. A ordenação de recursos humanos para a saúde está prevista na Constituição Federal, que estabelece que essa formação deve ser organizada e executada

pelo próprio sistema, considerando todos os níveis de ensino e contemplando a elaboração de programas para aperfeiçoamento permanente de pessoal. (BRASIL. Consituição, 1988)

Nesse sentido, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, por meio da Portaria nº 198, com o intuito de contribuir para a transformação e qualificação da atenção à saúde; organização das ações e serviços; e processos de formação de profissionais, estimando na sua implantação a articulação entre o SUS e as instituições de ensino. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Dessa forma, uma das diretrizes dessa política aponta para a expansão e implantação de cursos de residências pelo país, entre eles as residências multiprofissionais em saúde, com diversas ênfases, desde a saúde da família até o âmbito hospitalar.

Em 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, “com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde”. (BRASIL, 2006, p.6) Em 2005, por meio da Lei 11.129, (BRASIL, 2005) institui-se a residência em área profissional da saúde e, posteriormente, com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 2009, (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) regulamenta-se a Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, as quais são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS com base nas realidades locais e regionais.

As residências abrangem profissionais da saúde de diversas áreas, como Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física,

Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) Constituídas com base em cooperação intersetorial, visam capacitar jovens profissionais da saúde para uma qualificada inserção no mercado de trabalho, principalmente em áreas prioritárias do SUS. (BRASIL, 2005)

Instituída como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço, a carga horária das residências é de 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais, com duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) Esse processo de formação proporciona a articulação entre o sistema de saúde, a partir do contato com os profissionais de campo (preceptores), e as instituições formadoras, a partir do contato com os docentes (tutores) vinculados aos departamentos de ensino.

De acordo com o Ministério da Saúde, os Programas de Residências Multiprofissionais apresentam desenhos metodológicos diferenciados; no entanto, existe um consenso com relação à defesa da utilização de metodologias ativas, participativas e de educação permanente como eixo pedagógico. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2006)

A ORGANIZAÇÃO DA REMULTISF/UFSC

Cenários de prática

No município de Florianópolis, a residência multiprofissional em saúde existe desde 2002, sendo reestruturada constantemente de acordo com as necessidades do ensino e do serviço. Já passaram pelo curso aproximadamente 130 alunos entre as áreas da Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

A REMULTISF/UFSC conta com residentes inseridos na ESF e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), contemplando a inserção de profissionais residentes nas áreas supracitadas, além de tutores, professores colaboradores e preceptores concursados pela Prefeitura Municipal de Florianópolis que atuam na APS do município para dar suporte ao modelo pedagógico-assistencial.

A REMULTISF/UFSC tem parceria com dois Distritos Sanitários (DS), das regiões do centro e do sul do município, e os residentes estão lotados e desenvolvem suas ações em três Centros de Saúde (CS), sendo dois lotados no DS Centro (CS Agrônômica e CS Prainha) e um no DS Sul (CS Armação).

Ingresso, marco de referência e estrutura pedagógico-assistencial

O ingresso no curso acontece anualmente, por meio de processo seletivo e a carga horária de 5.760 horas está dividida entre módulos teóricos e práticos. A REMULTISF/UFSC tem como marco de referência um conjunto de propostas integradas à prática assistencial, à educação e à pesquisa, e representa pressupostos,

crenças e valores sobre indivíduos, grupos, situações e eventos que permeiam esses três elementos. No campo da prática, o marco atua como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o ser humano, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que é vivenciado no território e no SUS.

O processo de educação permanente perpassa todos os momentos de formação da residência, na qual a proposta é privilegiar espaços de conhecimento que visam à discussão e reflexão sobre o SUS e a sua reorientação baseada na ESF. A estruturação curricular da REMULTISF/UFSC, nessa perceptiva, está organizada em dois grandes módulos: módulo de reflexão teórico-prático e módulo de educação no trabalho.

Módulo de reflexão teórico-prático

As atividades teóricas contam com supervisão de tutores e preceptores do curso e estão organizadas em atividades denominadas: estudos independentes; projetos integrados; desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso (TCC) e produção científica (Quadro 1). Essas atividades são desenvolvidas nos espaços da UFSC e nos DS, CS e comunidade.

Quadro 1 - Atividades do módulo teórico-prático da REMULTISF/UFSC.

ATIVIDADES	PROPOSTA	ATORES ENVOLVIDOS
<i>Estudos independentes</i>	Espaço para estudos individuais sobre assuntos que envolvem o SUS e as suas implicações no processo de trabalho e para elaboração de trabalhos solicitados nas disciplinas do curso.	Residentes
<i>Projetos integrados</i>	Espaço destinado para concretização do trabalho em equipe. Momento de planejamento coletivo e execução de ações em saúde voltadas para as necessidades do território, sendo desenvolvidas junto à comunidade, aos conselhos de saúde, atividades de educação permanente em geral, atividades em educação e promoção da saúde.	Residentes Preceptores Tutores
<i>TCC e produção científica</i>	Espaço para reflexão e elaboração de trabalhos acadêmico-científicos e projetos de pesquisas voltados para as temáticas e serviços do SUS. Esses trabalhos são oriundos da vivência e experiência prática.	Residentes Preceptores Tutores

Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 2014.

Cabe ressaltar que esse módulo é orientado por um conjunto de saberes estruturantes que, articulados com o módulo de educação no trabalho, conformam o currículo do curso. Esses saberes são a base das atividades presenciais realizadas semanalmente, nos ambientes da UFSC, sob coordenação de um tutor. Além disso, o módulo de reflexão teórico-prático proporciona momentos de discussão e aprofundamento dos conhecimentos de forma multiprofissional e interdisciplinar e é essencial para a formação

de profissionais competentes e responsáveis. É interessante que este processo parta das necessidades de aprendizado com base na prática em serviço, pactuada entre os tutores, preceptores e residentes.

Módulo de educação no trabalho

Este módulo baseia-se no trabalho multiprofissional, na perspectiva de construção do saber interdisciplinar e na prática intersetorial por meio das estratégias de promoção da saúde, prevenção das enfermidades e acidentes, atenção curativa e reabilitação, em nível individual, familiar e coletivo.

As atividades de educação no trabalho que compõem esse módulo são: processo pedagógico-assistencial na ESF; supervisão de grupo; supervisão específica; e momento de integração (Quadro 2). Essas atividades são acompanhadas por preceptores das diversas profissões integrantes do programa, sob a supervisão acadêmica dos tutores docentes do curso.

Quadro 2 - Atividades do módulo educação no trabalho da REMULTISF/UFSC

ATIVIDADES	PROPOSTA	ATORES ENVOLVIDOS
Processo pedagógico-assistencial na ESF	Espaço para desenvolvimento de ações diariamente nos CS sob supervisão local de preceptores. Espaço mensal para encontro multiprofissional, com a presença de tutores, preceptores e residentes das diferentes áreas de conhecimento, visando à supervisão do processo pedagógico-assistencial, por meio de discussões associados ao processo de trabalho no SUS.	Residentes Preceptores
Supervisão de grupo	Espaço mensal para encontro entre os atores da residência da mesma área de conhecimento, visando à supervisão do processo pedagógico-assistencial referente a sua profissão.	Residentes Preceptores Tutores
Supervisão específica	Espaço de educação que visa oportunizar a integração dos residentes dos diferentes CS e o compartilhamento de saberes em relação ao processo de trabalho desenvolvido em cada território.	Residentes Preceptores Tutores
Momento de integração		Residentes

Fonte: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 2014.

Com relação ao processo pedagógico-assistencial na ESF, os residentes desempenham atividades multiprofissionais em duas vertentes: acompanhamento e participação nas atividades já previstas na execução da ESF, sendo: visitas domiciliares junto com os profissionais dos CS, participação em reuniões de área com os profissionais responsáveis por uma parte do território de abrangência, reuniões de planejamento coletivo com a presença

de todos os profissionais do CS, participação em atendimentos coletivos e discussão de casos com outras categorias profissionais (matriciamento); e planejamento e desenvolvimento de novas propostas de intervenção, a partir da identificação das necessidades, demandas e diagnóstico do território, sendo: proposição de novos atendimentos coletivos, realização de ações sociais na comunidade, colaboração no controle social, articulação entre os CS e os equipamentos sociais, como escolas, creches e hospitais (intersectorial), visando o desenvolvimento de ações educativas, de prevenção de doenças e promoção de agravos, entre outros.

