Série ***Vivências em Educação na Saúde***



EnSiQlopédia das **residências em saúde**

Organizadores:

Ricardo Burg Ceccim
Daniela Dallegrave
Alexandre Sobral Loureiro Amorim
Virgínia de Menezes Portes
Belchior Puziol Amaral

editora
redeunida

Série Vivências em Educação na Saúde

Ricardo Burg Ceccim

Daniela Dallegrave

Alexandre Sobral Loureiro Amorim

Virgínia de Menezes Portes

Belchior Puziol Amaral

Organizadores

EnSiQlopédia das Residências em Saúde

Porto Alegre
2018
Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA
Júlio César Schweickardt
Coordenação Editorial
Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla
Editores associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernandes Mello Mendes
Conselho Editorial
Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Àngel Martínez-Hernáez – Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido – Universitat de lesIlles 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
Hêider Aurélio Pinto – Associação Brasileira da Rede UNIDA, 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 do Pará, Brasil
Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, 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, 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
Gabriel Calazans Baptista
Letícia Stanczyk

Revisão de Língua Portuguesa
Dóris Maria Luzzardi Fiss

Capa
Carlos Eduardo Galon

Diagramação/Projeto Gráfico
Alexandre Sobral Loureiro Amorim

Arte/Ilustrações
Heloisa Germany

(Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.)



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

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP
Bibliotecária Responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

E59 EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico] / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.
366 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-98-6
DOI: 10.18310/9788566659986

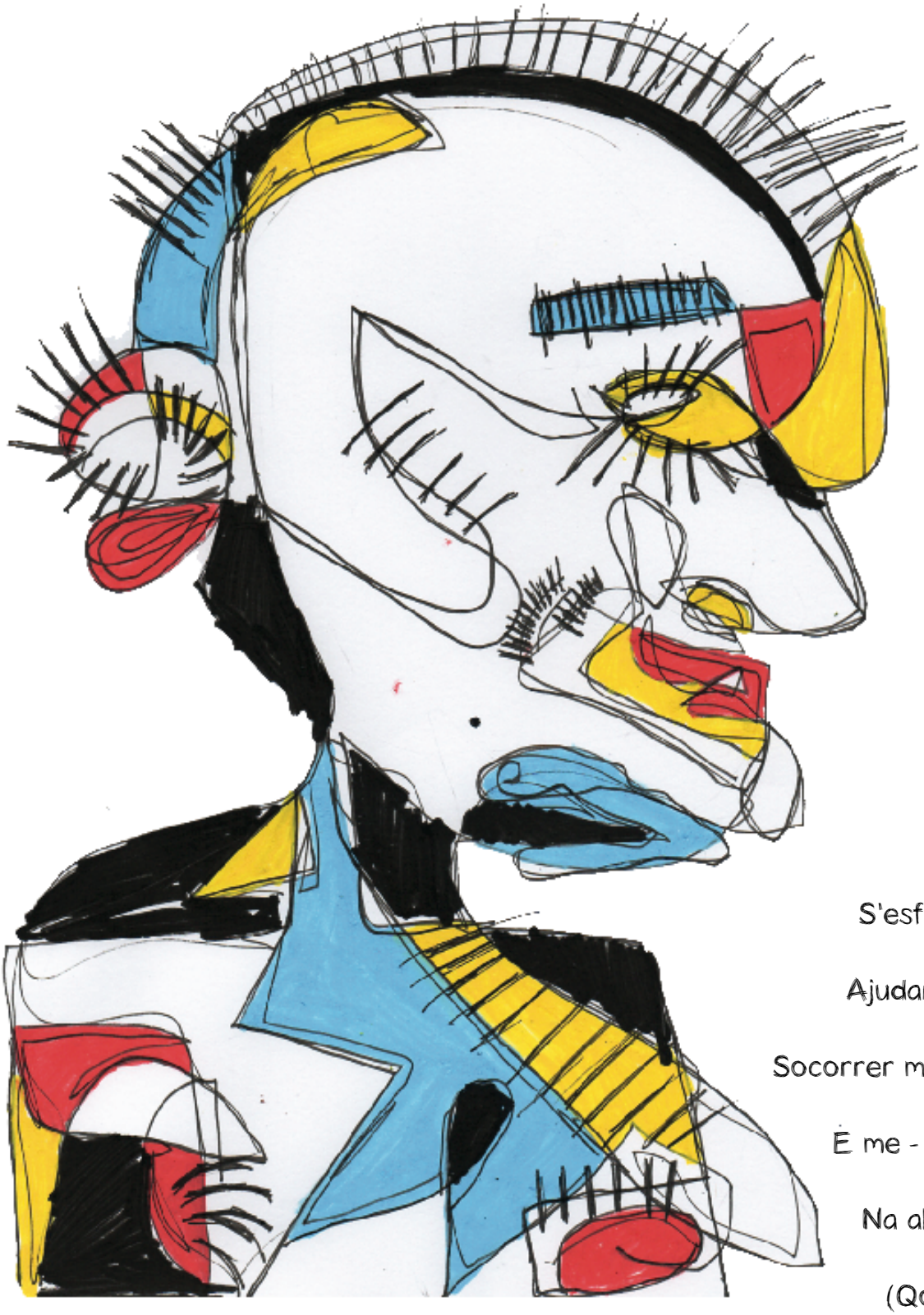
1. Residência em saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Formação Profissional em Saúde. 4. Equipe Multiprofissional em Saúde. 5. Formação Profissional em Saúde. 6. Glossário. I. Ceccim, Ricardo Burg. II. Dallegrave, Daniela. III. Amorim, Alexandre Sobral Loureiro. IV. Portes, Virgínia de Menezes. V. Amaral, Belchior Puziol. VI. Série.

CDU: 614.253.4(038)
NLM: W3

ESTA OBRA CONTOU COM O APOIO DE:

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 (http://www.redeunida.org.br)

Esta publicação contou com o apoio, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) — por meio da pesquisa em Educação e Ensino da Saúde —, do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), da Universidade Federal de Goiás (UFG) e da Associação Brasileira Rede Unida (Rede UNIDA).



S'esforço e arte

Ajudar me - póde

Socorrer me - venham,

E me - mantenham

Na altura digna?

(Qorpo Santo)

SUMÁRIO

PREFÁCIO

Análise Coletiva: para combater os efeitos de institucionalização na educação e no trabalho na saúde **01**

APRESENTAÇÃO

EnSiQlopédia das Residências em Saúde: um projeto em verbetes à interlocução com um projeto de ensino na saúde **06**

APRENDER EM SERVIÇO **13**

APRENDIZAGENS **15**

AVALIAÇÃO **17**

BIOÉTICA **23**

BOAL **30**

CAMPO-EQUIPE **39**

CARTOGRAFIA **42**

CERTIFICAÇÃO **45**

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL **50**

CONTROLE SOCIAL **53**

CUIDADO **56**

CURRÍCULO INTEGRADO **61**

CURRICULOGRAMA **63**

DESCENTRALIZAÇÃO **66**

DIÁRIO DE CAMPO **70**

DIDÁTICA **72**

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE **77**

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE **82**

ENCONTROS DE APRENDIZAGEM **84**

EQUIPE **86**

ESCRITURAS-DIÁRIO-DE-CAMPO **89**

FORMAÇÃO DE PRECEPTORES **91**
FORMAÇÃO TRANSDISCIPLINAR **94**
FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES **96**
FÓRUM NACIONAL DE TUTORES E PRECEPTORES **99**
FUNÇÃO PRECEPTORIA **102**
GÊNERO **109**
GESTÃO **111**
HISTORICIDADE **114**
HORIZONTES **140**
IMPACTO **143**
INÉDITO VIÁVEL **144**
INTERPROFISSIONALIDADE **146**
INTERSETORIALIDADE **151**
JORNADA **155**
JOGO **162**
LAPIDAR **166**
LINHA DE CUIDADO **170**
MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA **175**
MUNDO DO TRABALHO **178**
NARRATIVA(S)-PERCURSO(S) **184**
NOMINAÇÃO **186**
NÚCLEO DOCENTE ASSISTENCIAL ESTRUTURANTE **188**
ORDENAMENTO **190**
ORIENTADOR **198**
PESQUISAR-COM **201**
PROVISÃO DE PROFISSIONAIS **206**
PORTFÓLIO **210**
PRECEPTORIA **213**
PROCESSO DE TRABALHO **216**
PROJETO PEDAGÓGICO SINGULAR **221**

QUADRILÁTERO 224
QORPO 226
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE 227
RESIDÊNCIA MÉDICA 237
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 243
SELEÇÃO 246
SEMINÁRIO DE CAMPO 256
SEMINÁRIO INTEGRADOR 258
TEMPORALIDADE(S) 261
TEORIA DOS PAPÉIS 268
TERCEIRO ANO 270
TRABALHO DE CONCLUSÃO 276
TRABALHO EM EQUIPE 281
TUTORIA 285
UBUNTU 288
ÚNICO 293
UNIVERSIDADE 301
VÍNCULO 307
VIVÊNCIA 313
X DA QUESTÃO 316
XPTO 320
ZIGUEZAGUEAR 324

REFERÊNCIAS 330
AUTORAS E AUTORES 359

PREFÁCIO

ANÁLISE COLETIVA: PARA COMBATER OS EFEITOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO E NO TRABALHO NA SAÚDE

GILLES MONCEAU

De acordo com o psiquiatra italiano Franco Basaglia, as instituições tendem a negar o seu mandato social para produzir o oposto daquilo para o qual elas foram fundadas. Por exemplo, no caso da psiquiatria, o hospital tradicional agrava as dificuldades dos pacientes ao invés de lhes oferecer verdadeiro cuidado e permitir a retomada de uma vida social comum. Essa constatação, que Basaglia estabelece a partir de sua própria experiência de diretor do Hospital de Gorizia, na década de 1970, na Itália, reforçou as análises ulteriores dos psiquiatras franceses que haviam criado o movimento da psicoterapia institucional. Segundo eles, o hospital psiquiátrico tradicional funcionava como uma prisão. Em um artigo intitulado "Psicoterapia institucional francesa contemporânea", publicado em 1952 nos *Anais Portugueses de Psiquiatria*, Daumezon e Koechlin estabeleceram uma correspondência entre os métodos adotados no hospital psiquiátrico tradicional e a operação nazista dos campos de concentração na Segunda Guerra Mundial (ARDOINO; LOURAU, 1994). Eles afirmaram, no entanto, que, em contraste com os campos alemães, o hospital psiquiátrico deveria assegurar a sobrevivência dos internos para preservar sua própria vida institucional. Em suma, a instituição precisava que os pacientes sobrevivessem, mesmo sem cura, para que tivesse ela mesma resguardada a sua própria sobrevivência. Em seu artigo, Daumezon e Koechlin também detalharam os rituais, as relações de dependência, a corrupção e todas as rotinas que tornavam iatrogênico o funcionamento do hospital psiquiátrico. Os autores chamaram atenção para o fato de que *todos* (incluindo os pacientes) se impunham a tarefa de *tratar* o hospital. Esse tipo de análise crítica, realizada a partir de dentro da instituição, gerou novas modalidades de trabalho e novas formas de relações sociais em estabelecimentos de saúde mental. Na França, a desospitalização da psiquiatria levou a uma política de "setorização" (descentralização por regiões) a fim de permitir que os pacientes recebessem cuidados em liberdade.

Erving Goffman também tinha identificado nos Estados Unidos, em seu livro *Manicômios, prisões e conventos*, que os pacientes desenvolviam várias adaptações para o funcionamento do

estabelecimento no qual eles se encontravam. O sociólogo falava mesmo em superadaptação, pois os *moradores* de longa duração organizavam suas vidas de acordo com as restrições do hospital, sendo incapazes de deixá-lo. Esse fenômeno também é observado em outras instituições que Erving Goffman descreveu como *instituições totais*, apontando que se poderia produzir um engano ao confundir estabelecimento com instituição. O mecanismo pelo qual uma instituição (mais amplamente do que cada estabelecimento contemplado por esta instituição) prioriza crescentemente suas próprias necessidades de sustentabilidade, ao invés de seu mandato social, é descrito por Lourau pelo termo *institucionalização* (LOURAU, 1970). A missão inicial é gradualmente esquecida em favor das necessidades de funcionamento do habitual. Esse processo envolve as áreas de saúde, educação e assistência social. Não basta apenas que as instituições sejam públicas, portanto, sujeitas ao controle democrático, para que elas escapem dessa predição.

As organizações sociais (não somente as empresas privadas que visam ao lucro) e as práticas profissionais tendem a se especializar para se tornarem mais eficazes. Ao fazerem isso, elas se autonomizam crescentemente do resto da sociedade e estabelecem regras cada vez mais específicas. É o modo como podemos olhar para o processo de profissionalização. Ser um médico, enfermeiro, psicólogo ou odontólogo, por exemplo, é adquirir conhecimentos de alto nível (universitário) e pertencer a um grupo profissional que tem sua própria linguagem, suas práticas específicas e que se autorregula. O problema é que essa especialização também produz um núcleo fechado entre os profissionais, de um lado, e uma apropriação de poder nos serviços onde eles praticam sua atividade, por outro. Hoje, é cada vez mais frequente que os pacientes se revoltem contra a dominação dos profissionais nas instituições de saúde. O progresso da educação e o uso disseminado das ferramentas digitais, mas também a difusão da lógica de mercado em serviços públicos, tornam os cidadãos cada vez mais exigentes em relação aos profissionais. Essa evolução está acompanhada de uma judicialização das relações entre os cuidadores e os usuários. A prática é cada vez mais difícil, e mesmo arriscada, para os cuidadores que são tentados a se isolar em seus conhecimentos e ~~seus~~ poderes. Fechar-se sobre si próprios pode agravar a ruptura com o resto da população e aumentar as tensões. Este isolamento, que pode produzir a pesquisa pela eficácia profissional e institucional, tem um custo para os profissionais. Esse isolamento se transforma facilmente em uma clausura dentro da qual as relações de poder entre profissionais tornam-se cada vez mais difíceis. Como em famílias ou comunidades fechadas, a violência é o resultado, muitas vezes, da ausência de um olhar exterior. Os cuidadores podem se encontrar em uma situação de posição bem próxima à dos internos em

psiquiatria. Ao se afastarem do controle social (em sentido sociológico), os cuidadores podem tornar-se eles mesmos a chave de sua própria prisão.

No Brasil, a política de humanização em saúde coloca este tipo de questão. O “paciente” é um ser humano antes de ser um objeto de cuidados e a saúde é uma realidade global que requer uma escuta "integral”. Esses dois princípios, integralidade e humanização, aos meus olhos, acostumados com o sistema francês, são os mais importantes. Ambos são, por vezes, muito simples de anunciar, mas muito complexos para satisfazer no cotidiano. A *Educação Permanente em Saúde*, apresentada no Brasil como política, é, então, um dispositivo que visa simultaneamente uma melhoria da maneira como os pacientes são tratados (humanização da atenção) e uma melhoria das condições em que os profissionais de saúde vivem e trabalham (humanização do trabalho). A condição para a eficácia desse dispositivo é o desenvolvimento da reflexividade profissional em um quadro que permita tanto uma análise crítica das mudanças institucionais quanto uma interrogação real sobre a capacidade de corresponder às necessidades sociais em saúde. Para isso, o apoio de olhares externos é importante. A atenção para a maneira pela qual as práticas profissionais se inscrevem dentro das instituições, que lhe determinam em parte e contribuem para lhes dar sentido, faz a originalidade das abordagens ditas *institucionais* (psicoterapia institucional, pedagogia institucional e análise coletiva). Os efeitos nefastos da institucionalização (negação da/do missão/função/mandato social, alienação e violência) podem ser combatidos se os praticantes adotarem um processo de análise coletiva, levando-os a produzir tanto uma melhor compreensão dos fenômenos institucionais como uma outra maneira de trabalhar.

No campo educacional, na França, Fernand Oury (1972) e Raymond Fonvieille (1998) desenvolveram a pedagogia institucional e pensaram a relação entre fenômenos institucionais e práticas educativas. Para eles, os fenômenos institucionais eram produto, a prática educativa era primeira, eles mostraram que, por meio da análise coletiva, os professores/preceptores/tutores podiam compreender melhor o lugar que ocupavam na instituição e a maneira pela qual eles poderiam agir. Esse trabalho coletivo resultou na produção de monografias de estudantes e ensaios analíticos. A escrita é, na verdade, um importante apoio para o avanço de uma análise coletiva. Esse elemento técnico deve ser considerado na educação permanente das equipes de saúde, porque analisar sua prática e sua relação com os pacientes não é apenas discutir juntos, mais ou menos agradavelmente, enquanto tomam café e comem bolo, embora esses elementos sejam facilitadores e não devam ser menosprezados. Com efeito, qualquer análise coletiva requer o registro dos vestígios do que ela produz. É tanto uma maneira de especificar o conteúdo das trocas (a escolha de palavras

usadas em particular) e de certificar-se de um avanço no pensamento (lembrando das reflexões precedentes), como também de divulgar as análises para fora da equipe (se for desejável).

Da psicoterapia institucional à socioclínica institucional (MONCEAU, 2012; 2013), passando pelas diferentes correntes da pedagogia institucional, o principal traço comum à mudança, ao protagonismo e à inovação é a implementação de dispositivos de análise coletiva da instituição e das práticas (MONCEAU, 2014). Questionando o efeito das instituições sobre as subjetividades individuais, uma atenção nova é dirigida para o cotidiano da vida social, o acesso a lugares, a organização do tempo, as relações econômicas e materiais entre os indivíduos e, mais amplamente, para todos aqueles que participam continuamente da produção institucional. Para os profissionais, prática profissional e ação política estão, portanto, estreitamente entrelaçadas. Isso foi particularmente evidente durante os anos 1960-1970, na França. Durante o referido período, o protesto político que culminou em maio de 1968 se combinava com uma inventividade social que incomodava o instituído até na vida cotidiana, por exemplo, com a ideia de "liberação sexual". A noção de autogestão foi, então, mobilizada em muitas experiências educativas, sanitárias e sociais que pretendiam alterar globalmente as relações sociais em geral com base na experiência local. Comparações podem ser feitas com a atual situação brasileira, nem tudo é diferente!

Se a *Educação Permanente em Saúde* no Brasil me interessa, é, em primeiro lugar, por ela ser original pelo contexto sócio-histórico e político em que emerge. Eu destaco que ela se acompanha da implementação de *Residências Multiprofissionais em Saúde*. Uma tal inovação é muito importante, porque pode permitir que diferentes profissionais entendam melhor a sua intercomplementaridade e a maneira em que eles poderiam trabalhar juntos. Parece-me, no entanto, que, para essa Residência, o grande desafio é ultrapassar uma concepção em termos de complementaridade a fim de construir uma prática mais integrada. É necessário ir além da ideia de que uma *boa* equipe seria constituída de especialistas que se somam uns aos outros para pensar a equipe como um time, cuja tarefa coletiva é entender e intervir sobre a situação sociossanitária de uma população num determinado território. A formação multiprofissional também é particularmente interessante, porque permite trabalhar concretamente, desde a formação inicial na Universidade, as relações de poder entre as profissões de saúde. No Brasil, bem como na França e em outros países, o médico é a figura central das instituições de saúde. Ele goza, por vezes, do prestígio científico do conhecimento construído pela sua profissão e de um poder político historicamente garantido. Uma tendência *natural* é considerar que os outros profissionais de saúde ajudam a profissão médica. Essa visão dá poder ao médico, mas também o

coloca em uma situação onde ele é o principal responsável pelo cuidado. Essa responsabilidade é cada vez mais difícil de assumir no contexto atual. A experiência e a análise de dispositivos multiprofissionais, a *Política de Humanização* e a *Política de Educação Permanente em Saúde* constituem, portanto, potência a essa direção de mudança, protagonismo e inovação. A inovação e ousadia possuem uma âncora, no Brasil, que é muito importante para o futuro da saúde e das novas institucionalidades, traçando laços com educadores e pesquisadores de outros lugares do mundo. As experiências brasileiras estão, portanto, sob o olhar de todos. Desde meu olhar estrangeiro e interessado, participando de laços com o Brasil, reconheço o esforço por construir mais informação e circulação da palavra em auxílio à análise coletiva. A escrita por verbetes (o presente livro) compõe esse esforço e sua difusão ou popularização atendem aos esforços de democratização e cidadania do saber em saúde.

APRESENTAÇÃO

ENSIQLOPÉDIA DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: UM PROJETO EM VERBETES
À INTERLOCUÇÃO COM UM PROJETO DE ENSINO NA SAÚDE

Ricardo Burg Ceccim
Daniela Dallegrave
Alexandre Sobral Loureiro Amorim
Virgínia de Menezes Portes
Belchior Puziol Amaral

A *EnSiQlopédia das Residências em Saúde* nasce da necessidade de um catálogo dos termos e nomenclaturas mais utilizados no território das *Residências em Área Profissional da Saúde*, circunscrevendo-os no mundo dos significados e, assim, oferecendo suporte aos atores sociais do cotidiano que tocam realidades, sentindo-as em sua pele. O desafio era "enciclopédico" e, por isso, irrealista. Então, de uma parceria do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEdu), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), do Grupo de Pesquisa em Educação e Ensino da Saúde (EducaSaúde), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Associação Brasileira da Rede UNIDA (Rede UNIDA) e da Faculdade de Enfermagem (FEn), da Universidade Federal de Goiás (UFG), surgiu o "projeto ensiqlopédico": pretensão universalista (quase tudo abarcar) e convicção de infinitude, incompletude, inacabamento e falibilidade. De um lado, a consciência de que é vão o desejo de enquadrar a realidade na linguagem e, de outro, de que é despropositado oferecer uma linguagem que enquadre a realidade. Assim, nos vimos no espelho de Qorpo-Santo: transcrever a variedade infinita da diversidade das relações entre os atores (de governo, do trabalho em serviços sanitários, da docência em saúde e aprendizes no interior das práticas de atenção ambulatorial e hospitalar), procurando compreender que essas relações são produtoras de sentidos e não submetidas a significados.

No projeto enciclopédico de Qorpo-Santo, surpreendemos a busca por abarcar política, história (pátria e geral), administração pública, economia (política e particular), instrução (pública e doméstica), astronomia, retórica e filosofia, registrar fenômenos prodigiosos inexplicáveis, o extraordinário e único (as magníficas explicações sobre ciências por outrem ainda não tratadas; as verdadeiras relações naturais e suas consequências entre homem, Deus e natureza; a imortalidade da alma; e tantos outros objetos tão raros). Contudo, flagramos, também, o anúncio da precariedade de

tal projeto, a oferta de obra passível de ser alterada, corrigida e reordenada de todas as maneiras possíveis. Além do caráter inacabado, o aspecto da falibilidade (para alguns verbetes, o alerta do escritor: trata-se de um borrão, que deve passar pelas correções necessárias, tanto mais que foi escrito do fim da noite ao meio da madrugada). Silvane Carozzi (2008, p. 14) recorta uma "[...] autorização de Qorpo-Santo para que as comédias fossem representadas por qualquer pessoa que desejasse levá-las à cena". A pesquisadora cita: "As pessoas que comprarem e quiserem levar à cena qualquer de Minhas Comédias — podem; bem como fazerem quaisquer ligeiras alterações, corrigir alguns erros, e algumas faltas, quer de composição, quer de impressão, que a mim por inúmeros estorvos — foi impossível". É com essa orquestratura de Qorpo-Santo que nos postamos não enciclopedistas, mas EnSiQlopedistas.