Ambos os módulos têm o propósito de proporcionar momentos multiprofissionais, com o intuito de formar profissionais com olhares diferenciados para o processo de saúde e doença dos indivíduos e fortalecer o modelo assistencial da saúde, rompendo com o modelo biomédico, pautado na fragmentação do ser humano (especialidades), priorizando o modelo assistencial pautado no conceito ampliado de saúde.

O OLHAR DE CADA SUJEITO ENVOLVIDO COM A REMULTISF/UFSC

O olhar do tutor

Os tutores, docentes dos cursos envolvidos com a REMULTISF/UFSC, desenvolvem suas ações junto aos preceptores e residentes, com o objetivo de orientar a aprendizagem e as ações profissionais, além de oferecer-lhes suporte teórico. Além disso, devem se inserir no campo de atuação da residência na APS acompanhando o processo de educação em serviço. Esta inserção no serviço de saúde não ocorre com a mesma intensidade que os

preceptores, pois estes são profissionais da rede e desenvolvem seu trabalho no campo prático, mas é de fundamental importância acompanhar as atividades para compreender a realidade do SUS e estabelecer as mediações teórico-práticas entre preceptores e residentes.

Uma das competências fundamentais do tutor na residência é contribuir para o aprofundamento técnico-científico dos residentes e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (ESF), bem como compartilhar com o preceptor estratégias de ensino visando a efetivação da concepção teórica, filosófica e pedagógica da residência. Especificamente no campo do aprofundamento teórico, o desafio colocado ao tutor é facilitar a articulação entre a equipe multiprofissional para promover o diálogo entre os diversos saberes “na perspectiva de sistematizar um processo de trabalho em equipe que para além da mera acumulação de conhecimentos disciplinares possa integrá-los [...]”, (PARENTE, 2008, p.51) uma vez que as estruturas curriculares dos cursos de graduação abordam essa temática de forma separada e isolada da realidade.

Para que essa tarefa seja cumprida, os tutores necessitam se inserir com maior intensidade no módulo de educação no trabalho, além do envolvimento nos módulos de reflexão teórico-prática, a fim de se aproximar da realidade dos serviços de saúde e entender de que forma acontece o processo de trabalho das equipes, no cotidiano do SUS. No entanto, essa aproximação com a realidade do SUS ainda tem que superar a elevada carga horária de atividades que os docentes desenvolvem nas universidades, às quais os tutores estão submetidos nos seus departamentos de origem nos diferentes cursos de graduação.

O olhar do preceptor

Os preceptores da REMULTISF/UFSC são profissionais inseridos nas ESF ou NASF, tendo como função principal a supervisão *in loco* das atividades práticas do residente, a fim de adequá-las ao modelo teórico-metodológico do curso e da ESF. (VERDI et al., 2006) Além disso, são referência na sua área profissional, respondendo pela orientação técnico-profissional do residente no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação com as ESF, com a população e com outros serviços com os quais estabelecerão relação durante a residência. (BARROS, 2010)

O preceptor é o responsável por deter os conhecimentos específicos de sua área e articular com as demais profissões atuantes na saúde, buscando um atendimento integral ao usuário. De modo geral, são responsáveis por fazer articulações na formação multiprofissional, integrar teoria e prática, fazer vínculo da instituição com o residente e ser mediador, dialogando com os diversos espaços e atores da residência. (BARROS, 2010)

A preceptoria também está relacionada com a atividade docente, sendo fundamental a inserção do preceptor tanto no módulo de educação no trabalho quanto nos módulos de reflexão teórico-prática propostos pela REMULTISF. Para isso, a atuação do preceptor no processo formativo deve ser baseada na educação transformadora e participativa, caracterizada por ser uma metodologia problematizadora.

Para os preceptores, a REMULTISF é um grande desafio já que, além de exercer bem a profissão, é preciso articular teoria com a prática, motivar os residentes, proporcionar a eles novas experiências e agir interdisciplinarmente. Além disso, a preceptoria exige planejamento, organização e dedicação para contribuir para o aprendizado do residente e, ao mesmo tempo, manter a qualidade do serviço. Esse desafio torna-se uma motivação na medida em que busca ampliar, de forma constante, os saberes relacionados a uma área de conhecimento e sua necessidade de aperfeiçoamento e revisão regular, sobretudo tendo o cenário da prática como base para essas reflexões. Consequentemente, as atuações tornam-se mais elaboradas, resolutivas, integrais e humanizadas, reforçando o pensamento de Freire (1997) de que ensinar e aprender andam lado a lado, ou seja, quem ensina aprende, e o aprendiz é também um ensinante, ilustrando o “ir e vir” na relação entre preceptor e residente.

O olhar do residente

O curso da REMULTISF/UFSC, contemplando módulos teórico-práticos e orientações acadêmicas e no campo de trabalho, possibilita aos residentes das diferentes profissões: a) transformar os conhecimentos aprendidos sobre saúde e SUS, nos cursos de graduação, em saberes exequíveis na prática profissional, pois o curso se desenvolve, majoritariamente, no cotidiano dos serviços em saúde na APS; b) refletir sobre o conceito ampliado de saúde a partir dos cenários de prática e realidades sociais; c) compreender o objeto de estudo e intervenção das outras profissões que compõem o setor saúde, possibilitando a valorização dos saberes de cada

categoria, a integração de ações multiprofissionais e a reflexão sobre os conhecimentos comuns que podem dar suporte aos discursos e atuações profissionais; d) planejar, desenvolver e avaliar ações em saúde de forma multiprofissional, a partir do conceito ampliado de saúde; e) valorizar os saberes populares na construção coletiva de projetos terapêuticos, uma vez que a saúde aparece como processo de produção social; f) exercitar a criatividade, o processo de tomada de decisão coletiva, o respeito as divergências de opiniões e a superação da fragmentação do conhecimento (rompimento do modelo médico-centrado); g) participar do controle social das políticas públicas do país, inserindo-se nos conselhos locais e municipais de saúde; e h) modificar a forma de intervenção profissional, a partir da realidade social, econômica e política do país no qual o SUS foi implantado, desenvolvendo ações concernentes aos seus princípios e diretrizes.

Por fim, a aquisição de competências conceituais, procedimentais e atitudinais torna-se mais qualificada e significativa para os residentes quando são propiciados momentos teóricos e práticos que permitam a reflexão sobre o que se faz, para que se faz, com quem se faz, como se faz e o que se pretende alcançar. A presença dos preceptores e tutores na mediação desse processo de ensino e aprendizagem sobre o SUS mostra-se determinante para instigar a capacidade individual e coletiva dos residentes no desenvolvimento e produção de conhecimentos e habilidades voltados para o SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As residências multiprofissionais em saúde, por meio da integração de profissionais de diferentes áreas de conhecimento na APS no SUS e por meio da articulação entre módulos teóricos e práticos, contribuem para a transformação na realidade local de oferta de serviços de saúde. Os residentes, quando inseridos nos CS, com orientação acadêmica e profissional têm a oportunidade de desenvolver novas propostas de ações e serviços à comunidade, remodelando o fluxo de atendimento e o processo de trabalho estabelecido, previamente, nessa unidade de saúde. Em relação à comunidade, o que se observa é a contribuição da REMULTISF/UFSC na qualificação dos atendimentos e serviços ofertados à população, a integralidade das ações prestadas, além de uma maior articulação entre serviços e comunidade.

No ambiente da prática, os residentes aprendem com situações reais, o que torna o conhecimento mais significativo, pois vivenciam o trabalho em equipe, a troca de experiências, desenvolvem habilidades de comunicação, liderança e de tomada de decisões. Além disso, passam a ter uma visão mais integral do processo saúde e doença, como produto social, relacionando-os com os aspectos sociais, culturais e políticos. Isto é, ampliam o entendimento em relação ao SUS, contribuindo para o seu fortalecimento.

REFERÊNCIAS

BARROS, M.C.N. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência do Serviço Social**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. Lei n. 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. o Programa Nacional de Inclusão de Jovens ProJovem; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 22 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 abr. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>. Acesso em: 23 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Educação; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 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 Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 nov. 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em: 23 mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 fev. 2004. Disponível em: <<https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Portaria+N%C2%BA+198%2FGM%2FMS%2C+de+13+de+fevereiro+de+2004>>. Acesso em: 22 abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

FREIRE, P. **Professora sim, tia não**: cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho D'água, 1997.