A proposta desta *EnSiQlopédia das Residências em Saúde* reconhece o aumento das publicações sobre Residências nos últimos anos, uma vez que a metodologia de educação pelo trabalho na saúde tem demonstrado potência (DALLEGRAVE; CECCIM, 2013), mesmo assim, não há produção significativa sobre as perguntas cotidianas dos programas, a si mesmos ou de uns para os outros, relativamente aos possíveis significados de expressões frequentemente utilizadas, aos dispositivos enunciados como mandatários, à história e às articulações experimentadas na ação social pelas Residências em Saúde. Atualmente, encontramos obras produzidas e publicadas por importantes instituições e editoras, tais como: *Residência Multiprofissional em Saúde:* experiências, avanços e desafios (BRASIl, 2006)[1]; *Residências em Saúde:* fazeres & saberes na formação em saúde (BRASIL, 2010)[2]; *RIS/GHC:* 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde (BRASIL, 2014)[3]; *Tecnologias Leves em Saúde:* Saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família (DIAS *et al*. 2015)[4]; *Percursos Interprofissionais:* formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (UCHÔA-FIGUEIREDO; RODRIGUES; DIAS, 2016)[5]; *Residência Integrada em Cenas:* Ensaios críticos acerca da formação do profissional em saúde (MEDEIROS, 2016)[6];*Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas Residências Multiprofissionais em*

[1] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.

[2] Disponível em: http://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/Publicacao/residenciaemsaude.pdf.

[3] Disponível em: http://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/Publicacao/residncias%20em%20sade%202014.pdf.

[4] Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/tecnologias-leves-em-saude/.

[5] Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/percursos-interprofissionais-formacao-em-servicos-no-programa-residencia-multiprofissional-em-atencao-a-saude/.

[6] Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/residencia-integrada-em-cenas-ensaios-criticos-acerca-da-formacao-do-profissional-em-saude.

Saúde (KNUTH; AREJANO; MARTINS, 2017)[7]; *Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho:* Mosaico de Experiências de Equipes, Serviços e Redes (FERLA *et al.*, 2017a)[8]; e *Residências e a Educação e o Ensino da Saúde:* Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho (FERLA *et al*., 2017b)[9].

O cenário atual da formação "no" e "para o" *Sistema Único de Saúde* tem muito a revelar-nos, principalmente no que tange à aposta da aprendizagem em ensino-serviço que investe na qualificação da atenção à saúde, no desenvolvimento do trabalho em equipes integradas e na apropriação do *Sistema Único de Saúde*. A formação em serviço, na modalidade de Residência, se embasa na premissa de que os cenários de atuação possuem a potência de transferir para o núcleo profissional a compreensão das necessidades sociais em saúde, exigindo respostas coletivas, elaboradas a partir de práticas interprofissionais e conhecimentos transdisciplinares. Os textos apresentados nesta obra, arrolados como verbetes, propõem-se à comunicação, apresentam a multiplicidade de olhares, ideias, experiências e sentimentos no âmbito da formação em serviço. As possibilidades dos diversos cenários das *Residências em Saúde* permitirão ao leitor usar dos verbetes conforme seu universo, suas próprias perguntas.

Optamos por uma obra que apresente não uma revisão teórica com conceitos fechados ou únicos, mas, sim, uma conversa, uma interlocução das múltiplas possibilidades de produção de sentidos e apoios à realidade, por isso os verbetes tampouco são conceituais; eles são provocações organizadas na sequência do alfabeto português. Na *EnSiQlopédia das Residências*, os autores apresentam escritas que abordam desde a carga-horária teórica e prática, legislações e regimentos, caracterizados como temas objetivos, até questões subjetivas e livres como cenário de ensino-aprendizagem, escrita, comunidades de trocas e pedagogias de interação, entre tantos arranjos de convite e provocação.

Com o objetivo de estimular e compartilhar a produção conjunta e dialógica com olhares e experiências plurais que se encontram de diferentes formas com a temática, as etapas de produção ocorreram em diversos momentos e cenários, contemplando a participação de diferentes autores e atores. O primeiro contato ocorreu no *Encontro Regional da Rede UNIDA* com a oficina "O quê que a Residência tem?", no ano de 2015, em Porto Alegre. Nesse momento, propusemos um encontro com

[7] Disponível em: http://www.propesp.furg.br/images/noticias/ALANJUNTO.pdf.

[8] Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/residencias_em_saude_aprender_no_trabalho.

[9] Disponível em: http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/residencias_educacao_ensino_da_saude.

os interessados no tema a fim de elaborar coletivamente o formato da produção, assim como a confecção de uma lista de assuntos que deveriam constar na produção e possíveis autores para os respectivos verbetes. Foi desse *Encontro* que emergiu a lembrança do projeto enciclopédico de Qorpo-Santo. Qorpo-Santo escreveu *Ensiqlopèdia ou seis meses de uma enfermidade*, conforme Carozzi (2008, p. 9), "[...] obra de ilimitados percursos, uma coleção de nove volumes, que teve publicação periódica entre 1868 e 1873, nas cidades de Alegrete e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul". A pesquisadora nos conta que "[...] contém textos dos mais diversos gêneros literários, como a poesia, o teatro, a crônica, a biografia e a prosa, construindo uma ideia de uma obra universal". Todavia, alerta a linguista, "[...] nela aparecem os sinais da impossibilidade de uma abrangência universal das coisas e o efeito disso talvez seja a inescapável precariedade e dramaticidade da vida humana".

> O projeto enciclopédico de Qorpo-Santo é, em vários aspectos, desconcertante, pois, embora ele declare sua pretensão de universalidade, em verdade o que ele realiza é a expressão mais acabada do quanto é difícil enquadrar a realidade na linguagem. Não é à toa que Qorpo-Santo empenha-se em reformar a língua, em tentar fazer falar aí a letra. Para um mundo caótico e fragmentado, não há como encontrar uma harmonia que o represente, só é possível levantar pontos, remexer aqui e ali, explicitar incoerências, afirmar contradições, sem nunca encontrar o remédio para essas questões. Parece justamente que a obra de Qorpo-Santo expõe aquilo que, na realidade, é impossível de ser dito, expressa a falência não somente da razão, mas sobretudo da linguagem em dizer a realidade, ou seja, seu caráter equívoco — como diz Umberto Eco —, o que o aproxima da literatura contemporânea. (CAROZZI, 2008, p. 15)

Priorizando permanentemente a metodologia dialógica, o grupo participante do primeiro encontro compreendeu que a obra serviria como uma potente ferramenta estratégica e política na defesa da formação em serviço, ressaltando a potencialidade, especificidade e diversidade dos cenários das *Residências em Saúde*. A não utilização de regras, linhas teóricas e verdades únicas define a essência da obra desde o seu nascimento. O trabalho coletivo não parou por aí. As várias mãos juntaram-se novamente em outra oficina no *12º Congresso Internacional da Rede UNIDA*, em Campo Grande, no ano de 2016, momento em que os textos recebidos foram revisados. Foram elaborados pareceres entre os participantes e devolvidos aos autores com sugestões para qualificação dos textos. Além disso, questões como formato de publicação e demais aspectos da organização e apresentação final da obra foram deliberadas. Em 2017, foram realizados convites específicos, para autores com notória produção em determinados assuntos, para composição dos verbetes restantes.

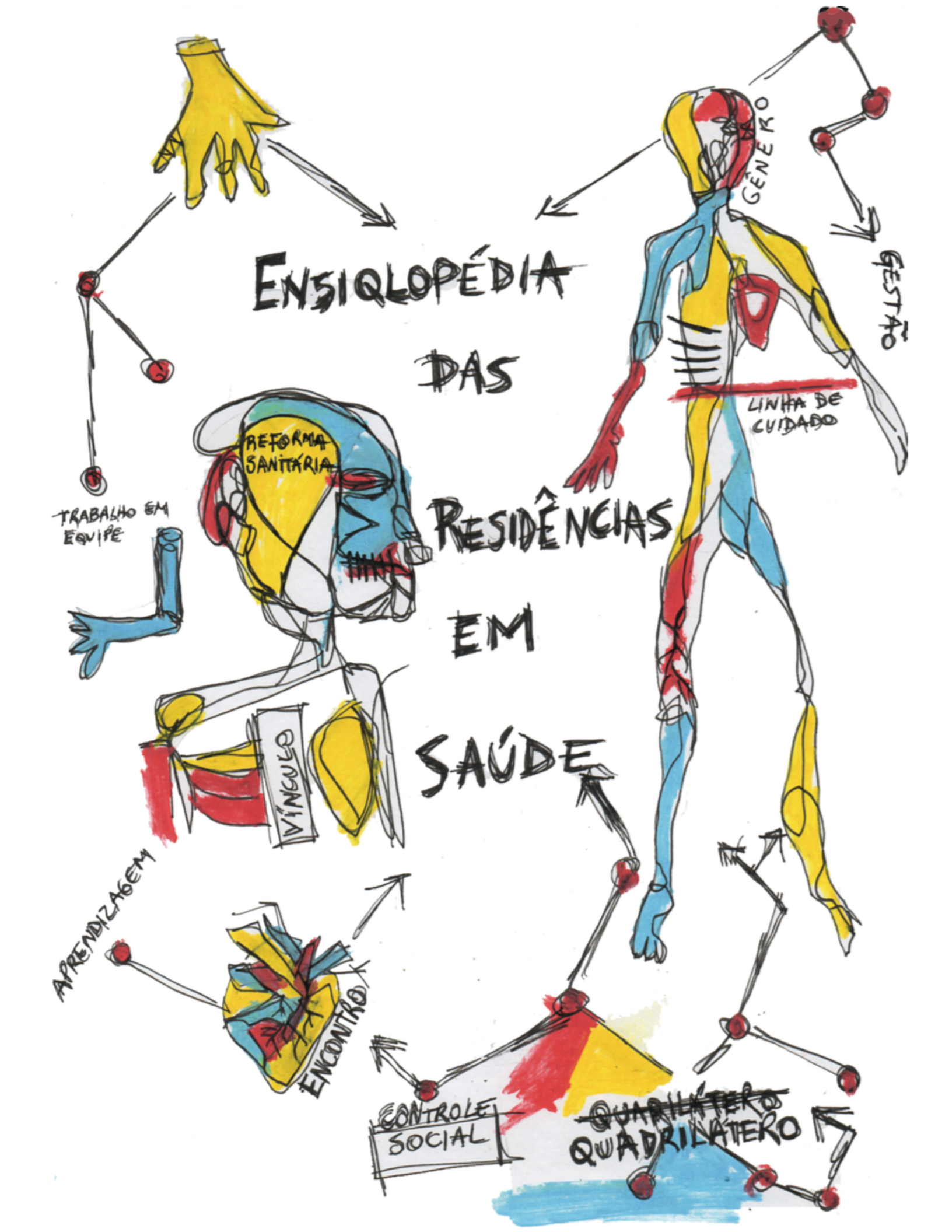
Os convites, portanto, foram realizados com três chamadas abertas, para quem se declarasse interessado e apto à escrita, e uma chamada direcionada a determinados autores, visando compor o

escopo de verbetes tangentes à formação em residência. Como orientação às produções, foram sugeridos os seguintes formatos: imagéticas, textuais (compostas por uma descrição geral, referencial teórico e considerações sobre o verbete), além de outros formatos, como: poesias, contos, crônicas, músicas e ensaios. O objetivo foi ensejar um espaço de interação e aprendizado, oportunizando a consequente troca de experiências e amadurecimento crítico com um olhar ampliado da saúde transversal à educação e à cultura. Caso fossem poesia, conto, crônica, música ou ensaio, foi marcada a importância de que abrangessem reflexões teóricas e análises concretas, incluindo também contribuições filosóficas, metodológicas e análises de manifestações valorativas, tal como no cenário da *Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde*, no mundo da arte (cinema, histórias em quadrinhos, música etc.), da ciência (em suas diversas expressões), contemplando as perspectivas inter e transdisciplinar.

Esta *EnSiQlopédia* nasce inspirada em José Joaquim de Campos Leão (ou Jozé Joaqim de Qampos Leão, o Qorpo-Santo), e sua escrita entre os anos de 1860 e 1870 intitulada *Ensiqlopèdia ou Seis mezes de huma enfermidade*. Qorpo Santo é reconhecido como um autor que aparece no cenário cultural em momentos de "[...] novas configurações nas relações entre arte, clínica, loucura, precariedade, inacabamento" (LIMA, 2010, p. 447). A partir da invenção de linguagens e de mundos, Qorpo-Santo criou um campo expressivo como potência de vida e exercício de cidadania. O mundo que Qorpo-Santo explora povoa-se com "[...] cores, sons, texturas, gestos, materialidade e significação" (LIMA, 2010, p. 440).

Assim como Qorpo-Santo "ansiava por interlocutores" (LIMA, 2010), esta *EnSiQlopédia* convoca ao encontro, diálogo, pensamento, à afecção sobre a inventividade produzida na modalidade de formação profissional denominada *Residência em Saúde*. Nesta *EnSiQlopédia* será encontrado o verso livre, a adoção de uma linguagem acadêmica e também de uma coloquial, a incorporação do cotidiano do trabalho em saúde, além de fragmentos narrativos e poéticos. Em consonância com a *Ensiqlopèdia* de Qorpo-Santo, nossa *EnSiQlopédia* também é uma "[...] avalanche de textos e [de] ideias que não têm nenhuma estrutura linear que possa ajudar o leitor a, nela, navegar" (LIMA, 2010, p. 445). Lembra Elisabeth Araújo Lima: "[...] qualquer ponto pode conectar-se a qualquer outro indefinidamente, e cada uma dessas conexões ilumina de forma diferente cada pequeno trecho". A terapeuta ocupacional completa: é sobretudo "[...] uma sensibilidade que dialoga e interfere nos textos através da porta deixada aberta pelo próprio autor ao solicitar do leitor que os complete, corrija, reinvente" (LIMA, 2010, p. 445).

Considerado o contexto político em que este livro é publicado, vale ressaltar que algumas lutas ainda precisam permanecer na agenda política dos movimentos sociais em defesa das *Residências em Saúde*. Os organizadores desejam que a leitura seja repleta de afeto, reflexões e possibilidades diante do inventar o trabalho em saúde e, além disso, que a troca de experiência seja capaz de tornar este campo cada vez mais fértil, potente, dialógico e criativo.


ENSIQLOPÉDIA
DAS
RESIDÊNCIAS
EM
SAÚDE
GÊNERO
GESTÃO
LINHA DE CUIDADO
REFORMA SANITÁRIA
TRABALHO EM EQUIPE
VÍNCULO
APRENDIZAGEM
ENCONTRO
CONTROLE SOCIAL
QUADRILÁTERO
QUADRILÁTERO

Aprender em Serviço

Ana Paula Silveira de Morais Vasconcelos
Sâmia Barros Vieira

As relações sociais no povo grego admitiam a separação entre teoria e prática, pois, para os gregos, o homem se tornava homem na medida em que se distanciava "de toda a atividade manual produtiva, apartando definitivamente a teoria da prática, concentrando 'democraticamente' a atividade teórico-política entre os homens ditos livres e o trabalho manual e servil para os escravos" (SOUZA, 2012, p. 24). Essa ideia de antagonismo, bem como a noção de valoração das atividades intelectuais em detrimento das manuais, inspirou e estruturou a formação dos profissionais desde a era moderna, tal como nos foi legado no modelo científico da educação em ciências da saúde. Durante muito tempo, a formação dos profissionais de nível superior se alimentou da ideia segundo a qual se deveria dividir e valorar as ações a partir da sua raiz intelectual, não da atividade manual. No entanto, no campo da saúde, isso não é possível, pois o contato precoce com o cotidiano profissional faz-se necessário para o aprendizado, o que demanda a sua inserção no cenário da formação.

A saúde, desde os gregos, envolve conhecimento científico, não sendo uma decorrência da sabedoria prática, e envolve técnica/produção, requer saberes formais e saberes artísticos: ciência e arte. Trata-se de conhecimento que pode ser aprendido e ensinado, mas envolve criação (produção em ato), além de capacidade de mediação entre o universal e o particular e capacidade de singularização (poiesis) nas cenas de intervenção. Articula, necessariamente, domínio de saberes e destrezas de intervenção.

A aprendizagem em serviço deve ser entendida como um esforço pedagógico que se desenvolve na prática e no cotidiano de saúde para aquisição de uma formação de qualidade, consistência e relevância. Uma estratégia que favorece um processo de ensino-aprendizagem vivo e dinâmico, que parte da realidade concreta dos serviços e visa superar uma abordagem mecanicista e tecnicista em saúde, muitas vezes distante das necessidades e da realidade dos profissionais e usuários do *Sistema Único de Saúde* (SUS). Além de tomar os problemas reais dos serviços de saúde,

afirmamos como cerne dos processos de formação a tradução, a transcriação, não só a reflexão sistemática (CORAZZA, 2015).

As intervenções concretas estão também ligadas às relações de poder, à dimensão da gestão e da política. Trata-se de imbricar teoria e prática, estudo e intervenção, clínica e gestão, e realçar a formação como dispositivo de coprodução de instituições e de sujeitos (CAMPOS, 2013). Dessa forma, a formação em serviço faz parte de um conjunto de mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde, visando ter consonância com as diretrizes e os princípios do SUS. O debate da formação em serviço está dentro da discussão da *Educação Permanente em Saúde*, uma política que visa à transformação do trabalho em saúde, trazendo a dimensão do ensino para a construção do SUS. De acordo com Ceccim e Ferla (2008, p. 162-163):

> A 'educação permanente em saúde' se apóia no conceito de 'ensino problematizador' (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de 'aprendizagem significativa' (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. É contrária ao ensino-aprendizagem mecânico, quando os conhecimentos são considerados em si, sem a necessária conexão com o cotidiano, e os alunos se tornam meros escutadores e absorvedores do conhecimento do outro. Portanto, apesar de parecer, em uma compreensão mais apressada, apenas um nome diferente ou uma designação da moda para justificar a formação contínua e o desenvolvimento continuado dos trabalhadores, é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, para colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.

O aprender em serviço ou a formação em serviço, portanto, é uma forma de construir conhecimentos e práticas, incentivar a criação e desenvolver uma cultura científica atravessada pela realidade. Uma aprendizagem que é mediada pelos "professores de campo", chamados preceptores, os quais não são vistos como os detentores do saber, mas, sim, condutores e facilitadores do processo de formação.

APRENDIZAGENS

Daniela Dallegrave
Elisandro Rodrigues
Ana Celina de Souza
Renata Pekelman
Maria Marta Borba Orofino
Diego Monroe Kurtz

As aprendizagens nas *Residências em Saúde* são como bolhas de sabão.

As levezas lhes são peculiares.

A efemeridade também.

Uma bolha de sabão pode ser produzida por um. Na sua singularidade e na sua subjetividade. Mas, se outro chegar ao lado, pode colar sua bolha ou acrescentar tamanho a ela. Duas bolhas ao lado compartilham a mesma parede. Duas bolhas-encontro já são uma multiplicidade de cores de onde salta o que não existe.

Uma bolha de sabão "tem um estouro, um colorido, um pequeno arco-íris ali" (NOAL-GAI, 2015, p. 182), sua superfície é iridescente.

Flutua, flutua, flutua... e estoura!

Estoura para virar outra coisa.

Sua forma, em um instante, resulta da atração entre átomos, de interações entre moléculas, da soma de água, sabão e algum outro componente açucarado, para dar sustentação à leveza, estabilidade e durabilidade à bolha, mas também porque a vida e as aprendizagens não devem ser amargas. A mistura precisa ser delicada e cuidadosa.

Antes de alçar voos e encontros, antes de brincar com o rosto, o corpo e as superfícies, é necessário um tempo de decantação. Um hiato para pensar nas misturas do cotidiano (das leituras, dos atendimentos, do que se escuta e do que se vê).

Uma bolha espelha o que há envolta dela.

E o que vai ser visto? Depende do lugar de onde cada um olha. “O que vemos só vale — só vive — em nossos olhos pelo que nos olha” (DIDI-HUBERMAN, 2010, p. 29).

E quando o sol passa por ela? Ah! Quanta beleza!

Para ser produzida, uma bolha de sabão depende das condições climáticas e afetivas. Em dias muito secos, não se produzem bolhas. Se a ventania está forte, a bolha RExiste, mas logo se rompe.

E quando está muito frio? Uma bolha de sabão congela. Seu congelar não acontece homogeneamente, ela vai criando cristais em formato de estrelas até que todos se juntam e dão uma nova forma à bolha. Em baixíssimas temperaturas, ela também pode entrar em colapso.

Uma bolha de sabão é frágil. E um só toque pode acabar com ela. Ela não suporta violências.

Uma bolha espelha o que há em volta dela. Flutua, flutua, flutua!

E a explicação físico-química para que uma bolha se produza? Para formar a superfície é necessário que a força resultante das tensões interna e externa seja zero.

Bolhas podem ter muitas formas e tamanhos. As formas dependem das fôrmas. O tamanho depende também de quem produz.

Se uma bolha de sabão for feita com um sopro, o corpo que a produz fica na posição do beijar.

Elas podem durar apenas alguns segundos e explodir em sua forma plena.

Produzir bolhas de sabão é jogar. Tem que brincar com a vida que transborda ali. Para uma bolha de sabão, brincadeira é coisa séria.

E na plenitude das aprendizagens, no cotidiano das Residências em Saúde, uma bolha de sabão se torna espetáculo. E fascina.

AVALIAÇÃO

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro
Fernando Lopes Tavares de Lima
Mario Jorge Sobreira da Silva
Rosilene de Lima Pinheiro

O ato de avaliar é constante no cotidiano das pessoas. De modo formal ou informal, tudo pode ser avaliado: os acontecimentos, as pessoas, as instituições, as políticas, os programas, os profissionais, a aprendizagem e, inclusive, a própria avaliação (CHUEIRI, 2008; ROSADO; SILVA, 2010). Seja qual for o objeto da avaliação, esta se configura em importante ferramenta para uma tomada de decisão, uma vez que, ao identificar se o objeto avaliado atende ou não ao que se deseja, poder-se-á manter ou mudar as estratégias utilizadas para sua obtenção. Neste texto, pretendemos refletir sobre a avaliação do desempenho dos residentes nos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde* na perspectiva formativa e somativa, como orienta a legislação específica desses programas. Luckesi (2002) analisa que o termo avaliar tem origem etimológica em dois outros termos latinos: o prefixo *a* e o verbo *valere*, que significa *dar preço a*, *dar valor a*. Com base nisso, o autor afirma que avaliação é sempre uma atribuição de qualidade a alguma coisa e, considerando esse conceito, toda avaliação é qualitativa. Mas, antes de aprofundar essa reflexão, vamos a algumas ponderações.

Na literatura sobre avaliação, diferentes autores trazem distintos pontos de vista sobre o tema, apontando dimensões, modalidades, tipos ou funções, referindo-se à avaliação da aprendizagem, avaliação escolar, avaliação de desempenho escolar ou, simplesmente, avaliação de desempenho. Souza (2005) aponta que, no processo educacional, três são os tipos de avaliação: avaliação de aprendizagem (conhecimento do processo ensino-aprendizagem); avaliação sistêmica ou educacional (relacionada às políticas públicas em educação); e avaliação institucional (avaliação de uma instituição). Em se tratando de avaliação da aprendizagem, o percurso dos processos avaliativos formais no Brasil teve origem no século XVI, com os jesuítas, cujas práticas de avaliação se davam sob a forma de exames e provas. Decorre daí a tradição dos exames escolares presente até hoje nas instituições de ensino. Essa perspectiva de avaliação como ato de examinar resulta na classificação dos estudantes em graus (notas ou conceitos), sem que necessariamente se verifique se houve

aprendizagem com qualidade. Assim, corre-se o risco de limitar a avaliação apenas a saber o que o estudante aprendeu, não dando significado ao que não foi aprendido, inviabilizando a construção de estratégias de reorientação do aprendizado. Isso estabelece uma oposição entre processo educativo e avaliação, já que esta, não sendo parte integrante daquele processo, constitui-se em momentos estanques, sem relação com o processo ensino-aprendizagem, gerando conflitos entre estudantes e professores, e não prevendo intervenções para reorientar as estratégias de ensino até que ocorra o aprendizado.

Essa prática avaliativa tem sido objeto de críticas por parte de visões mais progressistas de avaliação, que vêm sendo defendidas por autores como Jussara Hoffmann e Cipriano Carlos Luckesi, entre outros, os quais propõem a avaliação da aprendizagem numa perspectiva mediadora, inclusiva, acolhedora. Sob esses aspectos, avaliar tem a função de "[...] investigar a qualidade do desempenho dos estudantes, tendo em vista proceder a uma intervenção para a melhoria dos resultados, caso seja necessária" (LUCKESI, 2005). Hoffmann (1989) afirma que três princípios devem ser abordados por quem defende esta visão de avaliação: (1) a avaliação deve ser concebida como uma série de episódios altamente significativos na trajetória do estudante enquanto constrói seu conhecimento, com momentos cruciais de indagação sobre essa construção; (2) esses momentos devem ser considerados como um processo interativo no qual professores e estudantes aprendem sobre si mesmos e sobre a realidade escolar; (3) a avaliação precisa ser compreendida desde seu caráter tanto filosófico quanto tecnológico. Filosófico pelo sentido de problematização, questionamento e reflexão, na medida em que, no ato de avaliar, está implícito um julgamento de valor; e tecnológico, porque esse juízo de valor deve estar calcado na coleta e análise de dados precisos e significativos, não exclusivamente numéricos, que poderão ser obtidos por meio de instrumentos adequados, levando professores e estudantes a serem cada vez mais conhecedores de sua situação, para o julgamento de mérito e tomada de decisões significativas.

Assim sendo, pode-se afirmar que, nessa concepção de avaliação, pressupõe-se que seja avaliado o processo educativo como um todo, envolvendo estudantes, professores e instituições, indo além do resultado exclusivamente de provas e testes, e da aprovação ou reprovação do estudante. No âmbito dos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, Multiprofissionais ou Uniprofissionais*, a *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS) orienta que "[...] a avaliação do desempenho do residente deverá ter caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos

pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição" (Art. 3º Resolução nº 5, 07/11/2014). Neste documento são apresentados três aspectos sobre os quais se faz necessário tecer algumas considerações.

O primeiro diz respeito ao termo "avaliação do desempenho do residente". A palavra desempenho apresenta diferentes significados, entre eles, realização de tarefas e cumprimento de deveres, que se referem ao ato de exercer um trabalho ou tarefa, desempenhar funções. Nos *Programas de Residência em Área Profissional de Saúde*, caracterizados pelo ensino em serviço, desempenho se refere ao conjunto de competências que deverão ser desenvolvidas no contexto de cada programa, com o objetivo de atingir o perfil profissional desejado. O segundo aspecto é o caráter formativo e somativo que deve ter a avaliação do desempenho do residente. Segundo Da Silva *et al*. (2007), os termos formativo e somativo foram, inicialmente, aplicados à avaliação curricular na década de 1960 por Scriven e, posteriormente utilizados em avaliação da aprendizagem por Bloom, Hastings e Madaus.

O caráter formativo se refere à evolução dos estudantes no processo ensino-aprendizagem, fornecendo subsídios tanto para o estudante, na apreensão de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, valores e qualidades pessoais, quanto para o trabalho do corpo docente-assistencial, na orientação da aprendizagem. Para ambos, a avaliação formativa estimula a busca de diferentes caminhos e soluções para as dificuldades de aprendizado. Pressupõe planejamento e regularidade, devendo ser criteriosamente registrada, utilizando diferentes instrumentos para coleta de informações, como registros de desempenho, portfólios e, mesmo, provas e testes. O caráter somativo constitui-se em um processo de síntese de uma unidade de aprendizagem, curso ou nível educativo, classificando os estudantes de acordo com o nível de aproveitamento. É um consolidado das informações obtidas por meio de instrumentos de coleta de dados sobre a aprendizagem até um determinado momento. Para Kraemer (2005), corresponde a uma visão de conjunto relativa a um todo sobre o qual se fez juízos segmentados até então, possibilitando decidir sobre a progressão ou retenção do estudante, pois compara resultados globais a partir de objetivos previamente definidos. Assim como as demais formas de avaliação, a somativa pode e deve assumir expressão qualitativa e quantitativa. Opor avaliação formativa e somativa, valorizando a primeira e censurando a segunda, não tem sentido pedagógico, pois ambas podem e devem ser formadoras. A avaliação formativa não é alternativa à avaliação somativa, mas complementar. Permite uma visão de síntese e acrescenta-lhe

dados significativos, pois a segunda é mais global e está mais distante do momento em que as aprendizagens aconteceram (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Por último, o terceiro aspecto é relativo aos "atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores", que são os domínios das competências a serem desenvolvidas. Esses atributos se referem aos saberes que devem se articular para a realização da atividade profissional: saber-conhecer (conhecimentos), saber-fazer (habilidades) e saber-ser (atitudes). O termo competência, tanto no contexto do mundo do trabalho quanto no da educação, é um termo polissêmico, dependente da matriz epistemológica que lhe dá suporte. No contexto do *Sistema Único de Saúde* (SUS), a formação de profissionais de saúde apoia-se na matriz crítico-emancipatória, discutida por Deluiz (2001a). Seus fundamentos estão no pensamento crítico-dialético e apontam para uma proposta de educação profissional ampliada, que vai muito além do mero desempenho de tarefas. Nessa matriz, a noção de competência é multifacetada e

> [...] leva em conta a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho, os contextos macroeconômicos e políticos, as transformações técnicas e organizacionais, os impactos socioambientais, os saberes do trabalho, os laços coletivos e de solidariedade, os valores e as lutas dos trabalhadores, não se pautando pelas necessidades e demandas estritas do mercado (DELUIZ, 2001b).

Essas competências para a formação profissional em saúde se desdobram a partir do sentido de competência humana, que remete ao cuidado humanizado, em que se articulam e mobilizam, de modo gradual e contínuo, os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e os valores éticos, possibilitando "[...] ao indivíduo o exercício eficiente do trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além de sua efetiva autorrealização" (DELUIZ, 1995 *apud* DELUIZ, 2001b, p. 15). Após essas considerações, uma vez que desempenho se refere ao conjunto de competências que deverão ser desenvolvidas no contexto de cada programa, avaliar o desempenho dos residentes significa verificar como se dá a expressão dos recursos (conhecimentos, habilidades e atitudes) que estes articulam ao realizar sua atividade profissional (RAMOS, 2009), com o objetivo de atingir o perfil profissional desejado.

Diante dessas ponderações, cabe retomar a afirmativa de Luckesi (2002) de que avaliação é sempre uma atribuição de qualidade a alguma coisa. Tomemos por base um exemplo do autor: ao se aplicar um teste com 20 questões a um aluno, se, destas, ele acertar 15, isso poderia significar apenas que ele acertou 15 em 20 questões. Entretanto, a qualificação virá ao se atribuir a esse resultado uma qualidade positiva ou negativa. Dessa forma, sobre uma contagem de frequências atribui-se uma

qualidade. Valorizar a qualidade significa estar atento ao aprofundamento da aprendizagem. Assim, verifica-se que, ao se valorizar o aspecto qualitativo da avaliação, o que se está fazendo é acompanhar a evolução da aprendizagem. Valorizar o caráter formativo da avaliação é acompanhar a evolução dos estudantes no processo ensino-aprendizagem, buscando novas estratégias para chegar ao resultado efetivamente desejado de aprendizagem, bem como possibilitar ao corpo docente-assistencial adaptar e reorientar as estratégias de ensino. O caráter somativo, embora remeta à classificação por utilizar conceitos ou números, confere à avaliação a função de fazer um balanço geral do aprendizado, podendo determinar sobre a promoção do estudante (a uma próxima etapa, a outro nível de ensino) sua retenção ou sua certificação na medida em que satisfaz os requisitos estabelecidos pelas instituições/sistemas educacionais. Esse conjunto de informações é formalmente conduzido pelo corpo docente-assistencial, que apresenta à instituição os resultados do processo ensino-aprendizagem. Contudo, mais importante do que atribuir notas ou conceitos que serão informados, é identificar o caminho percorrido pelo estudante: o que ele efetivamente aprendeu e como foram superadas as dificuldades de aprendizado.

Considerando o exposto, como avaliar o desenvolvimento de competências? Depresbiteris (2001) afirma que será preciso definir a finalidade da avaliação. Certificar ou não certificar reduziria a avaliação a uma simples atividade de elaborar e aplicar instrumentos de medida, cumprindo uma finalidade puramente administrativa. A autora propõe romper com essa visão pragmatista, valorizando a função formativa da avaliação com ações de natureza mais educativa e conferindo aos estudantes novas oportunidades de certificação. “Seria uma espécie de não fechar a porta àqueles que num primeiro momento não possuíssem as competências necessárias ao desempenho da profissão” (DEPRESBITERIS, 2001, p. 31). Mudar a forma de avaliar se constitui em um grande desafio. Durante praticamente todas as formações, os estudantes acreditam que a avaliação se resume à realização de exames (testes e provas) que se refletirão em sua aprovação ou reprovação. Mudanças trazem insegurança, receio do desconhecido. Por tal motivo, é preciso envolver todos os partícipes do processo ensino-aprendizagem para pensar juntos os critérios, os instrumentos de coleta de dados, quando e como aplicá-los, como minimizar a subjetividade no ato de avaliar etc.

A legislação específica dos *Programas de Residência em Área Profissional de Saúde* preconiza que a avaliação do desempenho dos residentes seja formativa e somativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando ao desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional. Para tanto, acredita-se que a concepção de avaliação, nesses *Programas*, deve estar centrada na

investigação da qualidade do desempenho dos estudantes, visando intervir, quando e se necessário for, para melhorar os resultados de aprendizagem, pois, como assegura Luckesi (2005, p. 64), "[...] bom ensino é o ensino de qualidade que investe no processo e, por isso, chega a produtos significativos e satisfatórios. Os resultados não nos chegam, eles são construídos".

BIOÉTICA

João Beccon de Almeida Neto



Rembrandt van Rijn, A volta do filho pródigo.

(1662, *The Hermitage, St. Petersburg*).

No quadro "A volta do filho pródigo", de Rembrandt, se reconhece, claramente, uma das principais metáforas do campo de aplicação da Bioética, também muito presente no campo da saúde: o cuidado. A cena faz uma representação da parábola de mesmo nome, descrita na Bíblia, que narra a triste história de um filho que retorna à casa do pai após gastar todo o dinheiro dele recebido com bebidas e jogos. O filho retorna muito pobre. Com um dos pés descalços e com as roupas rotas, Rembrandt ilustra como o filho passou por privações e humilhações antes de retornar. No quadro, o pintor revela um pai que o recebe com muita alegria e amor, embora possamos observar a figura do filho mais velho em pé ao lado, claramente não aprovando as atitudes do irmão. Rembrandt, como de costume, faz uma série de jogos de luz e símbolos para chamar atenção para o que seria o mais importante na parábola. Analisando o quadro, podemos observar que a luz é toda colocada para dar

destaque aos braços do pai, que acolhe o filho apesar de este não ter seguido suas recomendações e errado na administração do dinheiro que tinha. Se olharmos mais detalhadamente para esse abraço, podemos ainda observar que as mãos do pai apresentam tamanhos e traços diferenciados, como se uma das mãos fosse mais feminina. Não seria um erro do pintor, mas uma alegoria do cuidado e acolhimento, que requer um equilíbrio entre a paternalidade ou a assistência e o suporte ou o apoio a quem necessita ter sua autonomia respeitada. É uma metáfora e um convite para o pensar a partir da alteridade, colocar-se no lugar do outro. É um convite ao questionamento de quantos de nós não se colocariam na posição de acusadores ou de julgadores do irmão que volta para casa arrependido de suas atitudes. Quantos de nós não se serviriam do papel do irmão mais velho, distante e julgador, uma vez que entende que fez tudo que o pai pediu e ficou ao lado dele como seria desejado.

A Bioética, como campo, se desenvolve neste contexto, onde diferentes situações e casos nos fazem pensar mais sobre nossas atitudes e as consequências do uso da ciência e das tecnologias na própria vida humana. Hoje, cada vez mais, este campo é colocado de forma global. A Bioética não é contextualizada somente pelas experiências envolvendo seres humanos, se volta também para as questões ligadas à pesquisa envolvendo animais não humanos, assim como para o meio ambiente como um todo. A espinha dorsal da bioética, podemos assim dizer, é um (re)pensar consciente, onde a tomada de decisão não se marca pelo certo ou errado, mas pela identificação de riscos e busca por decidir a partir de bases onde direitos e princípios podem ser melhor preservados, ainda que isso possa significar o sacrifício de outros direitos ou princípios.

"A Bioética é, grosso modo, a ética aplicada a problemas e propostas morais envoltas em decisões individuais e coletivas sobre viver ou morrer, salvar ou matar, e sobre qualidade de vida e de morte" (BONELLA, 2017, p. 30). Embora possamos inferir de seu nome a palavra ética, isso não resume a Bioética a uma área derivada da filosofia ou da ética (mais adiante vamos explicar isso melhor). A Bioética, como campo, está mais identificada a um paradigma transdisciplinar, onde o pensamento não parte de uma área, como no modelo interdisciplinar, ou forma diferentes objetos de análise, como no modelo multidisciplinar. Sendo assim, desde uma perspectiva transdisciplinar, a Bioética realiza o encontro de diferentes pensamentos ou de suas matizes. Tanto é assim que a forma de tomada de decisões em bioética leva em conta um pensamento deontológico, isto é, o importante é a validade dos princípios abstratamente a serem utilizados para atingir a finalidade da ação. A partir de uma ética teleológica, o importante para a determinação de uma ação ser correta ou não é se o fim da mesma vem ao encontro do juízo moral do bom ou correto.

Para uma parte dos autores, há duas formas de relacionar teorias morais a casos concretos. Uma seria a forma *up-down*, onde a teoria é focada em primeiro plano e aplicada ao caso concreto. Outra, o modelo *botton-up*, em que se priorizam os fatos dos casos concretos, onde a partir da análise se objetiva chegar a solução dos problemas. Seria a chamada casuística (BONELLA, 2017). Cabe ressaltar que "teoria ética" é diferente de "ética aplicada". Esta última, ou ética prática, se refere à utilização do razoamento ético em âmbitos concretos da vida humana. As teorias éticas têm demonstrado sua evolução, variando de um universalismo a um relativismo. Os princípios éticos, neste sentido, devem ser observados como linhas de força para justamente observarmos nossas próprias atitudes, verificarmos o quanto nossas ações apresentam coerência ou se são resultado de reproduções de discurso. Nossas atitudes são respostas a influências ao nosso redor, tanto de caráter externo quanto individual, onde os critérios de validade serão proporcionais ao quanto estamos dispostos à autoanálise ou ao julgamento do outro.

Figura 1 - Fatores de influência e critérios de validade dos princípios éticos

Princípios Éticos	
Fatores de influência	Critérios de validade
a) De caráter externo: - Influências familiares - Figuras de prestígio - Grupo a que se pertence	a) A autoridade: - Os mestres - A opinião pública - Deus
b) De carácter individual: - Informações fáticas - Raciocínio próprio - Experiências particulares - Interesses pessoais	b) As provas: - Consistência - Generalidade (regra de ouro kantiana)

Fonte: CASADO, 2011.

A bioética desenvolve-se como um marco de reflexão interdisciplinar, sobretudo ante aos desafios que supõem os progressos técnicos na medicina. Os problemas da Bioética devem ser debatidos pela sociedade em seu conjunto antes da adoção de medidas normativas. A busca do consenso, em uma sociedade democrática e plural, é de difícil alcance: "Por isso convém centrar a busca do compromisso na elaboração de regras do jogo aceitáveis para a maioria dos cidadãos independentemente de suas opiniões ideológicas" (CASADO, 2011, p. 6). É importante, para a Bioética, a discussão em relação às normas que ditam nosso modo e estilo de vida, já que por elas decidimos sobre suas consequências. Nas sociedades plurais, as respostas unívocas e dogmáticas resultam insuficientes; necessita-se de uma reflexão inter/transdisciplinar. A plenitude do ser humano

está intimamente ligada com o desenvolvimento de sua autonomia, a sua liberdade de decisão e a ascensão responsável das consequências da liberdade e autonomia. O aspecto central da Bioética está precisamente no reconhecimento da pluralidade de opções morais que caracteriza as sociedades atuais e, também, na necessidade de estabelecer um marco mínimo de acordo por meio do qual os indivíduos pertencentes a "comunidades morais" diversas possam considerar-se ligados por uma estrutura comum que permita a resolução dos conflitos com suficiente grau de acordo.

O século XX é marcado por importantes avanços nas diversas áreas do conhecimento, em especial na área das ciências de "tecnologias duras". O período inaugura uma nova forma de pensar nossa existência e as próprias relações pessoais. Diríamos que *velocidade*, *liquidez*, *complexidade* e *pensamento rizomático*, de forma crescente, descrevem nossa realidade. A cientificidade deixa de ser meramente positivista, abandonando o pensamento linear fixo (BAUMER, 1990). Consequentemente, nossos valores deixam de representar certezas e passam a significar discursos e ideologias que dialogam constantemente com nossa moralidade, fazendo com que a construção de um pensamento ético caia cada vez mais em certa relatividade.

A consciência coletiva dos problemas éticos oriundos da experimentação médica ganhou relevância a partir da Segunda Guerra Mundial, com o Nazismo. Importantes documentos surgiram nesta época: Código de Nuremberg (1947); a Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial (1964) e suas revisões em Tóquio (1975) e em Manilha (1980). Frequentemente, é inferido que a Bioética tenha surgido na década de 1960-1970, em razão não só das experimentações em tempos de guerra, mas dos próprios abusos fomentados em pesquisas envolvendo seres humanos em diversos países, em especial nos Estados Unidos da América (KHUSE; SINGER, 2009; DAWSON, 2010; CASADO, 2011). Assim, a Bioética se fortaleceu como campo ligado à ética médica, com o revezamento de dilemas sempre ligados à relação médico-paciente ou entre profissionais de saúde. Ao longo da história da bioética, alguns tópicos mudaram de moda: na década de 1970 foi a eutanásia; o aborto na década de 1980; a genética, as células-tronco e as tecnologias reprodutivas dos anos 1990; e nos anos 2000 as implicações envolvendo a gestão dos dados e/ou tecidos humanos armazenados em bancos. No entanto, essas tendências sempre têm a mesma dinâmica: uma nova questão é descoberta por alguns entusiastas, há uma intensidade de publicações e reflexões sobre o tema, em seguida, isso diminui e as pesquisas passam para o próximo tópico (DAWSON, 2010).

Conforme Cubero-Castilo (2015, p. 138), desde seu início, a Bioética se expandiu sob duas vertentes. Uma vertente, "[...] a bioética clínica, cuja orientação epistemológica tende a refletir sobre

os aspectos éticos da prática biomédica e a relação médico-paciente", e a outra, "[...] a bioética global, cujo objetivo principal delineado por Potter se orienta a uma reflexão mais ampla sobre o uso do conhecimento científico e suas consequências para a sobrevivência da vida no planeta". Ainda conforme o autor, "[...] ambas orientações permanecem na atualidade como duas tendências diferentes, nem por isso em conflito".

Antes restrita à experimentação, a Bioética incorporou outras áreas de atuação, não se limitando apenas às pesquisas envolvendo seres humanos. Passou a debater as pesquisas envolvendo animais, uma proposta de reflexão à ética antropocêntrica, pesquisas sobre bioética e saúde pública (DAWSON, 2010). Além disso, vamos observar a sua presença nas relações não mais entre médico e paciente, mas entre profissionais da área da saúde e pacientes em serviços de saúde ou usuários das ações e serviços em sistemas de saúde; ou mesmo no auxílio aos dilemas vividos nas relações entre os próprios profissionais. Nesse sentido, não podemos relegar o desenvolvimento de um número crescente de trabalhos sobre o papel de profissionais em determinados estabelecimentos de saúde (na maioria hospitais e clínicas) em realizar consultorias específicas em bioética, tanto a outros profissionais, quanto a usuários e/ou seus familiares[1]. Não há como não perceber o número cada vez maior de *Comitês de Ética em Pesquisa* vinculados ao *Conselho Nacional de Ética em Pesquisa* (CONEP)[2]. Além desses comitês, ainda temos a constituição de *Comitês de Ética no Uso de Animais* (CEUA), ligados ao *Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal* (CONCEA), e *Comitês de (Bio)Ética* em alguns estabelecimentos de saúde, como clínicas e hospitais, em distinção dos *Comitês de Ética em Pesquisa*.