PARENTE, J.R.F. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **SANARE**, v. 7, n. 2, p. 47-53, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. CURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **Guia acadêmico**: Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VERDI, M. et al. Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.283-304.

Acreditação Pedagógica como Estratégia de Avaliação Formativa Institucional em Programas de Residência em Área Profissional da Saúde¹

Ricardo Burg Ceccim

INTRODUÇÃO

A avaliação constitui importante dispositivo técnico e político para acompanhar ações e considerar proposições, caminhos e resultados. Podemos dizer também que toda avaliação tem repercussão pedagógica, uma vez que toda expectativa de uma boa avaliação incide na regulação das práticas a serem avaliadas. A avaliação, segundo Leite (2005), é um “organizador qualificado de informações”, prestando-se ao reconhecimento de situações, estados ou condições de forma qualitativa e quantitativa. Ao apresentar, como no presente texto, uma proposta de uma “avaliação institucional formativa”, pretende-se gerar, pela exploração de dados ou informes, uma sistemática de organização da informação e, com base nela, formar trabalhadores para a implementação de certas práticas ou para a tomada de consciência “ativa” sobre fazeres deliberados coletivamente ou no

¹Documento elaborado para o curso de formação de avaliadores de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, desencadeado pela Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS), em 2015. Toma por base palestra proferida na XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública, realizada de 02 a 04 de julho de 2000 em La Habana, Cuba, sobre “Acreditação Pedagógica”. A exposição integrava o debate sobre processos contínuos de melhoria da qualidade nas instituições de ensino da saúde, incluindo processos de autoavaliação e de avaliação externa dos quais participassem os proponentes, os gestores da política pública de educação e de saúde, o corpo docente, os alunos, os egressos e os usuários das ações e serviços de saúde relacionados.

interesse de políticas públicas aceitas socialmente. O que se espera de uma avaliação institucional formativa em programas de ensino na saúde é que sua “informação” resulte em ações de transformação participativa nas realidades e gerem processos coletivos de mobilização por uma cultura de educação na saúde e de atenção à saúde que diga respeito à atenção integral, à aprendizagem significativa e à inclusividade da diversidade da vida, com suas singulares necessidades sociais e suas especificidades políticas na consolidação do Sistema Único de Saúde.

O debate vigente sobre a *avaliação institucional em educação* e o debate vigente sobre a *interação ensino-sociedade em saúde* conformam cenários particulares à avaliação das residências em área profissional da saúde. Essa modalidade de formação adquiriu formato legal muito recentemente e seus desafios de supervisão e regulação recém começaram, motivo pelo qual a avaliação desponta como desafio pedagógico não apenas para os avaliados como para o próprio sistema de avaliação no interior da gestão das políticas públicas de educação e de saúde, devendo provir de cotidianos vivos e criativos. O avaliado deve saber o que dele se espera como bom desempenho e monitoramento da qualidade, mas também contribuir para a melhoria do sistema avaliativo e sua sensibilidade para a boa supervisão e regulação. O avaliador, neste momento, precisará exercer “pedagogicamente” sua tarefa, isto é, ser capaz de análise apreciativa, observação participante, apreensão de potências e colaboração ativa. A ideia e ação da Avaliação Institucional em Educação como uma Avaliação Formativa Institucional é para que ela funcione como organizador qualificado da informação recolhida sobre a qualidade da implementação de programas de

residência em área profissional da saúde, mas também opere como dispositivo de transformação participativa da realidade onde sucede a implementação dessa modalidade de ensino e formação. Como meta ulterior, espera-se do sistema de avaliação a produção de uma inteligência coletiva recolhida da rede de atores em interação para que represente, ainda, acreditação pedagógica, isto é, represente uma construção coletiva permanente, resultado do aprendizado compartilhado, realizado cotidianamente, tendo em vista a melhor resposta às políticas públicas implicadas.

Participam de uma acreditação pedagógica não apenas o agente técnico da coleta de informações avaliativas e o gestor de ensino responsável por prestar informações e dar acesso às bases locais de dados. Para que seja “acreditação” a avaliação institucional deve ser contínua e colaborar ativamente para a construção do melhor conceito a ser praticado, cooperar para que os programas sejam dignos de confiança e apoiar que efetivamente os programas sejam de elevada sensibilidade formativa. Para que seja “pedagógica” tal acreditação se faz com princípios e premissas educativas, compondo coletivos e redes de interação e aprendizado, no interior dos programas e entre os programas, no interior das instituições proponentes e entre tais instituições, entre gestores de programas e gestores de políticas de saúde e de educação, articulando e estimulando a articulação entre todos os atores interessados no desencadeamento, fortalecimento e consolidação dos programas de residência em área profissional da saúde e de tal modalidade formativa.

Uma avaliação institucional envolve autoavaliação; avaliação externa; avaliação de desempenho dos discentes no percurso formativo; avaliação pelos usuários de serviços de saúde quanto ao desempenho profissional no tocante às expectativas de acolhimento, integralidade da atenção e resolutividade; avaliação com os gestores públicos quanto à condução das interfaces entre educação e trabalho na saúde; a avaliação pelos egressos quanto à vigência e duração das aprendizagens e mesmo a avaliação por traçadores de sistemas e serviços de saúde, tendo em vista aquilatar indicadores de impacto. Uma acreditação pedagógica pode significar “gestão formativa”, assim como para Ceccim e Feuerwerker (2004) é a Educação Permanente em Saúde uma estratégia de gestão política do trabalho, inserindo ferramentas de aprendizagem no cotidiano, tendo em vista a transformação das práticas de atenção, de gestão, de participação e de formação em saúde. Pode-se cogitar, por decorrência, uma articulação entre acreditação pedagógica e educação permanente em saúde, operando-se uma “gestão formativa participativa” dos programas avaliados e gerando-se uma inteligência das práticas para o seu aperfeiçoamento e melhoria da resposta desejada pela política pública.

A avaliação institucional que vem ao alcance da regulação pedagógica das práticas colabora com a melhor execução das políticas públicas e apoia os avaliados nessa compreensão. A avaliação formativa alimenta autonomias na medida em que amplia o domínio em respeito aos saberes que se deve dispor no melhor pertencimento às políticas públicas com as quais operamos. Para que não seja autoritário e impositivo, um sistema de avaliação deve estar aberto à sua recomposição, mantida a escuta de indicadores para a sua atualização permanente.

Presente no interior da regulação de uma política pública, a avaliação institucional formativa deve considerar que repercussão pedagógica pretende. No caso do sistema de avaliação das residências em área profissional da saúde, estamos inseridos no componente normativo legal da Constituição Federal onde compete ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação dos trabalhadores do setor da saúde. Na medida em que se encontrem *Avaliação Institucional Formativa e Educação Permanente em Saúde*, uma estratégia de *acreditação pedagógica* pode inserir processos avaliativos educativos e buscar a regulação da oferta de programas mediante a recomposição de processos, conforme os aprendizados de sua execução e a escuta ativa dos movimentos emergentes entre seus atores, importando que se dê confiança à sociedade de que os programas formativos foram avaliados e correspondem aos padrões pedagógicos deliberados como adequados à educação das novas gerações profissionais.

Uma proposta de sistema de avaliação e acompanhamento do desempenho da educação levada a efeito pelas instituições que implementam programas de residência em área profissional da saúde deve funcionar como supervisão da qualidade da formação proporcionada, assim como uma política pública de consolidação dessa modalidade formativa inovadora. Trata-se da aceitação da necessidade de expansão das residências em área profissional da saúde, reconhecendo os riscos da falta de acompanhamento da qualidade e a necessidade de interpor um sistema de avaliação institucional que gere confiança pela sociedade, credibilidade entre seus discentes, compromisso social com a implementação do Sistema Único de Saúde e opere como acreditação pedagógica.