Geralmente, as situações que demandam consultoria Bioética estão ligadas às condutas envolvendo: cuidados paliativos; recusa de transfusão de sangue; relacionamento entre familiares e equipe assistencial; comunicação de informações diagnósticas; e ausência de familiares para a tomada de decisão. Sendo mais solicitadas pela equipe, em especial por médicos (certamente em razão do ambiente hospitalar em que esses comitês estão presentes), envolvem conflitos entre posições e

[1] Em estudo recente, Cristina Melnik e José Roberto Goldim, do Serviço de Bioética no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, exemplificativamente, observaram que, em um universo de 116 consultas, a maior parte das consultorias (71%) foi gerada pelas solicitações dos médicos. Os serviços de Medicina Interna, Pediatria e Psiquiatria demandaram 56% das consultorias. Foram encontrados registros de pedidos de consultoria nos prontuários de 79% dos pacientes, dos quais 71% foram respondidos no mesmo dia ou no seguinte. Os pesquisadores relatam que o Serviço foi criado em 2009 e reconhecido como especialidade assistencial, sendo que, em 2010 e 2011, foram registradas 307 consultorias de bioética clínica por demanda assistencial (MELNIK; GOLDIM, 2013).

[2] Em 2017, conforme dados da Plataforma Brasil (06/07/2017), estavam instalados 779 CEP no Brasil, sendo 144 no Sul, 360 no Sudeste, 58 no Centro-Oeste, 157 no Nordeste e 60 no Norte (BRASIL, 2017d).

práticas de familiares e necessidades e posturas dos pacientes. Os dados nos demonstram uma potencialidade que este tipo de análise/consultoria poderia trazer para todos os âmbitos de ações e serviços de saúde, como na atenção básica, onde vislumbramos uma alta complexidade em diferentes situações. Exemplos dessas situações podem ser associados a casos envolvendo identidade de gênero, saúde da pessoa em situação de rua, saúde da população privada de liberdade, gravidez na adolescência, liberdades no uso do corpo, relações entre familiares, situações domésticas, indicadores de abuso/violência etc. "As consultorias de bioética clínica buscam auxiliar na reflexão sobre questões éticas que dificultam a tomada de decisão por parte da equipe assistencial, dos pacientes e de seus familiares" (MELNIK; GOLDIM, 2013, p. 114), o papel da consultoria não é, portanto, trazer respostas prontas.

Deve-se relatar, contudo, que o termo Bioética data de 1927, cunhado por Fritz Jahr, apresentado em forma de um imperativo bioético: "Respeite todo ser vivo como princípio e fim em si mesmo e trate-o, se possível, enquanto tal" (DECLARAÇÃO de Rijeka, 2011, p. 587). Até 1997, quando a definição de Jahr é mencionada por Rolf Luther, em conferência em Tübigen, se atribuía a Potter a primeira utilização do então neologismo "*bioethics*" (PESSINI, 2013; GOLDIM, 1999). O conceito de Jahr se disseminou de modo que muitos pesquisadores passaram a afirmar que a bioética deveria ser entendida de forma ampliada, envolvendo a própria natureza e sua relação com o ser humano. A ética ecológica deveria ser o horizonte. Isso, invariavelmente, era utilizado como forma de contrapor o conceito e ideário bioético inferido por Potter a partir da década de 1970, que, muito embora expressasse uma preocupação com a interação do problema ambiental às questões de saúde, era objeto de críticas em razão de ser uma ética antropocêntrica. Potter defendia a bioética como uma forma de sobrevivência do ser humano frente às interferências tecnológicas do nosso cotidiano (POTTER; POTTER, 1995). Primeiramente, a entendia como uma ponte entre a biologia e a reflexão ética sobre os progressos da ciência. Mais adiante, ainda na segunda metade da década de 1970, defendia uma bioética global como proposta abrangente, que envolvesse todos os aspectos do viver, incluindo a relação entre saúde e ecologia: "A bioética global foi proposta para estender a ideia de 1970 para a sobrevivência global, com atenção cuidadosa ao que se entende por *sobrevivência* e qual é a atividade ética na busca de cuidados de saúde, um conceito relacionado, *earth care*, em uma base global" (POTTER; POTTER, 1995, p. 186). Definiu a bioética global como um foco multidisciplinar de diferentes áreas, sugerindo que deveria ser preocupação de todas as profissões (POTTER; POTTER, 1995). Já na década de 1990, Potter insere um novo conceito, a bioética profunda, que já vinha sendo estudada por outros autores, em especial Aldo Leopold, que a estruturam a partir da incorporação do

conceito da ecologia profunda para bioética (PESSINI, 2013; GOLDIM, 1999; POTTER, 1999). “Leopold percebeu que a tarefa da democracia, para não falar dos governos em geral, não seria simples. Ele tentou dedicar uma ética para suplementar e orientar a relação com a terra [...]. Esta visão levou-me, por sua vez, à concepção original do que agora poderia ser chamado de *bridge bioethics*” (POTTER, 1999, p. 38).

BOAL

Emanuella Cajado Joca

Augusto Boal (1931-2009) foi escritor, romancista, dramaturgo e ensaísta. O desenvolvimento de sua metodologia artístico-teatral adquiriu relevância mundial, com abrangência tanto educativa como terapêutica, além da potência social. O pensador dizia-se "sistematizador" da proposta do *Teatro do Oprimido*, afirmando que sua proposta ou formulação não era uma criação individual, mas fruto de experiências com diferentes atores sociais. O *Teatro do Oprimido* é uma organização de práticas e pensamentos que foram gestados ao longo de sua trajetória com o teatro e em diversos movimentos sociais. O *Teatro do Oprimido* está presente em diversos espaços ou ambientes sociais como aqueles da saúde, da educação e da cultura, além de estar incluído no que o autor intitulou de *Estética do Oprimido*, cujo objetivo é a produção cultural dos grupos e povos oprimidos, manipulados ou excluídos (entre outras circunstâncias, do próprio acesso ao teatro como um bem cultural). Sua proposta, teoria ou sistematização constitui uma metodologia político-teatral que foca no desenvolvimento humano e propõe a análise dos conflitos sociais a partir dos atravessamentos e fluxos de intensidade produzidos na arte do teatro.

Afirmava o teatrólogo que a arte não é adorno, que a "palavra não é absoluta", que o "som não é ruído" e que as "imagens falam, convencem e dominam". "A estes três Poderes – Palavra, Som e Imagem – não podemos renunciar, sob pena de renunciarmos à nossa condição humana" (BOAL, 2009b, p. 22). Assim, apresentamos, aqui, a trajetória de Augusto Boal, tendo em vista algumas imbricações no campo das políticas de saúde no Brasil, na potência pedagógica e na potência terapêutica. Buscamos expor, mesmo que de forma sucinta, o método e a técnica propostos pelo teatrólogo e alguns estudos de práticas na saúde.

DA POÉTICA A ESTÉTICA DO OPRIMIDO: A TRAJETÓRIA E O PENSAMENTO DE BOAL

Augusto Boal nasceu no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, e construiu uma história singular, inovando no campo da arte teatral e propondo, no início dos anos 1970, na América Latina, a *Poética do Oprimido*, que viria a se popularizar por meio da metodologia do *Teatro do Oprimido* a que, posteriormente, em seu último ensaio, publicado postumamente, o autor denominaria de *Estética do*

Oprimido (BOAL, 2009b). Iniciou seu trabalho com a arte teatral em meados dos anos 1950, na cidade de São Paulo, e construiu uma sólida caminhada de inflexão teórica a partir de intervenções sociais com diferentes grupos sociais de atores e não-autores. Foi entre os anos de 1950 e 1960, junto a outros artistas, que Boal esteve pensando e propondo outras possibilidades para a arte teatral. Nesse momento, era diretor do *Teatro de Arena de São Paulo* e buscava um teatro brasileiro que falasse acerca da realidade do país e sua dinâmica social. Era um período de extrema instabilidade política e foi momento de experiências contestadoras nas artes. Dá início, nesse momento, ao que chamaria de *Teatro do Oprimido*, metodologia teatral enraizada em fundamentos filosóficos, políticos, econômicos, históricos e sociais, que é estruturada em jogos e exercícios desmecanizadores e estimuladores da produção da palavra, da imagem e do som, sustentação das vertentes do *Teatro do Oprimido* desenvolvido por Boal ao longo de toda a sua trajetória.

Todas essas proposições vão estimular a produção de sua *Estética do Oprimido*, que consiste na tomada do poder da palavra, da imagem e do som, canais historicamente de dominação das classes dominantes que perpetuam suas ideias por tais veículos. Nesse sentido, a *Estética do Oprimido* é, na luta social, um instrumento de libertação. Boal lançou seu primeiro livro com as bases teóricas de seu pensamento na década de 1970, após quase vinte anos de trabalho com teatro. A experiência com a ditadura civil-militar brasileira, a partir de 1964, as experiências na América Latina e o trabalho no Peru, com o projeto de alfabetização de base freiriana, ajudaram a amadurecer suas análises e perceber aproximações com o pensamento do educador. A Poética de Boal foi uma nova proposição para o campo da arte teatral em que se encontram os fundamentos do teatro libertário brasileiro. A principal base de seu pensamento está na revolução no teatro (das estruturas clássicas) e no ensaio para a revolução social. Como diz Boal (1998), o teatro não faz a revolução, mas é um ensaio para a mesma. É importante destacar como esta obra marca todo o pensamento do autor.

Boal é influenciado pelo pensamento marxista, inclusive se localizando na tradição das poéticas materialistas junto a Brecht. Diferencia-se das poéticas idealistas, como a aristotélica e a hegeliana, pois seriam mantenedoras das ideias das classes dominantes e disciplinarizadoras. No caminho de crítica a essas perspectivas, o teatro de Boal propõe a radicalização da ação e a não passividade. Em Boal (1991), todos são ativos no processo de produção artística, não existem mais espectadores, mas *espect-atores*. Ele quebra, então, a parede ou o muro que separa os artistas detentores da palavra, da imagem e do som (portanto, veiculadores das ideais dominantes), daqueles que passivamente consomem o produto dos outros. Mesmo no teatro brechtiano, que busca a

conscientização dos sujeitos acerca das realidades desiguais, esta parede ou divisão permanece. É na ativação dos sujeitos e no convite à mudança da realidade da cena que o teatro de Boal estimula a ação social.

O *Teatro do Oprimido* é um teatro da pergunta, pois interroga sobre os conflitos/opressões enfrentados pelos sujeitos e, nesse sentido, coloca a exploração social e as opressões no campo do público, retirando-as do campo privado. Revoluciona o fazer teatral e propõe a transformação social quando coloca um conflito vivido de forma singular como uma questão social, e isso de forma artística. No *Teatro do Oprimido* se investiga como um conflito vivido por uma pessoa está relacionado com sua realidade social e, de uma forma coletiva, busca-se alternativas de enfrentamento. A partir desse fundamento, todo o arsenal do *Teatro do Oprimido* é pensado, e suas técnicas, voltadas para a desenvolvimento humano, além de mecanismos de enfrentamento de conflitos por meio de diálogos cênicos. Boal iniciou no teatro brasileiro, mas, obrigado ao exílio, viveu em países da América Latina e na Europa (BOAL, 2000), continuando suas experimentações e ampliando sua proposta. No final dos anos 1980, quando retornou ao Brasil, fundou o *Centro de Teatro do Oprimido do Rio de Janeiro* (CTO-RJ) e fez a multiplicação do método em diversas áreas sociais como, por exemplo, nas Políticas de Saúde (METAXIS, 2007, 2008, 2010).

MÉTODO E TÉCNICA DO TEATRO DO OPRIMIDO

O *Teatro do Oprimido* tem várias vertentes. Boal (2009a) usava a imagem da árvore como analogia para apresentação do *Teatro do Oprimido*. Abordaremos sua metodologia de maneira introdutória, não cada proposição do método. Boal sistematizou a metodologia em quatro etapas (BOAL, 1991): conhecimento do corpo; tornar o corpo expressivo; o teatro como linguagem; e o teatro como discurso. Estas etapas foram amadurecidas ao longo de sua obra, chegando à imagem da árvore como analogia para seu método. Os alicerces ou raízes são a filosofia crítica, a história, a economia, a multiplicação, a política e a solidariedade; a ética nutre toda a árvore do *Teatro do Oprimido* (BOAL, 2009a). Essas bases, que fundamentam a proposição de Boal, nutrem a copa da árvore por meio da palavra, da imagem e do som, canais de dominação e de libertação. É o estímulo ao sujeito da fala que, pela expressão artístico-teatral, veicula suas ideias e propõe questionamentos acerca das opressões que vivencia.

Figura 1 - Árvore do Teatro do Oprimido



Fonte: BOAL (2009a, p. 17)

Os jogos e exercícios localizados no caule da árvore do *Teatro do Oprimido* são como sustentação e canais de ligação. Favorecem as duas primeiras etapas do método quando se coloca a investigar os limites e as possibilidades do corpo, base da produção expressiva do sujeito ativo. Boal define exercícios como movimento físico, muscular, respiratório, motor e vocal que ajudem aquele que os faz a (re)conhecer seu corpo, seus músculos e nervos. Nesse contexto, o exercício é uma reflexão física sobre si mesmo. Os jogos colocam a expressividade dos corpos como emissores e receptores de mensagens. Chega, então, à conclusão de que os jogos e exercícios que propõe para os atores e não-atores são *joguexercícios* (BOAL, 1998). O teatrólogo utiliza a denominação *joguexercícios* para intitular a sistematização de jogos e exercícios escolhidos em função dos objetivos do *Teatro do Oprimido*: "[...] desenvolver em todos a capacidade de se expressar através do teatro" (p. 14). Os exercícios visam a estimular o conhecimento do corpo, seus mecanismos, suas atrofias, capacidades de recuperação e reestruturação. "O exercício é uma reflexão física de si mesmo" (p. 87). Os jogos seriam estimuladores da expressividade do corpo, estimuladores do diálogo e da extroversão, mas essa divisão seria apenas didática: "os jogos e exercícios [...] são antes de tudo joguexercícios, havendo muito de exercício nos jogos, e vice-versa" (p. 87). Boal compreende que o ser humano é

uma unidade entre o aparelho físico e psíquico, assim como os cinco sentidos estão todos ligados entre si (BOAL, 1998). Desenvolve cinco categorias de *joguexercícios* que buscam a des-especialização ou desmecanização humana. São elas: sentir tudo que se toca; escutar tudo que se ouve; ativar os vários sentidos; ver tudo que se olha; e a ativar a memória dos sentidos. Boal (1998) alerta, no livro que reúne as inúmeras técnicas do *Teatro do Oprimido*, que não se trata de um livro de receitas: "[...] seu intuito é clarificar as intenções do Teatro do Oprimido e oferecer a todos um instrumental de trabalho, um verdadeiro arsenal". Lembra que deseja um uso igual "[...] por atores, profissionais e amadores, assim como por professores e terapeutas e também no trabalho político, pedagógico ou social" (BOAL, 1998, p. 14).

Verificando as pontuações de Boal, todo o arsenal, apesar de estar dividido em séries que trabalham com determinados focos, é importante compreender que o objetivo é a desmecanização do ser humano (BOAL, 1998; 2002), que está atrelada à verificação das cristalizações dos modos de ser, agir e sentir impostos pela organização social dominante. Nesse sentido, é jogando com exercícios desmecanizadores que se fortalece o tronco da árvore do *Teatro do Oprimido*, ramificado ao centro com o Teatro-imagem e o Teatro-fórum, crescendo com o Teatro-jornal, o Teatro-invisível, o Arco-Íris do Desejo (método terapêutico), o Teatro Legislativo e as Ações Diretas (ações sociais concretas e continuadas), propiciadoras do florescimento e da transformação social realizada por cidadãos ativos. O grande núcleo do *Teatro do Oprimido* é o Teatro-fórum, no qual um grupo de atores ou não-atores monta uma cena vivida por um dos participantes, na qual o conflito principal é o foco e em que existe um opressor e um oprimido que disputam. Porém, o oprimido, buscando conseguir seu objetivo, vivencia limites e, diante dessa cena, os *espect-atores* são convidados a representar o oprimido e propor novas alternativas para conseguir seu objetivo. Um ensaio coletivo de enfrentamento de conflitos e a construção de diálogos cênicos.

O TEATRO DE BOAL E O CUIDADO EM SAÚDE NO BRASIL

Na década de 1990 foi que, no Brasil, ocorreram as primeiras proposições com *Teatro do Oprimido* no campo das políticas de saúde, nesse momento em contextos hospitalares manicomiais. Nos anos 2000, na efetivação da *Política Nacional de Saúde Mental*, o Ministério da Saúde, por meio da área técnica de saúde mental, apoiou o *Centro de Teatro do Oprimido do Rio de Janeiro* (CTO-RJ) a formar trabalhadores da saúde atuantes na atenção primária e nos *Centros de Atenção Psicossocial* para o uso da metodologia (DEVERA; COSTA-ROSA, 2008), fortalecendo pontos distintos da rede de atenção e que se beneficiaram pelos encontros da linha do cuidado da *Rede de Atenção Psicossocial*

(BRASIL, 2007; 2011).

Conforme o *Relatório de Gestão do Triênio 2003-2006*, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), focalizando as ações em saúde mental, intitulado *Saúde Mental no SUS:* acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção, foi realizado um investimento importante em atividade cultural. Esta consistiu na parceria do Ministério da Saúde com o CTO-RJ. O documento informa que, em 2003, o Ministério da Saúde propôs e desenvolveu uma experiência-piloto para a qualificação de profissionais na atenção primária e nos *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS), tendo bons resultados, o que levou, a partir de 2004, à ampliação do projeto para diversos serviços em São Paulo e no Rio de Janeiro. No *Relatório de Gestão do Triênio 2007-2010* (BRASIL, 2011a), a parceria com o CTO-RJ qualificou profissionais dos CAPS de diversos municípios dos estados de Rio de Janeiro, São Paulo e Sergipe, objetivando que os mesmos atuassem como facilitadores do *Teatro do Oprimido* na atenção à saúde. O *Relatório* assinala, ainda, que o êxito da experiência atraiu a rede de atenção básica, que passou a se utilizar desse dispositivo na promoção da saúde e em situações envolvendo o tráfico de drogas no Complexo do Alemão, cidade do Rio de Janeiro/RJ. Também aponta a intenção da área técnica em apoiar a multiplicação da técnica utilizada pelo CTO-RJ em outros estados e municípios, mas que, por falta de orçamento, o projeto não prosperou. Conforme Toscano (2010), diversos trabalhadores da saúde foram qualificados nesta proposta teatral: agentes comunitários de saúde, antropólogos, arte-educadores, arte-terapeutas, artistas, assistentes sociais, auxiliares administrativos, auxiliares e técnicos em enfermagem, educadores, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, sociólogos, teatrólogos e terapeutas ocupacionais.

Em uma pesquisa no *Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (Capes), com uma busca simples para “Teatro do Oprimido”, em agosto de 2017, foram encontrados cento e três resultados, dentre as quais 10 inseridos nas Ciências da Saúde. Três pesquisas mostram o arco de diversidades na potência de uso da metodologia: uma pesquisa relacionada com o uso da linguagem teatral, o Teatro do Oprimido e a Estratégia Saúde da Família (A poética da promoção da saúde e o Teatro do Oprimido: percepções sobre a relevância do uso da linguagem teatral na Estratégia Saúde da Família, dissertação de mestrado, Pedro Jonathas Pinheiro da Silva, 2008); uma com o campo da saúde mental, os trabalhadores e a Reforma Psiquiátrica (Trabalhadores de saúde mental: incoerências, conflitos e alternativas no âmbito da Reforma Psiquiátrica no Brasil, tese de doutorado, Fernanda Nogueira Campos, 2008); e uma problematizando epidemiologia, sociopoética, família e reeducação vesical em crianças com disrafismo espinhal (A

convivência das famílias com a reeducação vesical de crianças com disrafismo espinhal: estudo epidemiológico e sociopoético, dissertação de mestrado, Wagner Rollemberg Faustino de Paula, 2005). Um dos estudos afirma que o *Teatro do Oprimido* consiste em uma alternativa de trabalho que tem a possibilidade de estimular a participação popular na Promoção da Saúde. Os outros dois utilizaram, principalmente, o *Teatro do Oprimido* como estratégia ou ferramenta de pesquisa-intervenção. O levantamento demonstra quão escasso no Brasil é o uso do *Teatro do Oprimido* e do pensamento de Boal nas ciências da saúde, o que não depõe em desfavor da proposta, mas aponta o modelo assistencial, educacional e participativo dominante na saúde (JOCA; SILVA, 2017).

Menções ao *Teatro do Oprimido* como prática promotora de saúde foram encontradas em outras fontes. No catálogo da *Mostra Memória da Loucura* encontra-se o vídeo *Fronteiras da mente, da saúde e da expressão:* a palavra e o palco, que apresenta o *Teatro do Oprimido* como instrumento potente para a expressão. O projeto *Formação em cidadania para a saúde:* temas fundamentais da Reforma Sanitária, do *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (Cebes), abordou o tema *Diversidade cultural e saúde*, no qual Amarante e Costa-Rosa (2012) falam sobre as propostas inovadoras de arte-cultura no campo da saúde mental, citando o *Teatro do Oprimido* como ação para uma visão crítica acerca da loucura, da discriminação e da violência. Outros trabalhos publicados abordam os serviços ambulatoriais de Saúde Mental, destacando a proposta de trabalho de grupo em que o Teatro do Oprimido, utilizado como metodologia, fortaleceu práticas antimanicomiais e de cuidado em liberdade na saúde mental. Recentemente, em publicação do Ministério da Saúde, o *Caderno HumanizaSUS* (v. 5), Almeida e Duarte (2015) relatam como o município de Guarulhos em São Paulo assumiu o *Teatro do Oprimido* como uma estratégia de cuidado em Saúde Mental. As intervenções com a proposta ocorreram desde 2006, quando o município estabeleceu parceria com o CTO-RJ e o Ministério da Saúde. Conforme as autoras, o objetivo com o uso da abordagem *boaleana* foi a de estimular o protagonismo dos participantes para que, a partir do diálogo teatral, construíssem alternativas de transformação de suas realidades. Essas publicações, ao referirem o *Teatro do Oprimido* como instrumento que estimula a expressividade, como proposta inovadora que propõe uma visão crítica da loucura e de sua discriminação, problematizam a violência e o apresentam tanto como estratégia de cuidado em saúde mental quanto como estratégia facilitadora da participação social (JOCA; SILVA, 2017).

Boal (2009b) deixou uma reflexão acerca do projeto de multiplicação do *Teatro do Oprimido* na saúde, seu objetivo seria o de promoção da saúde, estímulo ao saudável do ser humano e

contribuição para uma nova estruturação de imagens da sociedade, construindo novos significados de vida. Para o autor, saúde é a capacidade de cada um para transformar as potencialidades de seu corpo e mente. Refere o pensador: "[...] se o enfermo conseguir criar como artista, transformando seu delírio em produto visível, audível e palpável – pintura, dança, escultura, música, poesia, cinema ou cena teatral – poderá ver-se a si mesmo, pois se verá refletido em sua arte". Reforça que, "sujeito da sua criação", o enfermo recria a si mesmo "ao criar a sua obra" (BOAL, 2009b, p. 229). Essa é a hipótese boaleana: ao produzir arte, esse produtor torna-se sujeito de criação de si no mundo, estruturando-se e construindo significados acerca de si e suas relações, autor de sua própria história. A busca seria a de que pessoas em sofrimento criassem elos entre a alucinação e o real, ambos se expressando em visões estéticas. Seria uma expansão da percepção por intermédio de meios estéticos, em que os participantes exercitam sua capacidade criadora dentro de limites sociais consensuais, em um ensaio para a vida real. Nesse ensaio de ser, o usuário da política de saúde pode teatralizar seus conflitos individuais e, coletivamente, construir alternativas para a realidade opressora. "A alegria do oprimido, quando consciente, é terapêutica porque é expansiva, a tristeza é refratária" (BOAL, 2009b, p. 241). Ainda na compreensão do autor, o ser humano é essencialmente teatro e expansividade, a sociedade na sua configuração política, econômica e social é que seria a limitadora das possibilidades humanas.