OS MÉTODOS AVALIATIVOS E AS QUESTÕES PROGRAMÁTICAS

São distintos os modos de composição e organização do pensamento a respeito da avaliação. Leite (2005), por exemplo, organiza diferentes modelos de avaliação, segundo os diferentes níveis de participação e de democracia que implicam, considerando para isso os grupos de referência na avaliação, os objetivos ou acordos firmados, a metodologia, os produtos, a epistemologia e o enfoque político-filosófico que adotam. Worthen, Fitzpatrick e Sanders (2004) organizam as avaliações considerando seus proponentes, a finalidade, características, usos, contribuições ao conceito de avaliação e critérios para meta-avaliação. Guba e Lincoln (1989) nos apresentam avaliações de primeira, segunda, terceira e quarta geração, segundo as introduções de novidade numa determinada linha do tempo. Para os autores, as avaliações de primeira geração (situadas no período entre 1900-1930) são aquelas que se ocupam da mensuração, iniciando com o desempenho escolar e com a produtividade; de segunda geração (período entre 1930-1950), seriam voltadas para a avaliação de programas e que se ocupam em verificar se determinado programa atinge ou não seus objetivos; terceira geração (entre 1950-1980), como as avaliações cujo objetivo é a mensuração e descrição, com a finalidade de julgar o mérito de determinado programa; de quarta geração (período que abrange 1980 em diante), como aquelas em que os parâmetros são negociados com os envolvidos e as avaliações são participativas (*stakeholders*: grupos de interesse ou grupos de implicação ou, simplesmente, implicados). Para Minayo, Assis e Souza (2005), a partir de 2000, acompanha-se o surgimento da avaliação por triangulação de métodos como a expressão de uma dinâmica de investigação e de

trabalho que integra análise de estruturas, processos e resultados, compreensão do programa em pauta, das relações envolvidas na implementação de ações e visão que os atores constroem sobre o objeto em investigação. A avaliação por triangulação de métodos é definida como processo avaliativo que combina e cruza diversos pontos de vista, sendo tarefa conjunta de profissionais de várias áreas que queiram trabalhar em cooperação, contando com a visão de variados informantes e múltiplas fontes de informação, utilizando-se de uma variedade de técnicas para a coleta de dados e confronto de acumulações.

Apesar de admitir-se que a avaliação se apresenta como um campo polissêmico e apesar de suas classificações variarem segundo objetivos, posição dos avaliadores, inclusões e exclusões de atores, cenários e fatores de interferência ou período de implantação, implementação e resultados, a literatura existente destaca a avaliação como análise e determinação de mérito, propriedade ou valor. Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação consiste em fazer julgamento sobre uma dada intervenção. Os autores, assumindo uma noção de sistema (com entradas, processos e resultados), definem que o julgamento ocorre relacionando os recursos empregados, sua organização, serviços e/ou bens produzidos, assim como os resultados obtidos. Dias Sobrinho (2003) afirma que a determinação de valor a respeito de algo é a “alma do negócio” na avaliação. E se é isso mesmo, na medida em que um processo avaliativo vai emitindo juízos de valor, vai definindo o que está bem, ou mal, vai induzindo/produzindo (por vezes inventando) “desejáveis”, não gerando somente regulação, mas normatização.

A regulação pode se apresentar como produção de normas e normalização, criação de normalidade.

Tanto Ernest House, como José Dias Sobrinho referem a avaliação de programas e/ou ações políticas, que por sua vez seguem critérios e princípios que devem (ou deveriam) ser justificados, explicitados e explicados. House (2000) afirma a importância da avaliação em atender e/ou escutar interesses de diferentes segmentos da sociedade. Dias Sobrinho (2003) destaca aspectos que considera centrais quando se trata de pensar e propor avaliações: valor, critérios, políticas sociais, escrutínios públicos, sociedade. Para o autor, a avaliação não é uma ação neutra, nem aleatória, nem uma simples descrição, opera com determinada racionalidade, segundo metodologias específicas e, por isso, deve explicar, justificar e contextualizar as opções que faz e os resultados decorrentes.

A avaliação é uma ação política não só porque emite juízos ou atribui valores ou constrói imagens, mas porque, ao fazê-lo, inventa valores, define juízos, desenha as imagens. Se de uma forma mais geral, a avaliação pode ser compreendida como o ato de “julgar o valor ou mérito de alguma coisa”, (SCRIVEN apud WORTHEN; FITZPATRICK; SANDERS, 2004) também pode ser atribuída uma diferenciação entre avaliação informal e formal. A primeira diz respeito aos procedimentos realizados de forma não sistemática e sem coleta formal de evidências. Já a avaliação formal é aquela realizada com base em critérios específicos e de forma sistemática. (WORTHEN; FITZPATRICK; SANDERS, 2004) Em uma outra esfera, a avaliação ainda pode ser entendida como interna ou externa. A primeira pode ser caracterizada como aquela

realizada por membros do programa e a segunda como aquela que é realizada por pessoas de fora da equipe.

Buscando incluir outros elementos à definição de avaliação, Fetterman (apud WORTHEN; FITZPATRICK; SANDERS, 2004) considera que os conceitos e técnicas de avaliação podem ser utilizados para empoderar aqueles cujos programas são avaliados. Tal empoderamento pode ser compreendido como esclarecimento que norteia a tomada de decisões relativa a determinado programa. Desta forma, inclui um sentido político ao processo de avaliar, para além do seu caráter científico.

A avaliação como forma de “ação pedagógica” pode ser considerada quer como uma “ferramenta de gestão na tomada de decisões ou alocação de recursos (...), quer como um instrumento de democratização e empoderamento da população.” (BOSI; UCHIMURA, 2006, p.89) Assim, de uma forma ampliada, avaliar pode ser compreendido como “análise de conformidade a um padrão já estabelecido até construções utópicas em busca de melhores práticas em um determinado contexto, que pode ser apenas técnico ou, a um só tempo, técnico e político.” (BOSI; UCHIMURA, 2006, p.106) Como nos afirma Dias Sobrinho (2003, p.93), para quem a avaliação – sempre e inevitavelmente – produz efeitos: “muitas são as avaliações, muitos os seus usos e efeitos”. O autor, então, ressalta: “em outras palavras, nenhuma avaliação jamais é neutra e inócua”. Uma avaliação pode destruir e extinguir um processo, como pode detectar, incentivar e fazer proliferar uma ação inventiva. Por isso, há necessidade de compor com diferentes segmentos, ampliar os espaços de conversação, ensejar a “escuta pedagógica” de questões e desenvolver a

construção coletiva da avaliação. (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2009a; CECCIM; FERLA, 2009b)

A avaliação pode ser um importante dispositivo de problematização e de mudança do ensino e de acompanhamento da qualidade, instituindo uma gestão formativa “em” ou “dos” programas e serviços de saúde. Assim, o produto mais importante do processo avaliativo é o de gerar mobilização pelo aperfeiçoamento educativo ou organizar processos coletivos de qualificação e não atribuir notas, pontos ou selos (acreditação pedagógica). A avaliação inscreve-se, assim, em um processo permanente de melhoramento da qualidade por acolhimento do diferir e inovar, (LEITE, 2005) por diferenciação e invenção (CECCIM, 2005) e de fortalecimento de seu compromisso social, onde se apresentam os princípios da “democracia com força”. (BARBER, 1984) Constitui a “relação triangular” proposta por Leite, Tutikian e Holz (2000) onde pertinência social, qualidade da formação e avaliação se entrecruzam e se potencializam, o que, no fim das contas, é uma opção política, ética e estética.

ACREDITAÇÃO PEDAGÓGICA NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

A acreditação pedagógica, como um processo avaliativo de caráter institucional e formativo deve ser capaz de orientar a instituição para seu autoconhecimento e o reconhecimento das suas potencialidades e desempenhos, contribuindo para construir uma rede educativa em serviço implicada com as necessidades em saúde da população e as demandas do Sistema Único de Saúde. Uma tarefa importante da acreditação pedagógica em programas de residência em área profissional da saúde

é informar e ampliar o compromisso social da instituição para com a qualidade da formação das novas gerações profissionais em busca de especialização e aperfeiçoamento para o trabalho em saúde ou que buscam trocar de área de atuação atendendo prioridades nacionais de caráter temático ou regional.

As residências em área profissional da saúde se assemelham aos mestrados profissionais que, embora possam ser específicos por categoria profissional ou proporcionar conhecimento altamente especializado, seguem por áreas de atuação e não de especialidade, reunindo trabalhadores das várias categorias profissionais da saúde ou da composição interdisciplinar do trabalho. As residências podem ser uni ou multiprofissionais, pautando-se em ambos os casos pela relevância de preenchimento dos postos de trabalho prioritários ao sistema de saúde. São áreas profissionais a Saúde da Mulher, a Saúde Mental, a Saúde do Trabalhador, a Saúde Bucal, a Saúde Ambiental, a Assistência Farmacêutica entre tantas outras organizadas no bojo das políticas de saúde, podendo haver subáreas especializadas por categorias profissionais dentro de uma diversidade de contextos do trabalho e do conhecimento técnico-científico, como a Enfermagem Obstétrica, a Farmácia Terapêutica, a Cirurgia Bucomaxilofacial e a Endodontia, por exemplo, ou mesmo a Saúde Animal para as especialidades da Medicina Veterinária, uma vez que a Medicina Veterinária alcançou inclusão no elenco da saúde para resolver um problema histórico junto aos hospitais veterinários universitários. A cada área profissional, uni ou multiprofissional, correspondem políticas de saúde tradicionais, recentes ou inovadoras que demandam quadros com experiência e formação específica. A acreditação pedagógica é uma proposta que desdobra ou

tece relações entre sistema de ensino e sistema de serviços, projetos pedagógicos e políticas públicas, gestão da educação e interações ensino-sociedade, entre outros conceitos que associam crescimento contínuo dos programas, compromisso social da formação e produção de interfaces de rede entre serviços e dos serviços com a gestão do sistema de saúde.

A acreditação pedagógica em programas de residência em área profissional da saúde se propõe a levar adiante o aperfeiçoamento da formação e o acompanhamento da qualidade educativa das instituições de ensino ou serviço, tendo em vista privilegiar o profissional que está em formação e, de outro lado, o sistema de saúde onde ele irá atuar, motivo pelo qual essa formação é oferecida. O produto mais importante da acreditação pedagógica proposta é a mobilização pelo aperfeiçoamento educacional e o engajamento em um processo de administração coletiva da qualidade e não o simples atestado de que essa ou aquela instituição é a melhor, a mais adequada ou a mais apropriada. De modo algum, a acreditação *pedagógica* pode orientar-se por ranqueamentos, selos ou notas, mas por um processo progressivo e permanente de avaliação institucional e melhoramento da qualidade da educação em serviço, fortalecendo o compromisso social dos serviços com o acolhimento, a atenção integral, a resolutividade e o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários.

METODOLOGIA DA ACREDITAÇÃO PEDAGÓGICA NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

A realização de uma avaliação institucional pode ser utilizada como sistemática de apreciação, acompanhamento e compreensão de políticas de formação e desenvolvimento de trabalhadores. Sendo formativa, considera a inclusão e o envolvimento dos diferentes atores implicados, configurando uma instância participativa em que os protagonistas das práticas avaliadas podem assumir sistemas coletivos de autoavaliação. Um sistema de avaliação institucional formativa para tecer a metodologia da acreditação pedagógica dos programas de residência em área profissional da saúde não pode se limitar a instância pontual da avaliação *in loco*. Ele deve incluir as noções de supervisão e regulação. Uma metodologia de acreditação pedagógica deve:

- orientar o desenvolvimento da qualidade educacional e pedagógica;
- orientar o desenvolvimento dos princípios do Sistema Único de Saúde, do trabalho em equipe e da atenção integral;
- reconhecer elementos e indicadores relacionados às potencialidades formativas locais e esforços de composição de redes intersetoriais e linhas de cuidado;
- incentivar práticas colegiadas de gestão compartilhada entre corpo docente-assistencial, residentes e gestores das ações e serviços de saúde;
- efetivar a correspondência entre área profissional da residência (área de concentração) e respectiva política programático-estratégica em saúde;
- promover a cooperação interinstitucional em rede.

A avaliação institucional formativa, sob o formato de acreditação pedagógica, permitiria processos de auditoria mais consistentes quando se fizerem necessários, a certificação de programas como adequados para a formação de residentes (autorização, reconhecimento e renovação do reconhecimento para funcionamento) e a apropriação do sistema de avaliação utilizado como referência. Leite, Tutikian e Holz (2000) caracterizam com perfeição a tecnologia metodológica da acreditação quando descrevem que a avaliação deve se reportar ao desenvolvimento da melhoria da qualidade educacional e ao desenvolvimento do compromisso social das instituições formadoras. Convém ressaltar que todo sistema de avaliação ou acreditação é um sistema eminentemente político, tanto do ponto de vista de sua concepção, das suas consequências para o ensino e da sua legitimação social quanto pelas exigências ético-profissionais para a sua assimilação pela equipe pedagógica e de administração educacional.

O componente político envolve a autoavaliação crítico-reflexiva e socialmente contextualizada, contando com a participação do corpo docente-assistencial e dos residentes. Essa autoavaliação por si só já deve gerar processos de desenvolvimento com protagonismo de todos os segmentos da instituição formadora. O componente político envolve, ainda, a avaliação externa exercida por pares que, mediante a escuta das demandas da sociedade (sistematizada em diretrizes curriculares, políticas públicas, legislação e normas, documentos orientadores, etc.) e a análise da autoavaliação examinam os desempenhos e as potencialidades. O componente técnico envolve instrumentos qualitativos e quantitativos de apuração da realidade, como a coleta de dados e registros, uso de questionários e roteiros, realização

de entrevistas e reuniões para produzir pareceres com sugestões e aquilatar indicadores (relação candidatos/vagas, nº de ingressantes/nº de concluintes, novos residentes/total de residentes, nº de preceptores/nº de residentes, evasão, bolsas, vagas ociosas, qualificação docente, títulos em acervo bibliográfico e documental, obsolescência do acervo, recursos em tecnologias de informação e comunicação eletrônica e na rede mundial de computadores, etc.).

Pelo menos três eixos envolvem a avaliação por acreditação pedagógica em programas de residência em área profissional da saúde: a orientação educacional, a orientação ao sistema de saúde e os ambientes de serviço/trabalho. Entretanto, é preciso reconhecer e considerar: contextualização, justificativa, objetivos, antecedentes, orientação conceitual, concepção didática, cenários de prática, acompanhamento dos itinerários formativos, acompanhamento de egressos, processos seletivos e projeção nos meios acadêmico e profissional.

A orientação conceitual não pode limitar-se à descrição das áreas de concentração ou de especialidade, precisa reportar a respectiva política pública, as formulações provenientes das conferências de saúde, os determinantes sociais da saúde e doença, pesquisa-formação no interesse locorregional e educação permanente em saúde. A concepção didática deve reportar saberes clínicos em conexão com a epidemiologia e as ciências sociais e humanas na saúde, uma análise crítica dos serviços deve estar contemplada junto ao estudo da organização do sistema de saúde no Brasil e a aprendizagem deve estar inscrita nos paradigmas sociointeracionistas (aprendizagem social,

comunidades de práticas, comunidades de aprendizagem, etc.). Os cenários de prática devem incluir serviços, redes, distritos, linhas de cuidado, instâncias de controle social, estruturas de gestão, integração ensino-serviço-gestão-participação. A orientação clínica deve estar baseada no trabalho em equipe, na apropriação do sistema de saúde e com capacidade de lidar com a diversidade de evidências, não apenas os parâmetros biomédicos. O ensino deve considerar o estudo autônomo e a investigação como instrumentos pedagógicos. Os cenários de prática devem colaborar para a inversão do modelo assistencial centrado no médico, nas doenças, nos procedimentos e na internação hospitalar para um modelo de integração entre promoção, proteção e recuperação da saúde e qualidade de vida. Os itinerários formativos e o acompanhamento de egressos requerem núcleos docente-assistenciais estruturantes, estratégias de comunicação e interação entre pares e com os residentes e autoavaliação institucional.

Para que uma avaliação institucional formativa funcione é necessário que avaliador e avaliado estejam igualmente interessados no resultado da avaliação, comprometam-se reciprocamente, o que pode ser alcançado em sistemas de acreditação pedagógica quando o avaliado reconhece no avaliador um aliado para o desenvolvimento de sua qualificação, não se interessam por ranqueamentos e compartilham prioridades a observar, documentar e relatar. A acreditação pedagógica requer um padrão referencial onde se estipule critérios de avaliação que abarquem o dispositivo institucional, o público da formação, o processo de formação, o controle da formação, as interações ensino-sociedade, as interfaces com as políticas e os gestores de saúde, a inserção do perfil demográfico e epidemiológico,

a conversa e influência entre programa e culturas locais em saúde, além da garantia de espaço para inserir singularidades e revisar os instrumentos inscritos no padrão referencial. Por fim, em uma acreditação pedagógica, o avaliado não ganha uma nota mais alta ou mais baixa, mas a declaração de programa autorizado e reconhecido.