Em 2016, o Ministério da Saúde apoiou um projeto intitulado *Teatro do Oprimido na Saúde Mental* em Fortaleza/CE. Análises acerca desta proposta pontuaram que a metodologia estimulou o protagonismo e a reflexividade (JOCA; LINHARES, 2016; SANTOS; JOCA; SOUZA, 2016). A dissertação de mestrado *O Teatro do Oprimido como Tecnologia de Cuidado em Saúde Mental* (JOCA; SILVA, 2017) apontou que o *Teatro do Oprimido* estimulou a expressividade dos sujeitos e o protagonismo social, além de ter favorecido o questionamento a modelos de assujeitamento na atenção à saúde seja por parte daqueles inscritos como usuários desses serviços seja por parte dos trabalhadores. A dissertação apontou a relação assimétrica vigente entre trabalhadores e usuários de saúde mental, os limites das políticas de atenção à saúde mental e as especificidades do *Teatro do Oprimido* na qualificação do cuidado, na promoção da saúde e na construção de si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta abordagem, foram apresentadas a proposta de teatro de Augusto Boal e algumas experiências no campo da saúde publicadas em diferentes meios. Apesar da incipiência de materiais abordando esta prática como atividades de cuidado em saúde, o estímulo às práticas em saúde com

esta metodologia, fortalecido pelo Ministério da Saúde, desde o início da implantação da Atenção Psicossocial no país, facilitou a formação de diferentes atores sociais para a maior qualidade do acolhimento, da integralidade da atenção e da humanização das práticas, mostrando uma grande afinidade entre qualidade da formação (valorização do aluno), qualidade da atenção (valorização do usuário) e qualidade da participação (valorização do protagonismo cidadão).

Diferentes experimentações estão em curso. Ressaltamos a importância de ampliar os conhecimentos da prática do *Teatro do Oprimido* e de veicular as criações com o método *boaleano* que estão em desenvolvimento. Embora envolvido com criação, se forem ignoradas suas características de base, a prática do *Teatro do Oprimido* pode se transformar em uma ferramenta de disciplinarização ou simples dinâmica para animar grupos. A intenção do *Teatro do Oprimido* é a libertação (desapegar-se da dominação, opressão, discriminação, violência, de estigmas e desigualdades) e a problematização da realidade social (ampliação da leitura de mundo, de vida, de si, dos entornos e dos processos sociais). Com ampla abrangência, essa proposta artístico-teatral, no campo da saúde, tem favorecido práticas potencializadoras dos sujeitos seja para a formação, a atenção ou a participação. É importante a ampliação das ações e de reflexões relativamente a elas, no sentido de compreender as raízes dessa proposta e poder construir outras possíveis intervenções artísticas, teatrais, críticas e libertárias, segundo uma ética que não desconsidere economia, filosofia, história, multiplicação, política e solidariedade, favorecendo ações em saúde compreensivas e estimuladoras da autonomia.

Boal nos oferece, com o *Teatro do Oprimido*, alternativa de intervenção pedagógica, com uma didática lúdica e participativa que, enquanto forma, habilita para a intervenção clínica, especialmente no cuidado em grupos ou de educação e promoção da saúde, podendo trazer leveza para a aula, enquanto constrói relações interpessoais e amplia a consciência de si e do mundo. O trabalho de Augusto Boal traz o teatro para a sala de aula das instituições e aos programas de ensino; o papel do educador, preceptor ou tutor ganha potência de agenciamento de saberes e fazeres com a interseção do corpo, do pensamento e de todos os órgãos do sentido. Em sua proposta, ensino e aprendizado são processos vivos e interativos. Tratando-se de uma busca em ato de formas de viver, de fazer, de ensinar e de aprender, repercute na pedagogia, na terapêutica e na ação social. Contempla uma educação, quando usado com alunos, uma clínica, quando usado com usuários, e uma mobilização social, quando usado na participação popular, que constrói cidadania, humanização, autonomia, liberdade, alteridade e familiaridade com processos coletivos.

CAMPO-EQUIPE

Ana Celina de Souza

A noção de "campo-equipe" emerge da prática de pesquisa sobre a preceptoria de campo, no contexto de equipes de saúde que são cenários de prática para a *Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade* e a *Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade*. Com a instituição da *Residência Multiprofissional em Saúde* em 2004 (BRASIL, 2008b; PASINI, 2010; FAJARDO, 2011), a função "preceptoria de campo" passa a ser desempenhada pelas mesmas equipes onde a prática de preceptoria médica já estava consolidada, visto os anos passados desde sua implantação como modalidade de formação (LOPES, 2005). Considerando que as duas formações compartilham os mesmos campos de prática, a preceptoria de campo assume função articuladora entre as duas residências (SOUZA, 2014). O qualificador "campo", para o termo preceptoria, vem do conceito utilizado por Campos (2000a, p. 220) para discutir o conhecimento e a prática ampliados ou focados em saberes profissionais. Para o autor, enquanto o "núcleo" de saberes "[...] demarca certa identidade, uma prática profissional", o "campo" de saberes se estabelece em "[...] limites imprecisos, no qual as profissões se apoiam para cumprir atividades teóricas ou práticas".

Considerando a busca da integralidade do cuidado no processo formativo das *Residências em Saúde*, os trajetos pedagógicos contemplariam certa desconstrução no saber núcleo centrado, visto que, apesar de ele buscar a excelência técnica nos fazeres da clínica, garantindo resolutividade para as necessidades dos usuários, sozinho não é suficiente. Essa aparente contradição entre afirmar e desconstruir o núcleo de saberes profissionais expõe a necessidade de uma formação integrada e multiprofissional: os profissionais seriam formados com a capacidade de reconfiguração de seu conhecimento, no contato com cada usuário, com cada território, considerando sua dinamicidade. A formação integrada e multiprofissional aponta para a integralidade do cuidado e deve ir ao encontro de uma potência que "[...] produza abertura e novas sensibilidades" (HECKERT; NEVES, 2007, p. 148).

A *Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade* e a *Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade* são formações vetorizadas por, pelo menos, duas forças: o modo de organização de cada equipe que é campo de formação e a matriz curricular mínima dessas formações. Cada "núcleo de saberes" tem elementos específicos das profissões, na matriz curricular,

que compõem com os elementos do "campo de saberes" correspondente à área de conhecimentos e práticas em que a residência se inscreve. O modo como o campo se expressa no fazer de cada equipe concreta é diversificado, pois carrega elementos comuns (organização de agendas e grupos de saúde, por exemplo) e elementos singulares (organização de projetos coletivos, seja da ordem da participação social, da gestão em saúde, da atenção ou do ensino que ali produz), concomitantemente. Trata-se de organização coproduzida entre os atores das equipes (trabalhadores de diversas categorias, preceptores, residentes, gestores e usuários) e do cumprimento de um currículo composto por sentidos e valores do cuidado.

A prática da Atenção Primária em Saúde (APS), por exemplo, é constituída por *equipes locais de referência* e, também, pelas *equipes de apoio matricial* (BRASIL, 2010b), sendo este um novo fator que irá influenciar nas práticas profissionais de cada membro e na singularização da equipe. A inserção das profissões que não estão nas equipes locais de referência deve se dar nas equipes de apoio matricial (BRASIL, 2012c). Em algumas equipes, os profissionais do apoio matricial serão vistos como especialistas e, em outras, como apoiadores. Em algumas equipes, os apoiadores terão agendas próprias com fila de espera, em outras, os apoiadores farão o cuidado em parceria com os profissionais de referência dos usuários. A intenção não é produzir modos corretos ou errados de trabalho, mas apontar que cada equipe forma o seu campo possível. Isso influenciará, diretamente, na capacidade de produzir sensibilidades e multiplicidade de conhecimentos ou, mesmo, na estagnação de conhecimentos teóricos e práticos pela instauração de "um" modelo de atenção.

Com base em Baremblitt (2002) e em Franco e Merhy (2013a), uma pesquisa sobre a preceptoria de campo em *residência multiprofissional* integrada à *residência médica*, no caso da APS, chegou à formulação da noção de "campo-equipe" como um conceito-ferramenta que possibilita:

> [...] olhar para as equipes como um campo em formação permanente. Um coletivo de pessoas, com saberes e práticas instituídas, mas que produzem a si mesmas como equipe, singular em sua invenção; que abrem e fecham seus processos de (re)produção, mantendo certa ordem estabelecida e, também, produzindo transversalidades. (SOUZA, 2014, p. 46).

Então, campo-equipe põe em evidência as equipes formadoras, de tal modo que seus componentes sintam-se pertencentes à função de orientadores de campo. A prática de ensino pelo trabalho é uma ferramenta para a educação permanente em saúde, destacando a dimensão do trabalho em saúde que ensina, orgulhosamente, aquilo que faz e que se coloca em processos de autoanálise e de autoavaliação. A presença das Residências em Saúde "nos serviços-escola" também é

“nas equipes”, trazendo à tona valores e sentimentos por parte dos trabalhadores, expondo seus compromissos técnico e afetivo com a política pública de saúde e com práticas cuidadoras. As equipes implicadas com a função preceptoria são, elas próprias, campo de aprendizagem e de prática de ensino. A equipe dispara processos de subjetivação, colocando em ação, perfis do trabalho e de trabalhadores (SOUZA, 2014).

CARTOGRAFIA

Luciano Bedin da Costa
Elisandro Rodrigues

DO QUE SE NOMEIA

Primeiro, cartografia entendida não como decalque de uma operação de mapeamento de uma área geográfica, mas a partir de territórios existenciais. Cartografia (defendida) como comportamento de *pesquisa*. Realizada no território vivo do pesquisar, como pesquisa-intervenção. Mostra-se rica por procedimentos, mecanismos e dispositivos de criação/invenção do fazer pesquisa no cotidiano. Cartografia considerada como disposição que cria desvios, importa-se com as linhas de fuga, os pormenores, os pequenos fragmentos escutados, lidos, escritos. Cartógrafo como aquele que faz, opera, pratica, reside no fazer cartografia.

MAS AFINAL, QUE DIABOS É ESSA CARTOGRAFIA?

Para além de uma metodologia científica, a cartografia deve ser entendida como uma prática ou pragmática de pesquisa (em meio a vida). Trata-se de um exercício ativo de operação sobre o mundo, não somente de verificação, levantamento ou interpretação de dados. O cartógrafo atua diretamente sobre a matéria a ser cartografada, distanciando-se do ideal positivista que prega, dentre muitas instâncias, a neutralidade, objetividade e o distanciamento necessário em relação ao seu suposto objeto.

Suely Rolnik (2006) escreve que cartografar é produzir desenhos e ir acompanhando os movimentos e as transformações que acontecem na paisagem. São instrumentos de todo cartógrafo a interação, o nomadismo, a implicação e a capacidade de afetar e ser afetado. A pesquisa de campo geralmente coloca o cartógrafo diante de um território que ele não conhece e em relação ao qual pretende fazer avançar o entendimento e as práticas de trabalho, intervindo na realidade. De acordo com Costa (2014, p. 75), o exercício cartográfico lida com a “Inseparabilidade entre conhecer e fazer; pesquisar e intervir: toda cartografia é um conhecer-fazendo”.

Virgínia Kastrup e Eduardo Passos (2013, p. 264), lembram da máxima institucionalista de que intervir na realidade é transformá-la para conhecê-la (não conhecê-la pra transformá-la), comprometendo-se ética e politicamente no ato do conhecimento. “Há uma dimensão da realidade em que ela se apresenta como processo de criação, como poiesis, o que faz com que, em um mesmo movimento, conhecê-la seja participar de seu processo de construção” (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 264). Dessa forma, pesquisar é um processo de experimentação, de junção de pistas para a criação de mapas, onde suas linhas transversais deslocam a toda leitura, formando outros mapas. O cartógrafo perambula pelas ruas, pelos espaços de pesquisa, colhendo e dando língua aos desejos e afetos produzidos.

A cartografia é uma ação cognitiva que teve suas primeiras linhas traçadas por Deleuze e Guattari ao escreverem *Mil Platôs:* capitalismo e esquizofrenia (1995). Esse “método” vem sendo utilizado nas pesquisas de campo voltadas aos estudos da subjetividade, tendo grande entrada nas pesquisas que procuram uma metodologia que agencie as criações realizadas no próprio processo de pesquisar. Segundo Rolnik (2006, p. 23):

> O cartógrafo é um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado. Está sempre buscando elementos/alimentos para compor suas cartografias. Este é o critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender. Aliás, “entender”, para o cartógrafo, não tem nada a ver com explicar e muito menos com revelar. Para ele não há nada em cima - céus da transcendência -, nem embaixo - brumas da essência. O que há em cima, embaixo e por todos os lados são intensidades buscando expressão. E o que ele quer é mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem.

A cartografia mostra-se como um processo de sistematização de conhecimentos, onde o pesquisar e a escrita estão sempre relacionados com o cotidiano de trabalho. A implicação do cartógrafo-pesquisador se faz presente desde o inicio da caminhada, nessa estrada afora por onde segue, rabiscando anotações em cadernos de campo, em pontos e vírgulas no celular, em cada olhar que chega e que sai da unidade de saúde e dos demais dispositivos da rede.

A cartografia, na escrita de Deleuze e Guattari (1995), carrega em sua concepção a ideia de rizoma. O rizoma, segundo esses autores, não começa e nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter/ser, intermezzo. A pesquisa cartográfica, assim como o rizoma, encontra-se nesse percurso entre/meio, sendo realizado conforme o passo vai sendo dado. O rizoma é uma aliança de fluxos e processos, uma conjunção do entre, do “e...e...e”, e isto, e aquilo, não se restringindo a uma

única verdade ou sentido. A cartografia acolhe os elementos aparentemente díspares e heterogêneos que encontra pelo caminho. Considerando-se como um modo rizomático de se colocar no mundo, mostra-se resistente a tudo que dicotomiza e moraliza a vida.

CARTOGRAFAR EM SAÚDE (OU NA RESIDÊNCIA)

O percurso numa residência é eminentemente cartográfico. Trata-se de territórios em permanente transição. O residente não simplesmente transita – ele coloca em trânsito os próprios territórios com seu olhar e fazer instituintes. A questão é como mapear estes movimentos sendo digno deles – cartografar não é somente narrar um percurso ou trajetória na residência. Trata-se, de acordo com Deleuze e Guattari (1995), de cartografar em prol das linhas de fuga, das forças que tensionam o instituído e que forçam/forjam novos modos de ser e habitar o espaço. Nesse sentido, o residente-cartógrafo cartografa para que novas 'residências' possam ser inventadas, para que os territórios dos dispositivos em saúde possam sofrer os abalos necessários, as ranhuras vitais de serviços que lidam eminentemente com a vida ("com o vivo nas vidas").

A cartografia não tem um único modo de utilização e de uso, não tem uma regra única ou um caminho linear para atingir o fim. A cartografia é feita de desvios, como os caminhos e os acessos realizados pelos residentes ao longo de suas respectivas jornadas. O pesquisador-cartógrafo-residente tem que inventar os seus passos e trilhas na medida em que estabelece relações e passa a fazer parte do seu próprio território de pesquisa. Ainda que exija cuidado, ética e rigor, lembre-se de que "cartografar é estar, e não olhar de fora": "só se faz cartografia artistando-se" (COSTA, 2014, p. 75-76). Sejamos, além de profissionais de saúde, um pouco artistas.

CERTIFICAÇÃO

Maria Alice Pessanha de Carvalho

O termo certificar tem sua origem no latim *certificare* que significa atestar, tornar certo, que, por sua vez, tem relação com a palavra *certus* que significa seguro, garantido e fixo. Pode-se identificar que o significado de certificar está relacionado ao ato de conferir como verdadeiro e certo, convencer da certeza, averiguar o garantido e, também, assegurar e atestar um ato realizado (MICHAELIS, 2009). Pode-se inferir que certificar é o verbo, certificação é o substantivo que expressa o ato de emitir certificado e se refere à corporificação da certificação em um documento.

Mas o que a definição de certificar, certificação e certificado tem a ver com as residências? Para responder a esta pergunta, será necessário recuperar a história das residências no Brasil e a importância dada a um documento oficial oferecido por autoridade competente que ateste e certifique a formação realizada pelas residências, ou seja, qual o lugar da certificação da residência na formação do residente? O *residente* pode ser considerado como um profissional que integra um Programa de Residência como discente, não se configurando como trabalhador e nem como estagiário. Desde esse lugar, ele realiza formação em serviço, articulando teoria e prática de uma área de atuação em saúde nas modalidades multi ou uniprofissional, sob acompanhamento de preceptoria e tutoria, embora tenha diploma de habilitação ao exercício profissional com autonomia de tomada de decisão.

Os *Programas de Residência* são formações em serviço que articulam, em um só processo, trabalho e educação em uma área profissional. Os primeiros programas tiveram natureza de aprimoramento profissional, estando voltados para médicos (ELIAS, 1987; FEUERWERKER, 1998). O termo residência se refere ao fato de que esses médicos residiam nas instituições e ficavam disponíveis em tempo integral para treinamento profissional. O histórico das residências no Brasil demostra que as *residências médicas* surgiram na década de 1940, mas que só se instituíram, por meio do *Decreto nº 80.281*, de 1977, como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, realizada por meio do treinamento em serviço sob supervisão, vinculada ou não às escolas médicas. Nesse decreto, também se constituiu a *Comissão Nacional de Residência Médica* (CNRM), responsável por

estabelecer normas de funcionamento, avaliação e credenciamento dos *Programas de Residência Médica*, o que garantiu a certificação na modalidade de residência médica desde então. O *Programa de Residência Médica* confere ao médico egresso o título de especialista, de validade acadêmica e profissional. A denominação "residência médica" só pode ser utilizada para programas que sejam credenciados pela *Comissão Nacional de Residência Médica*.

A *Residência em Área Profissional da Saúde* pode ser definida como ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada aos profissionais de interesse à saúde, caracterizada por ensino em serviço, sob a orientação de corpo docente-assistencial qualificado, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Sua origem data de período não tão distante da residência médica, mas menos popular e de oferta mais isolada não possuía uma legislação que a regulamentasse, constituísse uma comissão própria e regulasse suas atividades, não havendo como atestar, com validade nacional, a formação realizada, seja em termos acadêmicos seja em termos de especialidade profissional.

Várias experiências formativas direcionadas às profissões da área da saúde foram realizadas no país, utilizando como referência a residência médica. Para isto, era utilizada a terminologia "nos moldes da residência". Os cursos se estruturavam, utilizando o modelo da residência médica, na modalidade pós-graduação *lato sensu*, e os profissionais formados por estes cursos recebiam o título de especialistas, graças ao vínculo estabelecido com uma Instituição de Ensino Superior. Importante salientar que, para os cursos *lato sensu*, era e é exigida uma carga horária mínima de 360 horas e, para as residências, carga horária mínima de 5.760 horas, o que gerava e gera muitas divergências com as instituições de ensino, incluindo o fato de que as turmas são de ingresso anual e não a cada conclusão, que os preceptores são dos serviços e não dos quadros da instituição de ensino, que a titulação para a preceptoria não implica formação no *stricto sensu* e que a avaliação envolve manifestação dos serviços cenários de prática, não parecer ou nota de um docente ministrante. Os certificados, tanto para os cursos *lato sensu* quanto para as residências, possuíam o mesmo valor para comprovação de titularidade de curso de especialização. Os cursos oferecidos por instituições do serviço, cursos ligados à escola sem vinculação com universidades e cursos de aprimoramento ou aperfeiçoamento, mesmo que por universidade, tinham um agravante relacionado à não possibilidade de atestar esta formação com certificação de *lato sensu*, tinham como alternativa a emissão de declarações, atestados de conclusão e certificado de extensão.

Essa dificuldade está registrada no livro *Residência Multiprofissional:* experiências, avanços e desafios, publicado em 2006:

> Enquanto a Residência Médica tem sua certificação assegurada pela CNRM, as demais profissões que integram a Residência Multiprofissional, quando vinculadas a uma universidade, têm sua certificação como especialização, mas não na modalidade residência, com as especificidades que a caracterizam. [...] Embora os trabalhadores formados nesses programas de residência recebam certificação de curso de especialização, a carga horária cumprida, bem como o custo da modalidade residência são bem maiores. Como pode o Governo justificar o alto investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica? (BRASIL, 2006c, p. 07).

A *Residência em Área Profissional da Saúde* foi regulamentada pela *Lei Federal nº 11.129*, de 30 de junho de 2005, com os objetivos de: (1) qualificação de jovens profissionais para inserção no SUS; (2) cooperação intersetorial – responsabilidade conjunta dos setores da educação e saúde; (3) trabalho em regime de dedicação exclusiva; (4) constituição de estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o SUS.

A partir da regulamentação da *Residência em Área Profissional da Saúde*, intensifica-se o movimento dos segmentos envolvidos – residentes, preceptores, tutores e coordenadores de programa - para estabelecer os princípios orientadores, os marcos pedagógicos, políticos e conceituais que vão qualificar a inovação desta estratégia de formação para o SUS e, especialmente, o marco legal para certificar os residentes já formados e sem certificado de residência. A organização se efetivaria por meio de *Seminários Nacionais* que contribuiriam tanto para a disposição de encontro entre os segmentos (coordenadores, preceptores/tutores e residentes) – na construção da proposta de um Sistema de Saúde que também fosse espaço formativo – quanto para estruturação estratégica desta política. Nesse sentido, a articulação entre os segmentos; setores do movimento social organizado, especialmente das entidades profissionais; Ministério da Saúde e Ministério da Educação foi fundamental para o passo inicial de desenvolvimento um regime específico de formação.

A articulação entre os diferentes segmentos das residências (*Fóruns de coordenadores, de preceptores/tutores e de residentes*) e representações das entidades profissionais se organizava não somente para questões relativas à certificação, mas, especialmente, ao potencial transformador desse processo formativo nas práticas do sistema de saúde.

> A *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* – CNRMS [...] é coordenada conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação e tem como principais atribuições: avaliar e acreditar os programas de Residência [...] em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira; credenciar os programas de Residência [...] em Área Profissional da Saúde, bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo; registrar certificados de Programas de Residência [...] em Área Profissional da Saúde, de

> validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa. (BRASIL, 2009b, p. 7-8).