Um programa autorizado dispõe do reconhecimento de que responde aos padrões referenciais aprovados pela Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS) e cumpre com os requisitos de qualidade para a formação de residentes, estando comprometido com o desenvolvimento permanente dessa qualidade e seu processo de melhoria permanente. Um programa de avaliação institucional formativa, nestes termos, deveria indicar pelo menos três níveis de autorização, tendo em vista o ajuste de condutas entre proponentes e gestores da política pública de educação na saúde: plenamente autorizado, autorizado mediante supervisão ou autorizado mediante Termo de Ajuste de Conduta. Esta é uma nomenclatura ou precaução a ser construída nacionalmente, uma vez que a acreditação pedagógica não tem antecedente em programas de residência em área profissional da saúde.

ESTABELECIMENTO DE UM PROCESSO NORMATIVO DE ACREDITAÇÃO PEDAGÓGICA

As propostas de acreditação em sistemas avaliativos geralmente partem do princípio da adesão voluntária, ainda que estratégias de popularização e publicidade operem com a indução à adesão e cumprimento do padrão referencial

divulgado como padrão ideal (“padrão ouro”). O caráter voluntário do ingresso no sistema de acreditação não previne a imposição de termos de qualidade, ao contrário, alimenta-os, mas não é um tema a tratar no momento. Uma acreditação “pedagógica” e com caráter “normativo”, isto é, de autorização e reconhecimento de programas como legítimos para a expedição de certificados de profissionais formados pela residência em área profissional da saúde, como abordado aqui, tem suas especificidades próprias.

O processo de acreditação pedagógica, na medida em que se configura como uma política pública de avaliação institucional formativa, não se dirige apenas para as instituições voluntariamente interessadas, ele responde ao interesse público e seus resultados se referem à autorização de funcionamento, podendo a mesma ser plena, parcial ou mediante pactuação de termos. Neste sentido, uma autorização pode se confirmar ou pode ser revogada. Está em causa a proteção do interesse público a que o sistema de educação nacional deve zelar. O estabelecimento do processo de acreditação pedagógica aqui delineado envolve destinação exclusiva aos programas formativos no âmbito das residências em saúde, sem a preocupação de classificar excelências, mas ensejando um processo coletivo de construção da qualidade. Os riscos de enviar a avaliação em residências pela experiência prévia com o ensino de graduação ou com a experiência prévia da pós-graduação *stricto sensu* são grandes, uma vez que ambas já enraizaram tradição e reconhecimento nacional e internacional. É preciso que se lembre: em programas de residência em área profissional da saúde não há acumulação nacional ou internacional prévias. Um sistema de avaliação será instaurado pela primeira vez pela atual

Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS), justificando-se que seja pedagógico para avaliados e avaliadores, para os programas e para a Comissão, para a sociedade e para o governo em Educação e em Saúde.

O perfil docente dos programas de residência é um aspecto importante e deve ser avaliado nesse escopo. Para evitar a fragmentação do corpo docente em professores, preceptores, tutores e orientadores de serviço ou de pesquisa, convencionou-se chamar corpo docente-assistencial, reunião de todo tipo de agente de ensino implicado com a qualificação para as competências e habilidades do trabalho em saúde. O perfil docente necessário aos programas de residência é diferente daquele necessário aos cursos de graduação ou pós-graduação *stricto sensu* porque os alunos estão em serviço e sob a preparação de quadros para a incorporação aos serviços, não se tratando de qualificação para a obtenção do direito de exercício profissional em uma ocupação de saúde, uma vez que essa disponibilidade é critério de acesso e ingresso no programa, tampouco é preparação para a pesquisa científica ou docência acadêmica. Assim, a estrutura do programa deve estar sustentada em um diálogo permanente com os profissionais da atenção, com a rede de gestão da política de saúde e as instâncias de controle social.

Os residentes precisam desenvolver competências para a atenção integral, para o planejamento e avaliação e para a ação intersetorial, inscrevendo a clínica na qualidade de vida, donde a necessidade de um plano referencial à avaliação com inclusão de tópicos sobre as oportunidades de aprendizagem e vivências práticas (clínicas) e teórico-práticas (não apenas

clínicas), além da abordagem teórica (conceitual, de estudo autônomo e práticas investigativas). Não é o bastante considerar as estruturas burocráticas ou formais ou a simples coerência interna de objetivos, planos e avaliações. Há que se considerar que a convocação ao pensamento e a oferta de vivências criativas de reflexão e alteridade se relacionam melhor com o desenvolvimento da capacidade inventiva e problematizadora. Do ponto de vista do conhecimento, não é na estrutura formal que encontramos a qualidade, mas nas suas operações, interações, desafios e oportunidades. Convencionou-se distribuir a carga horária das residências em 80% prática e 20% teórica, mas distribuindo-se a prática em 80% prático-aplicativa (“clínica” ou gestão da clínica) e 20% teórico-prática (“vivências” no controle social, reuniões de território ou de linha de cuidado, contatos intersetoriais, ações de saúde coletiva e comunidades de práticas em ambiente virtual ou de telessaúde). Na carga horária teórica (20% da carga horária total), estão aulas, estudos individuais ou em grupo, orientação individual ou em grupos para estudos e pesquisas, conhecimento conceitual e habilidades de leitura e escrita científica.

As modalidades uniprofissional ou multiprofissional requerem estratégias educacionais práticas e teórico-práticas com garantia das ações de integração entre educação, gestão, atenção e participação social e, além de formação específica voltada às categorias profissionais ou áreas de concentração (conforme sejam uni ou multiprofissionais), os programas devem contemplar temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde

e ao Sistema Único de Saúde. A garantia das ações de integração entre educação, gestão, atenção e participação social expressam a noção de *quadrilátero da formação*, (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) proposto na modelagem da Educação Permanente em Saúde, coerente com a noção de construção do conhecimento implicado com o cotidiano da saúde. O *quadrilátero da formação* coloca em articulação o ensino, a atenção, a gestão e a participação para que o exercício e a formação profissional em saúde sejam lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e de alta responsabilidade com o acolhimento, com a resolutividade e com o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários.

Diferentemente das noções programáticas de implementação de práticas previamente selecionadas onde os conhecimentos são “empacotados e despachados por entrega rápida às mentes racionalistas dos trabalhadores e usuários”, (CECCIM; FERLA, 2009a) as ações de educação permanente em saúde desejam os corações pulsáteis dos estudantes, dos trabalhadores e dos usuários para construir um ensino e um sistema produtor de saúde (uma abrangência) e não um sistema prestador de assistência (um estreitamento).

Em um sistema de avaliação institucional formativa, a acreditação pedagógica tomaria em referência elementos “estruturais”, de gestão educacional, e elementos políticos, de qualidade da formação. São elementos estruturais, de gestão educacional: infraestrutura; logística; organização formal; coordenação; coordenação pedagógica; acervo bibliográfico e de documentos; projeto pedagógico de residência; relação e perfil do corpo docente-assistencial; recursos; etc. Além

desses elementos, entende-se como documentos afins à política: inovação pedagógica; métodos pedagógicos; pertinência ao SUS; referências teóricas e metodológicas; parcerias e relações ensino-sociedade; gestão do tempo de formação; monografias dos residentes; processo de autoavaliação; resultados; etc.

ACUMULAÇÃO DE FORÇA POLÍTICA

Em 2007, os fóruns auto-organizados das residências em área profissional da saúde (de coordenadores, de residentes e de preceptores e tutores) realizaram três Encontros Nacionais (março, em São Carlos/SP, e maio e julho, em Brasília/DF). Apesar de a Lei datar de 2005, de todo o ano de 2006 ter sido marcado por eventos de pressão da sociedade civil e intensa mobilização dos atores, a Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS) ainda não havia sido instalada. Em 2007, os atores, organizados em redes de mediação com governo, realizaram três reuniões conjuntas dos fóruns, materializando-se a noção de redes de movimento social. Das mobilizações às redes de mediação (fóruns), das redes de mediação às redes de movimentos (movimento nacional de residências em saúde). Apenas em agosto de 2007, dois anos depois da lei de sua criação, é instalada a Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde.

Em outubro de 2008, ocorreu o III Seminário Nacional de Residências em Área Profissional da Saúde. Com um ano de trabalho da CNRMS era possível a apresentação e debate da experiência acumulada, seus limites, desgastes e avanços. Iniciou o debate de uma nova pauta: além de critérios mínimos para

credenciamento de Programas; a criação de câmaras técnicas por área profissional (área de concentração); aprofundamento das correlações ensino, gestão, controle social e serviço de saúde; e a avaliação dos programas. Em maio de 2009 ocorrem o Encontro Nacional do Fórum de Coordenadores, o Encontro Nacional do Fórum de Preceptores e Tutores e o Seminário Nacional do Fórum de Residentes. Estes fóruns têm sido responsáveis pelo debate e pela formulação de orientações, práticas e conceitos que trazem a experiência do “trabalho vivo” e “em ato” para os cenários da formação. Em maio de 2009, como unidade dos Fóruns Nacionais de Coordenadores, de Preceptores e Tutores e de Residentes foi pactuado um marco de referência do movimento de Residências em Saúde à Avaliação Institucional. Esse marco foi expresso em tópicos, como unidade dos Fóruns:

1. Princípios e diretrizes do SUS: oferecer cenários de educação e propostas pedagógicas norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS.
2. Concepção ampliada de saúde: afirmar, nos projetos pedagógicos de residência, uma concepção de saúde que respeita as diversidades, considera o ator social como responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural.
3. Mudança dos modelos de formação, de atenção e de gestão: considerar a Residência em Área Profissional da Saúde como espaço para promover mudanças nos modelos de formação, de atenção e de gestão da saúde, permeáveis à participação social.

4. Política Nacional de Educação e Desenvolvimento no SUS: estruturar a Residência em Área Profissional da Saúde com base nos princípios da Educação Permanente em Saúde, buscando interface entre a inserção dos profissionais no trabalho em saúde, os processos de educação na saúde e a política de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.
5. Abordagem pedagógica: adotar metodologias dialógicas, problematizadoras e participativas que promovam aprendizagem significativa, considerando os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e capazes de projetos/processos sociais.
6. Estratégias pedagógicas: promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, diversificando locais de trabalho e identificando núcleos de saberes e práticas comuns e específicos; garantindo a formação integral e interdisciplinar; fortalecendo a intersetorialidade; e considerando a complexidade dos sujeitos e dos distintos níveis de incorporação tecnológica.
7. Integração ensino-serviço-cidadania: fomentar parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação ensino-atenção-gestão-participação.
8. Integração de saberes e práticas: construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, trabalho e gestão na saúde.
9. Integração com diferentes níveis de formação: fomentar a integração dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde com o ensino na educação profissional, de graduação e de pós-graduação na área da saúde.
10. Descentralização com regionalização: promover a descentralização com regionalização da formação, trabalho e gestão na saúde para contemplar as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde.
11. Monitoramento e avaliação pactuados: garantir um sistema de avaliação formativa, dialógico e envolvente da participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e controle social do SUS. A avaliação deve considerar desde a conformação da Política até a execução e análise/apreciação dos resultados.

FECHAMENTO

Tratando-se a acreditação pedagógica de um sistema avaliativo institucional e de acompanhamento para o desenvolvimento e melhoria da qualidade educativa, com características de política pública, inserido na construção da gestão em saúde e ainda de caráter formativo, entende-se como necessária a sua credibilidade junto aos programas como processo capaz de avaliar e contribuir com a educação em serviço. Até o momento, a Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde/Multiprofissional (CNRMS) estipulou um documento-piloto de plano referencial à avaliação e um curso de qualificação

de avaliadores para dar experimentação ao primeiro projeto nacional de avaliação dos programas de residência.

Efetivamente a avaliação tem o papel de melhoria de políticas, práticas e decisões das instituições importantes para nós, como lembram Worthen, Fitzpatrick e Sanders (2004), mas pode ser um instrumento de protagonismo participativo tão desejável em educação na saúde. Quando a avaliação se coloca por referentes representacionais, aos quais deve corresponder, escapa-lhe a processualidade e a própria constituição dos objetos de percepção. Nossa percepção é resultado de uma genealogia dos valores, nossa capacidade interpretativa ou de pensamento se assenta sobre uma proveniência dos valores, assim o protagonismo trabalharia pela demarcação das configurações desejáveis, aceitando a emergência de “figuras” à realidade, ela mesma em produção.

O protagonismo permitiria o acolhimento das invenções em emergência, momento de contração de passado (o que já fizemos ou porque estamos aqui) e futuro (as potências de engendramento dos grupos, redes e linhas que formam). A educação na saúde para o SUS foi constituída em política pública setorial específica ao ser aprovada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2003. Nesse ano foi criado, no Ministério da Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Em 2013, foi criada no Ministério da Educação a Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde. Ambas estruturas de mesmo nível hierárquico, ambas ocupadas da Educação na Saúde, ambas desdobradas da primeira iniciativa de 2003, com forte lastro nos encaminhamentos que vieram se sucedendo

quanto às residências em saúde. No Ministério da Saúde, em 2013, foi criada ainda uma outra estrutura, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, à qual foi reservada a principal interlocução quanto à gestão da política de residências em saúde.

Uma sistemática de avaliação com caráter normativo ainda não tinha surgido no interior do Sistema Único de Saúde (graduação e pós-graduação *stricto sensu* são unicamente do setor educacional), ficando clara a necessidade de uma estratégia avaliativa não só para acompanhar e validar a política em curso, mas, principalmente, apoiar a construção, execução e apreciação de projetos educativos cujo interesse se volte (ou deva se voltar) ao sistema de saúde. Uma regulação a ser engendrada pela avaliação não se restringe ao controle de Estado ou de gestores, mas intercede (mobilizaria potências) pela leitura de percursos da inteligência coletiva, com destaque para a instauração de fluxos instituintes a partir de coletivos de implicação, emergindo um caráter cartográfico, proveniente das redes de programas. O que se busca é a geração de uma prática avaliativa e, neste sentido, a primeira iniciativa foi dada no ano de 2015 pela Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde (CNRMS).

Avaliações contemplam escolhas e opções, assim cabe lembrar as afirmações de Leite (2005, p.15), destacando que não há avaliação, por técnica e neutra que se intitule, que não incida em “pressupostos políticos e filosóficos sobre concepções de mundo”, e de Dias Sobrinho (2003, p.92) de que “a avaliação faz parte dos contextos humanos, que estão sempre inevitavelmente

mergulhados em ideologias e valores e, portanto, em jogos de interesses contraditórios e disputas de poder”. Para os autores, a avaliação tem caráter de política na medida em que “pertence ao interesse social e produz efeitos públicos de grande importância para as sociedades” (DIAS SOBRINHO, 2003, p.92), devendo “participar da montagem democrática dos processos societários”. (LEITE, 2005, p.15)

O termo *acreditação pedagógica*, uma expressão composta, nos remete ao aspecto imanente do ensino e da aprendizagem, acreditar ativamente no ensino e na aprendizagem. Acreditar, de modo pedagógico, portanto, propositivo de coletivos e em interação e compartilhamento. Acima de tudo, estamos falando da relevância de construir um sistema de avaliação para as residências e que este sistema caminhe pelas concepções de avaliação institucional educativa, fazendo-a avaliação participativa e formativa. Também estamos dizendo de um sistema de avaliação inclusivo, por autoaprendizagem e não ranqueador. Importa aprender com a própria experiência, desenvolver qualidade formativa e institucional, não a emissão de posições em relação a outros semelhantes, mas contínuas posições em relação a si mesmo.

REFERÊNCIAS

BARBER, B. **Strong democracy**: participatory politics for a new age. Berkeley; Los Angeles; London : University of California Press, 1984.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-56, 2009b.

_____. Educação permanente em saúde. In: BRASIL, I.P.; FRANÇA LIMA, J.C. (Eds.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009a. p.107-12.

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

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Orgs.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática de implementação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DIAS SOBRINHO, J. **Avaliação**: políticas educacionais e reformas da educação superior. São Paulo: Cortez, 2003.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publication, 1989.

HOUSE, E.R. **Evaluación, ética y poder**. Madrid: Morata, 2000.

LEITE, D. **Reformas universitárias:** avaliação institucional participativa. Petrópolis: Vozes, 2005.

LEITE, D.; TUTIKIAN, J.; HOLZ, N. (Orgs.). **Avaliação & compromisso:** construção e prática da avaliação institucional em uma universidade pública. Porto Alegre: Ed. da Universidade/ UFRGS, 2000.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WORTHEN, B.; FITZPATRICK, J.; SANDERS, J. **Avaliação de programas:** concepções e práticas. São Paulo: Gente, 2004.