A regulamentação das residências e a criação da CNRMS foram acompanhadas por intensas discussões, promovidas pelos diferentes segmentos com o intuito de produzir reflexões e construir consensos sobre o que se desejava para os programas. Foi a Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), revogada em 12 de novembro de 2009, em seus demais aspectos, manteve a CNRMS, como o órgão deliberativo de caráter colegiado, guiado por diretrizes emanadas pelas instâncias de gestão do SUS, e atendendo às atribuições de credenciar instituições para oferta de Programas; autorizar, reconhecer e renovar o reconhecimento dos Programas; sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos Programas, mediante supervisão; registrar certificados, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do Programa.

Durante quase três anos, a CNRMS teve sua legitimidade fragilizada e, por quase dois anos, não pode se constituir por dificuldades legais relativas a inclusão da participação dos fóruns de coordenadores, preceptores/tutores e residentes. Em abril de 2014, a plenária da CNRMS é recomposta. Com uma nova CNRMS, várias discussões e deliberações, oriundas de diversos Seminários Nacionais, encontros, oficinas e cartas abertas, puderam ser incorporadas, mas essa pauta tem se constituído como um debate permanente e presente nas reuniões plenárias da CNRMS. A luta pela construção de uma política para as residências em área profissional da saúde parece ser ação contínua e inconclusa.

Finalmente, somente com a publicação da *Resolução CNRMS nº 7*, de 13 de novembro de 2014, que regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas, foi possível iniciar um processo de validação do certificado de conclusão como residência, não mais como curso de especialização ou aperfeiçoamento. No entanto, para o reconhecimento de *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde*, o credenciamento atender a um conjunto de requisitos ainda não implementados: cadastro atualizado no sistema de informações da Residência no Ministério da Educação, credenciamento da instituição proponente, autorização de funcionamento, visita de avaliação *in loco*, reconhecimento, supervisão e renovação do reconhecimento.

A *Instituição Proponente* será uma instituição de ensino ou uma organização pertencente ou integrada à estrutura gerencial ou funcional do SUS, voltada à formação de profissionais na área da

saúde na modalidade de residência. *Instituições Proponentes* podem ser: (1) instituições de ensino superior que realizem atividades de formação em serviço em unidades próprias ou por meio de convênios ou contratos com estruturas do Sistema Único de Saúde; (2) organizações e instituições governamentais de outros setores das políticas sociais ou não governamentais que prestem serviços ou realizem ações de interesse à saúde; (3) organizações não governamentais integrantes do setor da saúde, amparadas na prestação de ações e serviços justificados pelo padrão epidemiológico e demográfico local ou nacional, de acordo com parcerias na integração com as políticas públicas de formação, provenientes da área da saúde ou da área da educação. A *Instituição Proponente* de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde deverá constituir uma única Comissão de Residência Multiprofissional/Comissão de Residências Multi ou Uniprofissionais em Saúde (COREMU).

A *Certificação*, enfim, na Residência, é a declaração formal que confere "verdade" à titulação de especialista em determinada área profissional cursada pelo residente, emitida pela instituição proponente responsável pela execução do programa e validada pela CNRMS como autoridade legal. A certificação deve declarar: (1) titulação de especialista *lato sensu* na modalidade residência; (2) nome da instituição proponente responsável pela execução do programa; (3) nome, documento de identificação oficial e categoria profissional; (4) nome, tipo e área de concentração do programa; (5) carga horária total e período de execução do programa; e (6) assinatura do responsável pela instituição, do coordenador do programa e do egresso.

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Márcia Maria Santos da Silva
Maria José Galdino Saraiva
José Reginaldo Feijão Parente
Maria Socorro de Araújo Dias
Fernando Antônio Cavalcante Dias
Francisco Élder Escossio de Barros

A institucionalização da *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde* (SGTES), no Ministério da Saúde, deu operacionalidade ao Art. 200 da *Constituição Federal*, que confere ao *Sistema Único de Saúde* (SUS) a competência de ordenamento da formação na saúde, inaugurando uma forma compartilhada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação de gerir essa formação. Nesse contexto, ganha visibilidade, dentre outras ações, a proposta de regulamentação das *Residências em Saúde* como estratégia que visa a minimizar o distanciamento entre os mundos acadêmico e da prestação dos serviços de saúde (BRASIL, 2006c). Em termos legislativos, em 2007, foi publicada a *Portaria Interministerial nº 45*, que dispôs sobre a *Residência [...] em Área Profissional da Saúde* e instituiu a *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS)[1]. Em tal *Portaria*, os Ministérios da Saúde e da Educação reconhecem a Residência como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* e instituem o *Programa Nacional de Bolsas*, criado com a finalidade de incentivar a formação de especialistas, na modalidade residência. Em 2009, a *Portaria Interministerial nº 1.077* constituiu a CNRMS como responsável por credenciar, avaliar e acreditar os *Programas*. Na perspectiva de contribuir com a organização e o funcionamento dos programas, a CNRMS normatizou a criação de *Comissões de Residência Multiprofissional* (COREMU)[2], por meio da *Resolução nº 02*, de 02 de maio de 2010. Contudo, após a *Resolução nº 7*, de 13 de novembro de 2014, que regulamentou os processos de avaliação, supervisão e regulação dos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde*, foi publicada a *Resolução nº 1*, de 21 de julho de 2015, como novo regulamento às COREMU.

[1] A CNRMS, na prática, se faz representar como Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde.

[2] A COREMU, na prática, corresponde a uma Comissão de Residências Multi e Uniprofissionais (em Saúde).

A instituição proponente de programas de *Residência em Área Profissional da Saúde* deve constituir uma única COREMU, abrangente de todos os seus programas. Instituição proponente é aquela que oferece programa de residência. A COREMU é instância de caráter deliberativo atendendo às atribuições de: coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento dos Programas de Residência; acompanhamento do plano de avaliação de desempenho dos residentes; e definição de diretrizes e editais relativos à condução do processo seletivo de candidatos.

A COREMU constitui órgão colegiado composto de coordenador e seu substituto escolhidos dentre os membros do corpo docente-assistencial; coordenadores de todos os programas da mesma instituição; representação dos residentes, dos preceptores e dos tutores de cada programa; e representação do gestor local do sistema de saúde. A COREMU deve ter seu Regimento Interno aprovado e dele constarão outras representações, a critério da instituição, assim como duração dos mandatos e a possibilidade de recondução de membros, cronograma anual de reuniões, com frequência mínima bimestral e registro de atas, que deverão estar disponíveis à consulta de seus membros e à CNRMS.

Reconhece-se, também, que a COREMU, para além das suas atribuições regulatórias, é uma instância que expressa dimensões políticas e pedagógicas. Por política se quer dizer ser um espaço onde diferentes atores manifestam seus interesses e pontos de vista. Lugar também de tensionamentos e disputas de poder. Já em relação à dimensão pedagógica se infere, em função do seu caráter colegiado, ser esta comissão um lugar de troca de saberes e de aprendizagens, de reflexão de práticas e valores. Politicidade e pedagogicidade contribuem para o processo de fortalecimento dos programas de residência, bem como para a formação compartilhada entre os vários atores que participam da COREMU. Convém, ainda, destacar aspectos intrínsecos à COREMU que não estão estabelecidos legalmente: ela se configura como um espaço singular de aprendizagem e de encontro entre pares. Nesse sentido, evidencia-se o caráter político e pedagógico do espaço. Freire (2011, p. 68) define a Politicidade como "[...] a qualidade que tem a prática educativa de ser política, de não poder ser neutra". Dessa forma, as práticas educativas não se tornam políticas conforme o contexto; elas são, em sua essência, políticas. Requerem, portanto, visão crítica e consciência de mundo. A COREMU se apresenta como espaço que favorece o diálogo entre pares, possibilitando o exercício da autonomia dos participantes e posturas democráticas. A comunicação é uma das primeiras necessidades dos seres, e o diálogo se mostra como uma exigência à existência, conforme defende Freire (2005). Para o

educador: “o diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu” (FREIRE, 2005, p. 91).

Assim, a COREMU tem um potencial transformador, à medida que converge tensionamentos e disputas de poder, que podem (e devem) culminar em consensos ou dissensos, de forma a contemplar o diálogo. Pretende-se que sejam esgotadas todas as possibilidades de argumentação e de escuta, antes de resolver situações-problema por meio de simples votações que não fomentam a troca, o diálogo e o aprendizado. Evidencia-se a necessidade da participação de todos os membros da COREMU, como participantes do processo de ensino, aprendizagem e gestão dos *Programas de Residência em Saúde*. Conforme Libâneo (2003, p. 329), a participação se relaciona com o princípio da autonomia, “[...] que significa a capacidade das pessoas e dos grupos para a livre determinação de si próprios, isto é, para a condução da própria vida”. Como a autonomia opõe-se às formas autoritárias de tomada de decisão, sua realização concreta nas instituições se dá pela participação na livre escolha de objetivos e processos de trabalho e na construção conjunta do ambiente de trabalho (LIBÂNEO, 2003).

Outro aspecto fundamental que dialoga diretamente com o princípio da autonomia é o de ser a COREMU uma instância democrática onde participação, dialogicidade, respeito à diversidade e o direito ao contraditório são valorizados. O ideal democrático deve se manifestar não apenas no direito ao voto por parte de seus membros, mas, sempre que possível, no esforço de radicalizar o diálogo, tentando produzir decisões na lógica do consenso. Assim, a COREMU tem um potencial transformador, à medida que converge tensionamentos e disputas de poder em processos coletivos de elaboração mais complexa dos consensos ou dissensos, de forma dialógica. Finalmente, a concepção de COREMU que se traz, aqui, não é apenas a do lugar da regulação e de sistematização de processos referentes às Residências em Saúde; mas de ser um espaço plural, dinâmico, articulador que se soma a outros lugares que fazem o cotidiano das residências, a exemplo dos territórios, dos serviços de saúde e dos diversos equipamentos que são colocados à disposição dos programas de residência; e até dos “não lugares” como os das relações intersubjetivas que atravessam o cotidiano das residências na área da saúde.

CONTROLE SOCIAL

VANIA ROSELI CORREA DE MELLO

A experiência com o controle social nas residências envolve o processo ensino-aprendizagem que se dá nos espaços de participação social – um dos eixos estruturantes da formação de trabalhadores na modalidade da *Residência em Saúde*. Como arena de debates, formulação de projetos e planos, definições, fiscalização e avaliação das ações e serviços no campo da saúde, os espaços de controle social contribuem para a formação de trabalhadores atentos e comprometidos com a dinâmica dos territórios de vida, trabalho e saúde, ao mesmo tempo em que a residência, por seu caráter estrangeiro e transitório, pode operar deslocamentos importantes no funcionamento desses espaços, muitas vezes, paralisados pela institucionalidade conquistada. A trajetória da saúde no Brasil carrega as marcas de sua história. A intensa mobilização da sociedade na luta pelo direito à saúde, que culminou com a criação do *Sistema Único de Saúde* (SUS), é uma delas. Gravada na *Constituição Cidadã*, a "participação da comunidade" se configura como um dos princípios organizacionais do SUS, isto é, dar lugar à inclusão dos diferentes atores envolvidos na construção da política de saúde. As instâncias de controle social representam uma das muitas conquistas alcançadas em mais de um quarto de século de sua existência.

Ainda que os mecanismos de participação e de gestão descentralizada não sejam peculiaridades da área da saúde, o pioneirismo na construção e implementação do SUS tem servido de inspiração para a construção de mecanismos similares em outros setores das políticas públicas. Devido às conquistas inegáveis em termos de expansão do acesso a ações e serviços de saúde e de inclusão social, a área da saúde é considerada como modelo no que se refere à constituição de políticas públicas universalistas no país (CÔRTES, 2009). Em uma análise histórica da participação social no setor da saúde no Brasil, Escorel e Moreira (2008) assinalam que a participação da população começou antes mesmo da criação do SUS, por meio de conselhos comunitários, populares e administrativos que, ainda nas décadas de 1970 e 1980, buscavam viabilizar a participação da população. Nas últimas quatro décadas, no entanto, houve mudanças substantivas na forma de participação.

A categoria "participação social" ganha força a partir da década de 1990, deixando de se referir somente à participação das classes excluídas, passando a reconhecer a diversidade de interesses e de projetos existentes. Nessa concepção, a participação é entendida como direito de cidadania e é em plena transição democrática e efervescência política no Brasil, no final da década de 1980, que os movimentos sociais se organizam clamando por mudanças na área da saúde através de um extenso processo de lutas que ficou conhecido como *Movimento da Reforma Sanitária* ou *Movimento Sanitário Brasileiro*, que mobilizou especialistas, acadêmicos, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores, políticos e profissionais de saúde críticos da organização do sistema de saúde vigente no país: "suas propostas eram inspiradas nos princípios defendidos na *Declaração dos Cuidados Primários de Saúde* e nos modelos inglês e cubano de atenção à saúde" (CÔRTES, 2009, p. 1628). Dimensões fundamentais presentes nas propostas defendidas pela *Reforma Sanitária*, como a integralidade da atenção, a unificação do sistema de saúde, a descentralização da gestão e a participação social, foram incorporadas ao marco legal e, em torno delas, o movimento social se fortaleceu e se ampliou, incorporando cada vez mais novos atores no processo de luta por sua implantação (BRASIL, 2009a). Na tentativa de superar as dificuldades impostas por esse desafio, diversas estratégias são estabelecidas e um importante arcabouço legal é constituído.

A participação da comunidade (ou participação popular) no SUS foi regulamentada pela *Lei nº 8.142*, de dezembro de 1990, por meio das conferências e conselhos, instâncias colegiadas que instituíram um sistema de controle social. Desde a *Constituição Federal* e a *Lei nº 8.142/90*, a participação e controle social são amplamente reforçados em políticas, programas e resoluções como a *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS*, implantada em 2006, que estabelece, entre outras atribuições, que compete aos *Conselhos de Saúde* a elaboração dos planos de ação e metas e a constituição das *Comissões Permanentes* para o acompanhamento desta política. Contudo, observa-se a necessidade de revigorar a perspectiva ético-estética-política presente no *Movimento da Reforma Sanitária*, em sua defesa de uma sociedade mais justa e solidária, que se efetiva por meio da mudança das práticas concretas de saúde.

Investir na formação de trabalhadores consiste em uma estratégia de afirmação da educação em saúde e de seu potencial de contribuir para a sustentabilidade do SUS. A Constituição de 1988 definiu que é de competência do *Sistema Único de Saúde* ordenar a formação da força de trabalho e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde (Art. 200, incisos II e IV), atribuição também presente na *Lei nº 8.080/90* (Art. VI, inciso III). A modalidade de ensino proposta

pelos programas de residência orienta-se pela formação em serviço e implica o compromisso com uma formação que se desenvolve no território vivo da saúde, contemplando uma distribuição significativa e qualificada de atividades. Desse modo, é responsabilidade das instituições formadoras a garantia das condições necessárias e suficientes para um percurso formativo que viabilize, como aponta Ceccim (2005), a interface entre as dimensões do ensino, da gestão do setor saúde, do ordenamento das práticas de atenção e da participação social. Considerando que as referências, a partir das quais nos constituímos como trabalhadores, repercutem nos modos de perceber, pensar, intervir e sentir, é indispensável, também, que os programas de residência sustentem espaços que instiguem a discussão e a reflexão sobre os sentidos do trabalho (MELLO, 2002). A "[...] análise histórica e política das relações constituídas e das lutas travadas para que se constitua um protagonismo nessa participação" (SILVEIRA; VARGAS, 2014, p. 277), estimulam a "[...] construção de trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos" (BARROS; PASSOS, 2005, p. 393).

Em que pese suas contradições, impasses e jogos de força que, muitas vezes, "[...] impedem o diálogo com a experiência e o desejo dos sujeitos neles implicados" (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005, p. 234), é fundamental o compromisso com a garantia de condições para uma participação crítica e qualificada nos espaços de controle social, sinalizando disposição para a construção de alternativas às dificuldades e obstáculos que se apresentam nos espaços de controle social e que, em grande parte, nos exigem "[...] a invenção de estratégias de produção que não falem *das* experiências desses sujeitos, mas que se construam no diálogo *com* elas" (GUIZARDI; PINHEIRO; MACHADO, 2005, p. 236). Destaca-se, portanto, que a interferência entre o controle social e os processos de formação carrega, em si, a possibilidade de disparar movimentos de estranhamento recíprocos, capazes de desnaturalizar modos de existência pouco porosos à escuta, ao diálogo e à alteridade. Manter acesa a chama a partir da qual o SUS se consolida como política pública requer ativar protagonismos, ampliar a tomada de consciência, inventar possibilidades, viver e afirmar a vida.

CUIDADO

Carla Garcia Bottega
Thiele da Costa Muller Castro

O cuidado em saúde pressupõe a participação do usuário em seu tratamento, seja na forma de atendimento ou na decisão acerca do que será feito em relação à sua saúde. Para Merhy (2013a, p. 174-175), o cuidado em saúde produz um espaço intercessor entre o trabalhador da saúde e o usuário, semelhante à "construção de um espaço comum". Um encontro entre o "agente produtor" e o "agente consumidor", em que são colocadas em ato as intencionalidades, os conhecimentos e as representações, a expressão de sentimentos e as elaborações das necessidades em saúde. E completa: "[...] no mundo do trabalho em saúde a principal finalidade que governa a construção dos atos produtivos é a produção do cuidado" (MERHY, 2013c, p. 255).

Pensar o cuidado dentro da estrutura de organização do trabalho na saúde implica considerar um sistema de saúde cuidador. De acordo com Pinheiro (2009, p. 112-113), o "cuidado em saúde" não remete a um procedimento técnico, mas a uma ação da integralidade da atenção, isto, é, envolve significados e sentidos voltados ao acolhimento do 'direito de ser'. Por exemplo, cuidar das diferenças de ser, como etnia, gênero, raça; cuidar das deficiências ou patologias como necessidades específicas; cuidar da participação dos usuários na construção de seu projeto terapêutico e do acesso às diferentes práticas terapêuticas; cuidar para que a sensação de ser bem cuidado seja real.

O cuidado é, então, fruto das interações entre usuários, trabalhadores da saúde e instituições. Essas relações, interações e encontros vão produzir tratamento com qualidade que tem, como componentes, acolhimento, vínculo e acompanhamento. Um sistema de saúde cuidador envolve "[...] o tratar, o respeitar, o acolher, o atender" em meio à fragilidade, inclusive a social, "com qualidade e resolutividade [...]" (PINHEIRO, 2009, p. 113). Engloba escuta, respeito ao sofrimento do usuário e sua história, pois aquele que busca atendimento pressupõe o encontro de cuidado e acolhimento à sua demanda (PINHEIRO, 2009a; MERHY, 1997; 2013a). Entende-se, aqui, que o cuidado em saúde pressupõe uma ética do cuidado e a construção de redes (FRANCO, 2006), ética esta que pode ser experienciada no processo de formação das residências em saúde, com um tom de curiosidade e

crítica, experimentação de si e apreciação do sistema de serviços em que nos inserimos. A Residência oferece um "outro" lugar ao sujeito em formação, onde ele triangula entre ser estudante, ser profissional e ser usuário, estando mais livre para pensar sobre as práticas de saúde nos serviços e criar um processo crítico de reflexão sobre os tipos de cuidado (ou não cuidado) oferecidos.

Tendo o usuário como "guia" da atenção, a partir de suas necessidades, o cuidado, segundo Franco (2006), deve ser produzido em rede. Isto porque a atenção não se esgota no atendimento individual ou fragmentado a cada queixa individual. As redes se constituem internamente nos serviços de saúde, especialmente no interior dos processos de trabalho, criando conexões, comunicações, inter-relações e construção de novos procedimentos cotidianos. Durante o processo de formação em serviço, o residente é contemplado com a liberdade do tempo ou com o tempo do estudar, que lhe permite observar e pensar a estruturação da rede, quando os trabalhadores, muitas vezes já envolvidos com outras demandas, não estranham mais o cotidiano do trabalho. Portanto, a residência é um momento de formação e ação, não apenas contemplação quanto ao sistema e às possibilidades de linhas de cuidado, redes integradas, fluxos acolhedores. O cuidado em saúde e a construção de redes de atenção pressupõem uma modificação ou transformação das estruturas e relações presentes, assimilando novas informações e tecnologias, para o desenvolvimento de mudanças e superação de situações impostas pela realidade, como as transformações no trabalho nas últimas décadas, que se refletem nos serviços de saúde, nos profissionais e nos usuários-trabalhadores.

Para Franco e Merhy (2013b), estas relações podem ser de duas formas: sumárias e burocráticas, com a produção de procedimentos em atos prescritivos, ou atentas e estabelecida em atos aproximativos, uma relação em processo. Os autores descrevem três tipos de tecnologias em saúde que auxiliam na reflexão de sua incorporação nas práticas assistenciais: as leves, as leve-duras e as duras, com disposições ao outro, conhecimentos técnicos e uso de instrumentos. As tecnologias leves têm um caráter relacional e são construídas entre trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, que, nesta relação, constroem o cuidado. Nestas, estão presentes a construção do vínculo, do acolhimento e da responsabilidade em relação à produção de saúde, pois há, nas práticas, uma predominância das relações. Já as tecnologias duras estão inscritas nos instrumentos, pois sua estrutura constrói certos produtos da saúde. Assim como as estruturas organizacionais, que podem ser denominadas de trabalho morto, na medida em que anteriormente passaram por uma produção humana, mas atualmente "são estruturas cristalizadas", ou ainda como as máquinas, por exemplo,

(MERHY, 1997). E, as leve-duras, são produzidas a partir do conhecimento técnico bem estruturado, num misto de saberes da prática e aqueles formalizados em protocolos (MERHY, 1997).

Mesmo que os componentes tecnológicos do ato de cuidar coexistam no processo produtivo em saúde, a variação se dá nas possibilidades de combinação entre eles. Dessa forma, temos, então, uma proposição de cuidado em saúde que pressupõe a articulação em redes, promotoras de saúde, ancoradas nas tecnologias leves e leveduras, em atendimento às necessidades demandadas pelos usuários que buscam os serviços de saúde e esperam que, nesse encontro profissional-usuário, exista uma escuta e resolutividade. Entende-se que, para a construção de *Linhas de Cuidado*, é imprescindível que seja abordada a escuta, como instrumento/ferramenta desse processo, assim como a integralidade, o acolhimento e o vínculo na abordagem ao usuário, a construção do plano ou projeto terapêutico - que é singular para cada sujeito -, bem como, e por demais importante, a discussão com os profissionais da saúde, que atendem ao usuário e que são co-construtores do atendimento.