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS

Alcindo Antônio Ferla

Médico, Doutor em Educação, Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), junto ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS). Editor-Chefe da Editora da Rede UNIDA. Email: ferlaalcindo@gmail.com

Alessandra Charney

Médica. Mestre em Saúde Coletiva. Tutora do Programa Mais Médicos para o Brasil. Foi preceptora na área de gestão em saúde das Residências Integradas em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: charney.alessandra@yahoo.com.br

Alexandre Amorim

Médico. Mestre em Saúde Coletiva. Doutorando em Educação. Tutor do Programa Mais Médicos para o Brasil. Foi preceptor na área de gestão em saúde das Residências Integradas em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: amorim.alexandre@yahoo.com.br

Aline Scheffer de Menezes

Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Email: aline.schefferde@gmail.com

Analice de Lima Palombini

Mestre em Psicologia, Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora Executiva da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: analice.palombini@gmail.com

Ananyr Porto Fajardo

Odontóloga. Mestre em Odontologia. Doutora em Educação. Coordenadora-Adjunta do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição/Escola GHC, em Porto Alegre/RS. Coordenadora em 2005 e orientadora de pesquisa da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). E-mail: aportofajardo@gmail.com

André Luís Leite de Figueiredo Sales

Psicólogo. Mestre em Psicologia Social e Institucional. Doutorando em Psicologia. Foi residente na ênfase de Atenção Básica da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) e atuou como preceptor na área de gestão em saúde das Residências Integradas em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Email: andreluislfs@gmail.com

César Augusto Paro

Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (RMSC/IESC/UFRJ). Professor Substituto da Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde do IESC/UFRJ. Email: cesaraugustoparo@iesc.ufrj.br

Cláudia Fernandes Costa Zanini

Fonoaudióloga. Especialista em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde. Especialista em Fonoaudiologia Hospitalar. Fonoaudióloga do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), em Porto Alegre/RS. Preceptora do Programa de Residência em Saúde da Criança do HMIPV. Email: zanini@hmipv.prefpoa.com.br

Cláudia Rodrigues de Freitas

Educadora Especial. Doutora em Educação. Tutora do Núcleo de Pedagogia na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu/UFRGS). Email: freitascrd@gmail.com

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ex-Tutora da Ênfase em Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

Christiny Regina Lopes

Enfermeira. Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: christiny.rl@gmail.com

Daniela Dallegrave

Enfermeira. Doutora em Educação. Orientadora no Programa de Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição/Escola GHC, em Porto Alegre/RS. Orientadora do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Email: danidallegrave@gmail.com

Daniela Lemos Carcereri

Cirurgiã-Dentista. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: daniela_carcereri@hotmail.com

Daniela Schwabe Minelli

Profissional de Educação Física. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: greendanis@hotmail.com

Daniel Rodrigues Fernandes

Psicólogo. Mestrando em Psicologia Social e Institucional. Foi residente da Ênfase em Atenção Básica da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Email: drf.daniel@gmail.com

Débora Martini

Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Preceptora do da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: deb_martini@yahoo.com.br

Dílson Braz da Silva Júnior

Farmacêutico. Preceptor da Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Email: dilsonjr@yahoo.com

Egléubia Andrade de Oliveira

Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (RMSC/IESC/UFRJ). Assistente Social da Área de Planejamento e Políticas de Saúde do IESC/UFRJ. Email: biaensp@gmail.com

Elisandro Rodrigues

Pedagogo. Doutorando em Educação. Mestre em Saúde Coletiva. Realizou Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trabalha na Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento no Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Email: elisandromosaico@gmail.com

Elisa Prieto Kappel

Nutricionista. Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: elisakappel@hotmail.com

Eloá Rossoni

Coordenadora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS/ESP-RS). Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: rossonielloa@gmail.com

Igor Fangueiro da Silva

Professor de Educação Física. Mestre em Saúde Coletiva. Residente em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: igor_fangueiro@hotmail.com

Indiara Sartori Dalmolin

Enfermeira. Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: indi2007dalmolin@gmail.com

Jane Heringer

Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica. Especialista em Práticas Pedagógicas em Saúde. Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV). Preceptora do Núcleo de Psicologia do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (PRIMSC/HMIPV). E-mail: janeheringer@gmail.com

José Geraldo Damico

Doutor em Educação. Tutor do Núcleo de Educação Física na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: jgdamico@gmail.com

Juliana Talita Cândido Pinheiro

Farmacêutica. Residente na Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Email: julianat.pinheiro@gmail.com

Julieta Ueta

Farmacêutica. Tutora da Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Professora da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP/USP). Email: julietapurame@gmail.com

Károl Veiga Cabral

Psicóloga. Doutora em Antropologia. Mestre em Psicologia Social e Institucional. Pesquisadora do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tutora na Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: karolveigacabral@gmail.com

Keli Regina Dal Prá

Assistente Social. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: keliregina@yahoo.com

Laerte Antônio e Silva

Preceptor da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), junto ao Centro de Atenção Psicossocial e rede de saúde mental em Novo Hamburgo/RS. Email: bnegativo@yahoo.com.br

Luciano Bedin da Costa

Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Convidado da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRGS. Email: bedin.costa@gmail.com

Malviluci Campos Pereira

Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva. Preceptora do Núcleo de Enfermagem do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (PRIMSC/HMIPV). Email: malvipereira@gmail.com

Marcella Martins Alves Teofilo

Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (RMSC/IESC/UFRJ). Sanitarista do Serviço de Epidemiologia e Avaliação do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (SEAV/HUCFF). Doutoranda em Saúde Coletiva. Email: marcellateofilo@gmail.com

Mareni Rocha Farias

Farmacêutica. Coordenadora e Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: mareni.f@ufsc.br

Marina Leite Souza

Cirurgiã-Dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Email: marinaleitesouza@gmail.com

Mário Francis Petry Londero

Ex-residente da Ênfase em Saúde Mental da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), em Porto Alegre/RS. Email: francislonder@hotmail.com

Mayra Martin Redin

Artista Visual e Psicóloga. Doutoranda em Artes. Mestre em Educação. Participou de residências artísticas em diferentes lugares. Email: mayraredin@gmail.com

Neide Emy Kurokawa e Silva

Docente da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (RMSC/IESC/UFRJ). Professora Adjunta da Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde do IESC/UFRJ. Email: neks@iesc.ufrj.br

Priscila Siebeneichler

Enfermeira. Residente na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: priscila.enfufrgs@gmail.com

Rafaele Garcia Sonaglio

Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista de Iniciação Científica. Email: rafa-ele-10@ hotmail.com

Ricardo Burg Ceccim

Sanitarista. Mestre, Doutor e Pós-doutor na área da Educação e Cultura da Saúde, Professor Titular de Educação e Ensino da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), orientador no Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu/UFRGS). Membro da Comissão Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde/Multiprofissional (CNRMS). Email: ricardo@ceccim.com.br

Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira

Farmacêutico. Egresso da Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Email: rinaldo.eduardo@ usp.br

Rosemarie Gartner Tschiedel

Mestre e Doutora em Psicologia. Coordenadora Executiva da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva e docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: rosetschiedel@gmail.com

Sandra Correa da Silva

Psicóloga. Especialista em Práticas Pedagógicas em Saúde. Especialista em Aconselhamento Familiar. Preceptora do Núcleo de Psicologia do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (PRIMSC/HMIPV). E-mail: sandrainha65@gmail.com

Sheyla Werner

Residente na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: sheylawerner@gmail.com

Tiago Magalhães Ceciliano

Residente na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (RMSC/IESC/UFRJ). Email: ceciliano.tiago@gmail.com

Vera Lúcia Pasini

Doutora em Psicologia Social. Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tutora do Núcleo de Psicologia do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (PRIMSC/HMIPV). Email: verapasini@gmail.com

PARECERISTAS

Ana Lúcia Mandelli de Marsillac

Camila Luzia Mallmann

Claudia Weyne Cruz

Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Marcia Fernanda de Mello Mendes

Maria Henriqueta Luce Kruse

Rachel Cohen

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Talita Abi Rios

Thais Maranhão

Séries:

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Clássicos da Saúde Coletiva

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Arte Popular, Cultura e Poesia

Saúde & Amazônia

Branco Vivo

Vivências em Educação na Saúde

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Periódicos:

Saúde em Redes

Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia - ABENFISIO

ISBN 978-856665975-7



9

788566

659757

Editora Rede UNIDA
<http://www.redeunida.org.br/>