Conforme referem Merhy e Franco (2013b), não há cuidado em saúde sem integralidade. A integralidade, conforme preconizado na *Lei nº 8.080/90* (BRASIL, 1990), é um princípio da política de saúde brasileira "[...] que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço" (PINHEIRO, 2009a, p. 255). A integralidade, como modo do organizar as práticas de saúde, exige uma superação da fragmentação e divisão das atividades dos serviços de saúde, com certa horizontalização (PINHEIRO, 2009a; MERHY; FRANCO, 2013b). A integralidade é uma estratégia concreta de uma construção coletiva que busca, na prática, superar obstáculos e propor inovações nos serviços de saúde, repensando conceitos, noções e definições que norteiam o sistema de saúde (PINHEIRO, 2009a). Para que a integralidade seja concretizada, como direito, é importante que três dimensões sejam mobilizadas: "[...] a organização dos serviços; os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde; e políticas governamentais com participação da população" (PINHEIRO, 2009a, p. 259). Como exemplo do alcance da integralidade, temos o acolhimento, o vínculo e a responsabilização na gestão da clínica. É no processo de formação ensino-serviço que emerge a possibilidade de repensar a política das relações, a ética dos cuidados e a responsabilização com o humano, sujeito de desejo, fazendo o contraponto entre o que era e o que pode ser oferecido em serviços de saúde. O não estar completamente inserido em apenas uma das categorias (usuário, trabalhador, aluno) faz com que o sujeito não incorpore certos sintomas institucionais que bloqueiam a percepção sobre os processos, abrindo espaço para a crítica sobre as relações em saúde. O vínculo,

ou a construção de laços, é um fator de potencialidade para os percursos e caminhos possíveis para o usuário na construção de um projeto terapêutico singular. Para Malta e Merhy (2010), o itinerário do usuário pela Linha de Cuidado pressupõe uma rede de serviços que suporte as ações necessárias para a composição de um projeto terapêutico que seja adequado e que conduza o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis.

O projeto terapêutico pressupõe, então, uma construção entre usuário e profissional, ou equipe de saúde, sobre propostas e/ou condutas de cunho terapêutico a serem trabalhadas em determinado momento, como um cuidado específico em saúde. O projeto deve se embasar em uma avaliação diagnóstica e, a partir dela, conter ações com perspectivas de curto, médio e longo prazo. Preferencialmente, a situação do usuário e o seu projeto terapêutico devem ser acompanhados pela equipe do serviço que pode necessitar de apoio matricial. Um projeto deve estar sempre sujeito à reavaliação devido às situações de vida não serem estanques e estarem suscetíveis aos mais diversos acontecimentos (BRASIL, 2008a). É importante, também, que, além dos recursos de saúde disponíveis, dentro do sistema, levem-se em conta as redes de apoio sociais existentes na comunidade do usuário, além da participação ativa da família (sempre que possível), conforme já apontado (MALTA; MERHY, 2010). O projeto terapêutico se constitui, também, como uma possibilidade do profissional da saúde e da equipe repensar suas práticas na medida em que estas se fazem a partir de uma construção coletiva, possibilitando, assim, a reorganização dos atendimentos, dos serviços e da rede disponível para oferecimento. É um momento, ao mesmo tempo, de corresponsabilização e pactuação entre o profissional e o usuário que se comprometem em buscar uma melhoria de saúde individual, mas com uma proposta coletiva.

Continuando a pensar a construção de redes integradas, linhas de cuidado, fluxos de acolhimento e gestão da clínica, Franco e Magalhães Júnior (2007, p. 130) propõem que trabalhemos com a imagem de linha da produção de cuidados, que parte da atenção básica ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema de saúde e se desenha entre os diversos âmbitos assistenciais. Como o usuário é o guia da Linha de Cuidado/Gestão da Clínica, seu acesso pode se dar por diferentes formas ou serviços e recursos tecnológicos de que necessite. Ao mesmo tempo, a atenção básica como acesso universal prioritário e vínculo local de território organiza o fluxo, sendo responsável pelo cuidado longitudinal e pela estruturação do projeto terapêutico em conexão com a vida social. A *Unidade Básica de Saúde* (UBS) ou a *Estratégia Saúde da Família* (ESF), assim, garante o trânsito entre os

âmbitos necessários da atenção, mantendo o vínculo com a equipe local e a continuidade do acesso, podendo envolver de uma visita domiciliar a uma internação hospitalar.

Franco e Franco (2008, p. 1), ao apresentarem *Linhas do Cuidado Integral*, referem que a:

> Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

Verifica-se, nesta proposta, uma "quebra" no modo de intervenção clássico no qual o usuário precisa se moldar ao que é oferecido, não o contrário. As ações de cuidado devem ser construídas e pactuadas coletivamente a partir do acolhimento feito pelo profissional da saúde e de sua responsabilização pelo que o usuário apresenta. Isto é possível na medida em que os processos de trabalho são repensados no sentido de fazer uma escuta atenta e qualificada, além de encaminhamentos mais resolutivos, seguros e acompanhados pelo serviço e equipe.

Ceccim e Ferla (2006), por exemplo, propõem o diagrama de uma mandala para uma "linha" de cuidado orientada pela integralidade. O desenho da mandala - diverso da pirâmide, hierarquizada e vertical - representa rede, fluxos, movimento sem necessariamente um acesso específico de entrada ou saída. Os pontos são pontos de rede que articulam dispositivos dinâmicos e flexíveis para as necessidades em saúde. Em algumas políticas de saúde, como a de saúde mental, da mulher, da criança e do adolescente, por exemplo, já foram constituídas linhas de cuidado que tem sua efetividade experimentada no sistema de saúde brasileiro e resultante em sistema de redução do tempo de internação, volta pra casa, atendimento ou internação domiciliar, articulações intersetoriais etc. (CECCIM; FERLA, 2006). Independente do desenho que possa ser organizado como balizador para a construção das linhas de cuidado, segue-se Franco e Magalhães Júnior (2007, p. 131), que apontam que "[...] desenvolver as linhas de cuidado e colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do Sistema Único de Saúde". O olhar crítico, possibilitado ao aluno-profissional durante a residência, é uma das apostas de possibilidade de um outro acontecer, um acontecer político e ético na relação com o usuário, de respeito e coparticipação em seu cuidado.

CURRÍCULO INTEGRADO

Liliana Santos
Mônica Lima de Jesus

A relação entre o trabalho na saúde, as necessidades humanas e a formação profissional ganha centralidade na discussão sobre as *Residências em Área Profissional da Saúde* (multi ou uniprofissionais), visto que esta modalidade de formação tem como centro os processos de trabalho estabelecidos no cotidiano dos serviços de saúde. Entendemos *trabalho em saúde* como capacidade de mobilizar saberes e práticas com o objetivo de satisfazer necessidades e resolver problemas de saúde das populações e dos sistemas de saúde. Um currículo sistematiza conhecimentos e estabelece trajetórias. Sendo assim, a noção de currículo aproxima-se ao que Macedo (2008) identifica como *artefato pedagógico*, ou seja: um conjunto de tramas e tensões que vai definindo paulatinamente, explicita ou implicitamente, a vida de um determinado processo educativo. Nesse sentido, o desenvolvimento de processos educativos no âmbito das residências está diretamente ligado a escolhas tecnopolíticas conectadas a distintas composições de campos de força e interesse. Estas escolhas, por sua vez, abrem linhas de ação e análise, mediadas por poderes e sensibilidades de distintas dimensões.

Vale aqui mencionar o pensamento de Boaventura de Sousa Santos, ao se referir à crise de legitimidade de Universidade. Para ele, o próprio desenho de formação universitária está em xeque, visto que as demandas oriundas dos mais diversos espaços sociais tornam-se invisíveis ao mundo ilustrado: apenas o conhecimento científico tem legitimidade nos círculos acadêmicos, sendo, muitas vezes, um conhecimento construído a partir de interesses de conservação e manutenção da ordem social instaurada e a serviço do modo de produção capitalista (SOUSA SANTOS, 1995). Partindo dessa reflexão, a noção de currículo integrado associado às Residências possibilita a produção de trajetórias educativas que se orientam pelas práticas desenvolvidas junto a sistemas e serviços de saúde em conexão às necessidades e problemas de saúde da população, na perspectiva da intersetorialidade. A noção de integração, dessa forma, está relacionada à compreensão de que tanto oferta de conhecimentos estruturados na tradicional perspectiva das disciplinas quanto a articulação destes

com as práticas desenvolvidas junto ao cotidiano dos serviços dialogam de forma articulada, o que chamamos de integração horizontal e vertical. Trata-se da oferta curricular em constante movimento, onde as articulações teoria-prática, ciência-política e cuidar-organizar se evidenciam nas relações cotidianas inerentes ao processo formativo. A oferta de atividades integradas e integradoras, que contemplem a compreensão e solução de problemas práticos que envolvam questões do processo saúde-doença-cuidado de determinadas populações e a produção de conhecimentos relacionada a estes processos podem se configurar em experiências de currículo integrado.

A noção de *transdisciplinaridade*, sistematizada por Almeida Filho (2000), remete à constituição de um sujeito anfíbio, *operador transdisciplinar da ciência*, que transita durante a sua formação e experiência de trabalho em áreas diversas de conhecimento, desenvolvendo uma sensibilidade privilegiada para a articulação de saberes e o manejo da complexidade dos fenômenos (objetos complexos), não sendo prevista necessariamente a mudança dos campos de conhecimento, mas, sim, maiores possibilidades de compreensão dos objetos complexos.

A proposta de formação mediada por currículos integrados poderá contribuir para a formação desses sujeitos anfíbios, com etapas sucessivas de formação-socialização-endoculturação em distintos campos científicos, na perspectiva do protagonismo científico e político, agregando, ainda, uma capacidade sensível, observadora e protagonista de transformações no campo da saúde e na sociedade como um todo. Nesse sentido, Ceccim e Ferla (2008) ressaltam a importância da relação educação-saúde-cidadania no cotidiano do ensino em ciências da saúde, demarcando, inclusive, que é esse imbricamento que atravessa o próprio movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Os autores destacam que a formação tradicional de profissionais de saúde distancia a clínica da política e fragmenta os atos de cuidado e a gestão. Defendem que se torna necessário que os educadores abandonem a segurança do modelo pedagógico tradicional e "[...] assumam posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas" (CECCIM; FERLA, 2008, p. 449). A perspectiva de trabalho educativo pela via dos currículos integrados possibilita uma aproximação entre o aprendizado, a produção científica e a transformação das condições objetivas de vida da população, gerando novos olhares, fazeres e, principalmente, sensibilidades sobre o que seja fazer saúde na contemporaneidade.

CURRICULOGRAMA

Luciano Bedin da Costa

Em uma perspectiva etimológico-semântica, currículo nos parece bem mais interessante do que costumeiramente compreendemos, como mero conjunto de disciplinas que orientam um processo pedagógico. Tomemos, então, carona com o que Castello e Máralém (2007, p. 86-86) nos oferecem acerca do termo: decorrente do latim, *curriculum* partiria do diminutivo de *currus*, fazendo uma alusão tanto a uma "corrida" como "aquilo que corre ou faz correr" – *cursus*. Semanticamente, diz respeito ao combate, a jogos que alimentam e fazem com que determinada corrida ocorra, assim como à energia ou força necessária para que algo se ponha a correr. Para além de um finalismo ordenador – que o colocaria em função de um *fim* (= aprender determinada questão ou habilidade) e de uma *finalidade* (= produzir determinado tipo de sujeito, aluno, profissional) –, o termo currículo nos reserva um quantum de energia potencial capaz de mobilizar práticas e experiências outras em nossos territórios de aprendizagem, alguns mais propensos a esta abertura semântica, como parece ser o caso de uma *Residência Integrada e/ou Multiprofissional em Saúde*. Muitas vezes, pela forma como se configuram, e pela "teia aracniana de relações" estabelecida entre seus agentes e meios (DELIGNY, 2015), alguns programas de Residência parecem já se movimentar a partir dessa perspectiva curricular segunda, cabendo-lhes, quiçá, o papel de nomear alguns de seus movimentos. Na tentativa de pensar um currículo que pudesse, ao mesmo tempo, operar um curso e ser aquilo que se põe a correr, e tomando emprestada a perspectiva rizomática apontada pela filosofia *deleuzeguattariana* (DELEUZE; GUATTARI, 1995), chegamos à ideia de *curriculograma*, sobre a qual nos colocaremos brevemente a discorrer.

Um curriculograma trabalha por decomposição e proliferação. Em sua perspectiva decomponível, surge da junção currículo + grama, esta última em seu aspecto biológico e expressivo. Biologicamente, a grama faz parte das gramíneas, plantas eminentemente rizomáticas. Com quase 10 mil espécies catalogadas, a família das gramíneas é uma das maiores do planeta, estando a grama entre as mais simples. Na base subterrânea, seu rizoma se distingue de forma absoluta das raízes e radículas. A grama não é pivotante ou gerativa, ou seja, não parte de um ponto de apoio para dali se

desdobrar – seu princípio é o da heterogeneidade, onde qualquer um dos seus pontos é potencialmente conectável a outro (e deve sê-lo). Ao contrário da árvore, que fixa uma região e, a partir desta, erige sua estrutura vertical (oferecendo, ao final de um processo, seus frutos), a grama trabalha por proliferação e horizontalidade. É com a superfície que ela estabelece suas relações primordiais, sustendo-se do encontro rasteiro com os múltiplos nutrientes do meio. Além de seu aspecto biológico, a grama possui um componente expressivo interessante – ao mesmo tempo em que ocupa e preenche determinadas regiões do solo, passa a operar como superfície para que outros a ocupem e a habitem. Exceto por alguns poucos animais – sobretudo por pássaros e insetos -, a copa de uma árvore é sempre um território inóspito (é por tal razão que a grande maioria dos currículos acadêmico-escolares seja ainda do tipo árvore). A grama, do contrário, permite seu esmagamento pelo livre transitar (o risco de pisar em uma grama é mais estético do que vital). Um currículo do tipo grama deve comportar tal política (não há pudor em não ser bonito ou corpulento, mas em não permitir conexões e deslocamentos). Seu compromisso é exclusivamente com o chão, com aqueles que (podendo voar ou não) se dispõem a estabelecer relações imanentes com o solo, dispostos ao suposto esmagamento dos pés e das patas daqueles que efetivamente o habitam.

Sendo do chão, um curriculograma das Residências opera e conecta regimes semióticos heterogêneos: não somente linguísticos ou linguageiros, mas também aqueles que se fazem à revelia das palavras, dos discursos prontos ou mesmo dos não-ditos (nesse sentido, resiste à sociologização, à retórica, à politicagem barata ou mesmo à psicanalização do mundo do trabalho). Com Deleuze e Guattari (1995, p. 16), compreende uma cadeia semiótica como um tubérculo que aglomera signos e atos diversos, sejam estes linguísticos como também perceptivos, operativos, mímicos, gestuais ou silenciosos: “[...] não existe língua em si, nem universalidade da linguagem, mas um concurso de dialetos, de patoás, de gírias, de línguas especiais”. No campo de uma formação em serviço, diante de tantos atravessamentos e transversalidades, um curriculograma se mostra como uma efetiva aposta no entre: *entre* universidade e trabalho, *entre* serviços e práticas, *entre* saberes e disciplinas, *entre* relações plurais de poder, *entre* o estratificado e o que ainda está por vir. “A grama só existe entre os grandes espaços não-cultivados. Ela preenche os vazios. Ela brota entre – entre as outras coisas. A flor é bela, o repolho útil, a tulipa endoidece. Mas a grama é transbordamento, é uma lição de moral” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 40, citam um fragmento do escritor Henry Miller).

Ao não operar de modo pivotante, ao colocar em relação regimes semióticos diversos, um curriculograma na Residência trabalha com o que chamamos de “desastre multidisciplinar”, o gesto de

retirada de uma órbita da qual um único astro se mostraria mandatário (COSTA, 2016, p. 146). Desastrado por ser avesso ao domínio ou hegemonia de uma única órbita ou língua – e poroso aos patoás entoados por saberes e práticas mestiças –, um curriculograma se faz sempre em composição, nunca podendo ser plenamente designado. Seu mapa é sempre local, pois, assim como a grama, prolifera ali onde menos se espera. Antes de macropolíticas e de regimes ou sistemas consolidados, o curriculograma na Residência prima pela amizade à geografia. Observa, pois, as ecologias da cidade, estas vidas que brotam do concreto, com o concreto e, por vezes, contra o concreto, sabedor que o concreto é de tudo aquilo que se cristaliza e que assume gosto por assim estar. Um curriculograma trabalha na concretude das políticas públicas, na concretude das práticas de cuidado, na concretude das relações institucionais, na concretude de uma formação multiprofissional em serviço, na concretude das disputas disciplinares e assim por diante. Nesse sentido, faz-se necessária sua marginalidade: um curriculograma está sempre para ser operacionalizado, nunca o sendo em sua totalidade. Resta-nos, então, perguntar por ele nos currículos constituídos em nossas instituições e que, de certa forma, determinam o modo como hoje corremos em nossas práticas de educação e saúde. No entanto, assim como a grama, é olhando para o lado que compreenderemos melhor nosso centro e para onde estamos indo. Ou, como bem já cantava Fred Zero Quatro com sua embargada voz *manguebeat*, “[...] não espere nada do centro se a periferia está morta”.

DESCENTRALIZAÇÃO

Carla Baumvol Berger

Daniela Dallegrave

Segundo o dicionário Michaelis, descentralização é ação ou efeito de descentralizar ou dispersar ou distribuir funções e poderes de um governo ou autoridade centrais, pelos corpos governantes ou administrativos regionais ou locais. Este termo, na área da saúde, começou a ser utilizado na década de 1960, nos Estados Unidos, e na década de 1970, no Brasil, com o surgimento do "municipalismo" e, finalmente, ganhando mais expressão na década de 1980 com as Ações Integradas em Saúde (ELIAS, 1996). É de se lembrar que a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 9 a 15 de dezembro de 1963, enunciou claramente o tema "Municipalização dos Serviços de Saúde", dentre seus eixos de debate e recomendação, analisando a reorganização entre os entes federados no tocante à saúde (CNS, 1992). Segundo diversos autores, a descentralização aparece associada à democratização, à desconcentração, à autonomia e ao princípio federativo, assim como em crítica à centralização, aos modelos de organização e à privatização (SCATENA; TANAKA, 2001). Nesse sentido, para refletir sobre a formação pelo trabalho, mais especificamente na modalidade *Residências em Saúde*, a discussão parte das diferenças entre os conceitos de descentralização e de desconcentração: na primeira, há redistribuição do poder, enquanto que na última, ocorre apenas delegação de competências sem deslocar o poder decisório (TOBAR, 1991). Quando se trata da formação de profissionais de saúde realizada fora dos grandes centros urbanos, apesar de ser chamada de descentralização de *Programas de Residência*, o que se observa é uma desconcentração das atividades formativas, ficando centralizadas as decisões administrativas, financeiras e de condução política e didático-pedagógica.

A descentralização ou desconcentração de *Programas de Residência* acontece em campos de prática situados em locais diferentes daquele onde está localizada a instituição sede do programa ou, também chamada, instituição proponente. Pode ocorrer no mesmo Estado da instituição proponente ou em Estados diferentes, integrando-se, para tal, ferramentas de Ensino à Distância. Com base na metodologia de formação das Residências, ou seja, fundamentada nas aprendizagens por meio de

situações oriundas do mundo do trabalho, considera-se fundamental a presença de trabalhador da mesma profissão do residente que atue como preceptor local. Em alguns casos, como, por exemplo, a enfermagem, a fisioterapia, a medicina e a odontologia, a presença do preceptor do mesmo núcleo profissional deve estar sincronizada com a realização de atividades formativas do residente na assistência. Cabe ressaltar que a formação de profissionais de saúde realizada fora dos grandes centros urbanos é temática recente. Esse assunto tomou grandes proporções com a *Lei do Programa Mais Médicos* (BRASIL, 2013). Há um imaginário de que há centros de referência para o ensino em saúde no Brasil, os quais estão, geralmente, localizados nas grandes cidades e nas regiões metropolitanas. Acompanha esse imaginário a ideia de que, em tais centros de referência, encontra-se o "notório saber", o saber especialista, o saber capaz de ensinar como fazer o melhor e mais eficaz uso das tecnologias disponíveis.

Sobre esse saber especialista, é possível pensar que há a divisão em três tipos de especialistas que interessam aos processos de educação pelo trabalho que acontecem por meio das Residências em Saúde, com pequenas diferenças entre as *Residências Médicas e em Área Profissional da Saúde* (ou *Multiprofissionais*): (1) o saber especialista no ensino – identificado na posição dos tutores, geralmente ligados às universidades, e que intermedeiam as relações entre instituições de ensino superior e os serviços de saúde; (2) o saber especialista na profissão e no campo profissional – identificado na posição dos preceptores, isto é, aqueles trabalhadores vinculados aos serviços; (3) os docentes e as próprias instituições de ensino superior, identificados como o lugar autorizado para a produção de ciência (DALLEGRAVE, 2013). A discussão sobre qual seria o melhor lugar para receber residentes comumente sugere: o lugar que tem disponível a melhor estrutura, tanto em termos físicos quanto materiais; o lugar que tem profissionais que conseguem trabalhar em equipe, compartilhando saberes e construindo o cotidiano de forma conjunta; o lugar em que os profissionais estiverem sensibilizados a receber pessoas em condição de aprendizes; o lugar em que acontecem práticas que se coadunam com a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde. Não raro, observa-se que essas opções não se encontram em um mesmo lugar, embora exista a elaboração de figuras lendárias como os chamados centros de excelência, conforme mencionado anteriormente.

Em geral, profissionais da saúde, quando perguntados sobre as necessidades percebidas em suas inserções no mundo do trabalho, apontam para falhas nas vivências formativas, na graduação ou na pós-graduação. A percepção dessa separação entre a formação e as exigências de saber do mundo do trabalho configura o perfil dos profissionais ingressantes nos *Programas de Residência*. A partir da

experiência da descentralização da *Residência Integrada em Saúde* do *Grupo Hospitalar Conceição* e da implantação do *Programa Nacional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade*, sublinha-se a necessidade de garantir que a infraestrutura do local comporte a chegada destes "estudantes", com a presença de livros para consulta nas unidades de saúde, computadores, conectividade à rede Internet e, principalmente, compromisso do local que está sediando a residência com a instituição proponente, para que cada ente tenha estipulado os direitos e deveres para com este tipo de ensino em serviço (BERGER *et al.*, 2017). Um ponto que deve ser explorado com maior intensidade, durante as negociações com os municípios, é o da sua responsabilização com esta formação, assumindo, com o tempo, a gestão dos programas como um todo, de modo a garantir uma descentralização eficaz. À instituição proponente compete acompanhar a realização das atividades, oferecendo suporte pedagógico e diretrizes para o ensino em serviço. Esse acompanhamento pode acontecer com atividades tutoriais, *in loco* ou à distância. A ideia de ter um programa de residência descentralizado, ou seja, sediado em local diferente da instituição proponente tem como objetivo a formação de profissionais de saúde em locais onde há mais escassez desses profissionais, especialmente em relação à medicina. Sabe-se que um número expressivo de profissionais acabam fixando-se nos locais onde fizeram sua formação, tornando essa proposta atraente não só para os gestores como para a comunidade residente.

No caso da *Residência Médica*, a *Resolução nº 01*, de 03 de janeiro de 2006, da *Comissão Nacional de Residência Médica* (CNRM), dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das *Comissões Estaduais de Residência Médica* (CEREM). Pleito histórico das *Residências em Área Profissional da Saúde*, presente desde o *IV Seminário Nacional de Residências em Saúde* (2011) e do *III Encontro Nacional de Residências em Saúde* (2013), a descentralização ainda causa alguma estranheza. De um lado, há limitação de autonomia das comissões por instituição proponente, de outro, há ausência de qualquer ação para a mobilização comissões regionais ou estaduais, em que pesem os desenhos do Sistema Único de Saúde às negociações e pactuações intergestores regionais e estaduais e a instalação das *Comissões de Integração Ensino-Serviço* (CIES) regionais e estaduais. As CEREM existem desde 1987, constituindo-se como órgãos subordinados à CNRM, com poder de decisão em todas as Unidades da Federação. Essas Comissões são organizadas por Diretoria Executiva (inclusive com o cargo de tesoureiro), Conselho Deliberativo e Plenário. A composição do plenário segue a mesma estrutura de ambas as Comissões Nacionais: representação das instituições proponentes (coordenadores), das entidades profissionais (associações, sindicatos e conselhos), dos residentes, dos gestores de saúde (estaduais e municipais) e, no caso da Residência Médica, da

entidade vinculada à Associação Médica Brasileira (devido a certificação de especialidade profissional nos termos dessa categoria), mas, no caso das *Residências em Área Profissional da Saúde*, seriam os preceptores e os tutores.

Ao conjunto das comissões estaduais poderiam competir, como já ocorre na residência médica, a manutenção do contato permanente com todos os programas; a orientação, acompanhamento e análise dos processos de credenciamento provisório, credenciamento e recredenciamento; a apreciação da solicitação de anos opcionais e aumento do número de vagas dos programas; a discussão e construção coletiva de recomendações que aprimorem o desempenho dos programas; a realização dos estudos de demanda por áreas de concentração, cenários de prática e linhas do cuidado; a atualização regular da lista de programas e sua situação de credenciamento; a apuração de denúncias; o acompanhamento do registro de residentes para fins de registro dos certificados e a providência de dados solicitados pela Comissão Nacional.

DIÁRIO DE CAMPO

Francine dos Reis Pinheiro

O diário de campo é um espaço para registro de impressões e sentimentos. É um lugar reservado e livre para expor pensamentos e opiniões próprias a respeito de coisas relacionadas a trabalho, estudo, campo de estágio, entre outras. Ele é um objeto pessoal, que pode ser impresso ou digital, mas o que vale mesmo é o apreço destinado a tal. Pode ser breve ou extenso, o que importa é o conteúdo. E que este venha da mente, do coração, de percepções, de vivências... Todo este conteúdo registrado, portanto, deve somar à experiência, seja ela profissional, acadêmica ou pessoal. Segundo Heckert e Neves (2007, p. 149) "[...] a formação é uma *instituição* que produz verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação". As autoras falam que, "[...] operar com tal noção implica ocupar-se da formação e entendê-la como uma prática passível de provocar movimentos, estabilizações e desestabilizações". A formação possuiria "condição problematizadora". Dentro desse contexto, a escrita contribui para a análise de diferentes processos, análise de si e análise de implicação. O diário de campo, portanto, corrobora para a formação de subjetividade, tomada de consciência, elaboração de interpretações e complexificação de contextos sociais.

Quando se pensa no processo de formação em serviço, que é o caso da residência em saúde, pode-se citar o "diário institucional", que, conforme Lazzarotto e Axt (2012), é uma técnica que consiste na descrição diária dos fatos organizados em torno da relação que se mantém com uma instituição: o trabalho, a relação com a equipe, o processo de uma pesquisa, entre outros. Pensa-se o diário de campo, então, como um registro diário ou, pelo menos, um registro, com freqüência pré-estabelecida, de algo marcante como um encontro, uma reflexão ou uma leitura, considerando a relação desse registro com o objetivo que se dá para esse diário. Independente do contexto em que o sujeito está inserido, o diário de campo permite guardar informações que, no primeiro momento, podem parecer irrelevantes, mas que, no instante da releitura e da análise daquele conteúdo, contribuem, significativamente, para o processo de aprendizagem e conhecimento. As autoras trabalham com as ideias de Remi Hess (o diário institucional como formação e intervenção) para referir que "a circulação da escrita acaba por determinar maior precisão do que se escreve, o

estabelecimento dos períodos que abrange a experiência escrita, bem como as condições de análise, de reflexão e de teorização do trabalho em questão" (LAZZAROTTO; AXT, 2012, p. 127). Dentro desse ponto de vista, a escrita ou o registro de informações e percepções pode possibilitar um certo domínio de como se estabelece a relação com o outro.

O diário de campo, portanto, é um instrumento que auxilia na sistematização das experiências e observações, o que, posteriormente, facilita a análise dos resultados. Para Lima, Mioto e Dal Prá (2007, p. 93), "o diário de campo, mais do que apenas guardar informações, pode conter reflexões cotidianas que, quando relidas teoricamente, são portadoras de avanços tanto no âmbito da intervenção quanto da teoria".

DIDÁTICA

Daniele Noal Gai
Ricardo Burg Ceccim

Pensar a docência! É possível? Desde a educação e a saúde? Tratando-se de uma didática para todos? Ou afirmando uma ética desde a didática? A docência é a "ação de ensinar"; requer, em tese, uma didática, a "técnica de ensinar". Pois que a didática representa os princípios que orientam a atividade educativa de modo a torná-la mais eficiente. Coisas da ciência educativa, mas, dito de outro modo, *não seria a didática uma ética da docência*? Como a didática observa seus aprendentes, por exemplo? Que "olhar" seria este? O que aqueles que possam ser designados por aprendentes "precisam" aprender? Pois *que* docência seria a da saúde? Uma docência que se faz com uma didática da afirmação da vida? Possível?

Formação na área da saúde! *Seria o aprender uma política da docência*? Existiria na docência uma forma de ativar corpos? E de acolher corpos que se compõem? Seria tudo razão, saberes formais e transmissão de informação ou haveria composição, ativação alteritária, afecções? A diferença, o desfazimento de mundos, a desestabilização de normas e moralidades antecedentes não requerem uma didática? A produção dessa didática não seria uma grande saúde? Qual didática para qual saúde quando em causa uma docência na saúde?

Uma docência, ensejamos, se afirma por sua ética e política. Ética da *afirmação da vida*, política das *aprendizagens*. Por isso não é uma didática dos métodos, das escolas de métodos. O professor transmite a si mesmo como aprendente, não informações; constrói aprendizagens, não consciências. Consciência é já a posse de uma razão, aprendizagem é potência de singularizar (melhor: ressingularizar!). Ensinar é talvez contribuir a que se aprenda com outros sentidos. São alunos aqueles que *querem* aprender. Todos querem? O bom professor é aquele que faz com que todos queiram? O bom professor seria aquele que ativa o querer – forte, desejante, poderoso ante as capturas do desejo e das potências?

A docência aporta coisas de aprender, inscrevem-se aqueles que querem aprender, aqueles

que descobriram um *querer-aprender*, permitiram um *querer-aprender*. As coisas de aprender vêm por textos, narrações, exercícios, imagens. Textos, narrações, exercícios, imagens para serem ou não aceitos; para serem ou não compreendidos: melhor compartilhar, compor coletivos de aprendizagem, comunidades de práticas, círculos de cultura, redes de conversação, circuitos-dobra, linhas de força. Coisas de aprender trazem consigo cenários (visuais, expressivos, operativos), engendramentos, relações de tempo e espaços. Não só "cenários". Cenários, engendramentos, relações de tempo e espaços outros? Sempre os mesmos? Ainda se pode fazer ou retomar outra pergunta, tão velha quanto o nascimento da didática, e tão mais impregnada quando o aprendizado é na universidade: não se aprende somente com a palavra? A palavra do livro, a palavra do professor, a palavra da ciência, Palavra = Verdade.

A palavra não pode presidir a aula. As aulas (qualquer aula) requerem a companhia necessária da palavra, mas palavra, agora, seria (é) a introdução de problema. Palavra = Verdade, Verdade = Falso. O saber está ali, a palavra não é aquela que o reinstaura, ela o retira, promove o desabrigo do conhecimento. O conhecimento ou é construído ou é desencadeado! A palavra não é a verdade. Faz ver. Como nas exposições de obras de arte, quando buscamos a tarjeta com pistas à aprendizagem sobre sua informação (ou o folder sobre o artista...). Buscamos ou precisamos a palavra. Como na ópera, articulada com o libreto que a apresenta, retrata, ilustra, requeremos a palavra. Tantas vezes relemos as sinopses dos filmes que vemos porque queremos aprender mais sobre o que vimos, tantas vezes buscamos comentaristas para aprender mais sobre o que sabemos que aprendemos, mas não sabemos o que era.

Um desafio falar de docência. São docências, são diversificadas. *Avaliações também*. Avaliação dos aprendizados é possível? E das aulas dadas? E dos cursos estruturados? Servir de potência para mobilizar outros aprendizados, outro planejamento, um planejamento de outras novas estratégias e outras novas aulas e outros novos procedimentos? Não há como remediar o que não aconteceu. Fazer acontecer, então? Aula prolongamento, aula proliferação, aula ramificação? Aula efeitos colaterais saudáveis. Aula efeitos de saúde. Aulas com curiosidade sobre o próximo aprendizado. Aulas despertam desejo? Cursos despertam desejo? De quê?

A construção do conhecimento ou o seu desencadeamento se associa às experiências das pessoas em cena. Pedagogia do que podemos inventar juntos. Pedagogia do exercício das mãos, do corpo, do desejo. Comunidades reunidas em horas (momentos) (por horas?) de compartilhamento, construção, produção. Educação com didáticas do compartilhamento? Uma família ali: uma

experiência de si com ela? Uma comunidade ali: uma experiência alteritária? Um mundo se fazendo: corpos vivem ou sobrevivem ali? Estão ali todos aqueles que se submetem a encontros, à amizade, à vizinhança, à junção na esquina, à paquera, à luz, à escuridão, à vida? O que sabemos? O que podemos saber com os recursos cognitivos (e afetivos) que temos?

De todo modo há, no cotidiano das possíveis interações, as descobertas, os fazeres, os afetos, os encontros, as rusgas, o rigor, a pontualidade, a espera. Isto tudo *in loco*, na aula, na comunidade, na comunhão, na mesa. Pode-se perguntar: quem trata quem? Quem educa quem? Estudar, em alguma medida, é arremessar-se. Ir dois ou três passos para o lado, algum a frente, dois para frente e um para trás. Hipóteses, erros, equívocos, conectividades e precariedades. Não necessariamente se fala daquele que vive o local, o personagem, o sujeito, o amante, a senhora da rua do lado; não, mas deve dizer-se, isso sim, daquilo que coloca os corpos todos a pulsar.

Tratar, cuidar, escutar: matérias de estudo em *currículos de saúde*. Vidas possíveis na saúde. E quanto à produção de saúde? Cuidado-escuta-tratamento aliado às coisas da vida? Escuta-tratamento-cuidado aliado da ação inventiva e de práticas laboriosas de ensinar. Currículo prestes a ser artesanalmente planejado, pelos professores, que o vivem e o produzem em seus cotidianos de aula. Que estudam no fervor das poucas horas para planejamento e criação. Que estudam em suas formações homogeneizadoras de trabalhadores da saúde. Quem dali se faz evaporar-se? Desvanecer-se, ressurgir? Por meio do planejamento e, principalmente, pela qualificação do que se lista como principais experiências a oferecer aos estudantes vem a didática. Pois que o planejamento é uma lista de empatias, de aproximações com o que está perto, pelo menos perto da curiosidade. Exige uma delicadeza, um cuidado, uma dedicação a cada conceito que se inclui no planejamento e que se reconstitui em experiências diversificadas. Movimento leve, sincronia das criações, invenção de mundos, contação de histórias, cinema mudo, reprodução de aprendizagens que não se materializam em provas ou avaliações clássicas. As grandes intenções, *aquelas políticas*, são postas em evidência nas arenas de estudo da aula, de planejamentos de aula, de um currículo.

Como verdadeiramente embrenhar-se na ética que faz de um projeto de aula um projeto de currículo? Uma ética da aula, da coisa toda, e, sobretudo, uma ética que vingará na vida de docentes e discentes como em qualquer outra? Um currículo composto por núcleos de formação compartilhados e abertos. Que se faz em meio a experimentações nômades, generalistas, evasivas, eletivas, por vias científicas, artísticas e filosóficas (ou, ou, ou; e, e, e). Que faça os professores em formação pensarem aulas e *currículos "abrasadores" de aprendizagem*? Em geral, os professores, individualmente,

constroem as entradas de seus alunos no currículo. Cada professor inventa formas de inserir conteúdos e formas de expressão no currículo. O professor *se faz* em sua didática. Um modo de fazer aulas, de imprimir ideias e sensações, de ensinar e contaminar, faz outros aprenderem pela alteridade e pelo que se ensina. Provocar aprender é se misturar pela contaminação, pela alteridade, pela multiplicidade. Provamos (saboreamos? atestamos?) – conceitos, conteúdos, informações, dados, gráficos, jogos, lógicas, genes, fórmulas, epidemiologia, cálculo – pela boca que fofoca, cochicha, conta causo, sorri daquilo que ensina, lê a literatura indicada, lê poesia, vai ao museu, deambula pelas ruas. Não se pode afirmar que o currículo é cópia ou reprodução de outros currículos. Deambular nos põe no tempo (saboreamos? atestamos?).

O *Sistema Único de Saúde* (SUS) é um grande sistema de conversações! É pedagógico o que o SUS propõe como acolhida, encontro, presença? Deve ser pedagógico o encontro em saúde. Uma didática nos encontros da saúde. Uma didática a ser desenvolvida ao escutar-tratar-cuidar. Também uma didática ao orientar os coletivos, os grupos, os procedimentos, a vacinação etc. Uma didática que conversa sobre os procedimentos que se deve seguir para ficar com mais saúde, com grande saúde. Didática explicação da receita. Didática explicação das doses das medicações. Didática alerta sobre os cuidados caseiros que podem expandir a saúde. Não se trata de formulário. Não se trata de folder. Não se trata de cartilha. Não se trata de programa de televisão explicando como se curar, melhorar, se embelezar. Na democracia do encontro, conceder, perseverar, afirmar a potência do encontro alegre para a grande saúde. Saúde voltada para a vida. Até que o outro diga: sinto que ganhei vida.

Qual a relação existente entre educação em saúde e didática experimental? Qual a relação existente entre uma educação em saúde e uma didática experimental nas formações em graduação? Quais os modos de fazer saúde que requerem, para além de técnica, intervenção alegre e planejamento didático? Daquele que dedica um atendimento singular, se requer a proximidade com o humano, não com o prevenível, pois que exatamente, com o não prevenível. Aquele que recebe o atendimento singular quer aquilo que é da ordem do humano, quer viver junto (habitar um tempo com outros), mesmo que a dois em descaídas. Quer a intensidade, o desafio. O que se quer alertar é que uma didática requer cuidados e atualizações. Intensidade e extensividade nas formas mofadas. Didática prestes a ser artesanalmente troçada. Didática como um troço artesanal, resultante de uma ética da docência e de uma política do aprender. O que se precisa saber para uma grande saúde? Uma didática não existe pronta, a copiar os passos, ela precisa de operadores. Porque falamos que a universidade pode mudar? Por que os cursos da área da saúde precisam mudar? É uma necessidade a

ser atualizada com proposições. Listemos as proposições! (1) Quais as dimensões da integração ensino-saúde? (2) Como destacar as conexões ensino-pesquisa-extensão como um lugar de produzir autonomia produtiva e produtora?

Como quem molda bolha de sabão, moldar a didática. Sim, moldá-la plasticamente. Isso requer entender de generalizações, como das minúcias e miudezas (uma atuação pedagógica). Colocar relevo no currículo, que pode ser moldado como quem molda bolhas de sabão. Tem um estouro, um colorido, um pequeno arco-íris ali. Tem uma vida, um sangue, um testemunho, um incômodo, um perigo. Aula como atelier pedagógico. Aula como máquina experimental. Mas o quê da aula sem a didática? O quê da aula sem a preparação, a preparação do romance, o caos das tintas, as coleções de livros? Seria esta uma ética que quer afirmar: professor prepare-se, desordenadamente e diversificadamente. Seria uma política que quer afirmar: a aula será para cada um *aprender*.

Lista de empatias para a docência na saúde: Afirmação do SUS, Conceito ampliado de saúde, Aproximação com o comum e o comunitário, Didática experimental, Docência compartilhada com os estudantes e os serviços, Expandir a integração em redes na saúde, Expandir o tratar ao escutar e ao cuidar, Experimentação de si e do outro, Intercambiar, Inter/trans-disciplinaridade, Multi/Inter-profissionalidade, Pedagogias de saúde, Potência, Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, Produzir uma Grande saúde.

Tematizar a docência na saúde foi o objeto de um curso para professores em exercício de formação em saúde. Contudo, um curso voltado para a produção de uma docência que interfira na formação de estudantes disponíveis aos encontros no SUS e do SUS. A docência mobiliza eventos comuns, eventos vitais e comunitários, patrimônio cultural, patrimônio locorregional. Interferência locorregional só pode ser mobilizada como parâmetro na saúde enquanto os estudantes estão em suas aulas, em seus cursos, aprendentes e observadores de mundos. A docência vem entendida como aquela que exige além da formação em saúde, uma posição pedagógica em saúde, uma inscrição que passa pela didática. Didática entendida como aquela que planeja e faz a vida dos dias de estudos e intervenções dos estudantes da saúde. Pensar os modos de fazer aulas que interfiram na pesquisa e na extensão e, por isso, interfiram nos currículos adequados à contemporaneidade da saúde? Possível? Convite!

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Isabelle Araujo Varvelo Soares
Allan Gomes de Lorena

Um tema que vem gerando bastante discussão no cotidiano do *Sistema Único de Saúde* (SUS) é a *Educação Permanente em Saúde* (EPS), seja pela sua necessidade de estar conectada aos serviços de saúde e ao cotidiano daqueles que estão *em serviço*, seja pela possibilidade de fabricar novos modelos de atenção à saúde e de produção do cuidado. Nesse sentido, registraremos as nossas vistas dos pontos de vistas (MERHY, 2013b) acerca da educação permanente em saúde. O primeiro ponto que gostaríamos de levantar é sobre uma Educação que tem a ver com o Trabalho em Saúde. Um segundo ponto está relacionado com uma formação rizomática que os/as trabalhadores/as do SUS precisam ter. E o último ponto, a conexão entre educação, saúde, gestão e a produção do cuidado (FEUERWERKER, 2014). Ter a intenção de olhar para o dia a dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se produzem sentidos - subjetividades e afecções -, se engravidam palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da própria curiosidade, vendo-se como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não só é um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho em saúde, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva (FEUERWERKER, 2014).

No entanto, queremos ir além dos conceitos que a educação permanente em saúde nos fornece para colocar em prática nossa experimentação com a mesma e tudo que ela pode mobilizar. Parece oportuno considerar que, no cotidiano dos serviços de saúde, a educação pode operar de outro jeito a formação de seus trabalhadores e suas trabalhadoras. Muitas vezes, a educação permanente em saúde é entendida como educação continuada. Aqui, fazemos a distinção: uma coisa é diferente da outra, cada tipo de “educação” carrega teorias, sentidos, intenções e produções com os modos de ser permanente e continuada. Educação permanente em saúde não é educação continuada e educação continuada não é educação permanente em saúde!

A EPS busca processos de aprendizagem, a partir da reflexão sobre os processos de trabalho cotidianos, enunciando problemas e necessidades de natureza pedagógica. E a educação continuada é orientada sob a ótica de alternativas educacionais mais centradas no desenvolvimento de grupos profissionais, geralmente se dá por meio de cursos de caráter seriado que, muitas vezes, trazem um viés "especializante" e que, de certa maneira, capacitam e "reciclam" algumas práticas de trabalho. A educação permanente em saúde é multiprofissional, é interdisciplinar, envolve *fazer com*. A educação continuada, muitas vezes, é uniprofissional. A educação permanente em saúde *quer* transformar as práticas de saúde existentes no cotidiano dos trabalhadores de acordo com suas realidades, potencialidades e dificuldades. A educação continuada é uma atualização técnica para o/a trabalhador/a que visa recuperar técnicas e conceitos ultrapassados, investindo também assim na manutenção de uma boa prática de cuidado em saúde mais especificista. A educação permanente em saúde é centrada em problemas de aprendizagem (a resolver, a levantar, a deixar vir) a partir da demanda daqueles implicados no cuidado seja na "ponta" ou nos espaços de gestão. A educação continuada é centrada na transmissão de conhecimentos com caráter formativo (solução de problemas já pensados à oferta de formação).

É diante desse cenário que o trabalho em saúde se apresenta no contexto da EPS por conta de suas características dinâmicas (pode assumir diversas modelagens e tem muita capacidade de resiliência), diversas (pode haver características diferentes e até divergentes em um mesmo serviço ou equipe de saúde) e dependentes das relações humanas e cotidianas. O trabalho em saúde acontece nos encontros entre usuários, trabalhadores e gestores, em meio à comunidade, permeando territórios e seus cenários. Isto é, a EPS configura-se como proposta pedagógica que fundamenta a construção de conhecimento por meio da aprendizagem significativa, de experiências, de vivências, de afetações e da problematização das práticas e saberes, destinadas a públicos multiprofissionais, objetivando a transformação das práticas técnicas e sociais (BRASIL, 2004b). Mas, a educação permanente em saúde pode muito mais! Pode, por exemplo, ser um instrumento da gestão municipal de saúde por meio do qual seja possível avançar e construir processos coletivos de trabalho, descentrando ações e papéis dos gestores e dos trabalhadores. Além disso, pode conectar cidadãos ao SUS para que estes se sintam partícipes do processo de educação permanente em saúde, vivenciando o empoderamento sobre o cuidado de si e o exercício de cidadania.

No campo da saúde pública, muitos pesquisadores e pesquisadoras têm se dedicado a estudar a educação permanente em saúde em seus trabalhos acadêmicos. Portanto, as leituras de Emerson

Merhy, Laura Feuerwerker, Debora Bertussi, Alcindo Ferla e Ricardo Ceccim podem ser um bom caminho para estudar e implicar-se com o tema. Com estas indicações, é possível atender ao legado do maior educador brasileiro, Paulo Freire, porque a teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade (FREIRE, 2005).

Além disso, a busca por materiais didáticos e reflexivos pode ser empreendida pela busca dos termos "Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação", "Educação Permanente em Movimento: ativando encontros do cotidiano", "Rede Governo Colaborativo em Saúde: comunidades inovadoras", "Apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde", são cursos, assessorias, comunidades de prática com indicações à produção nos sistemas e serviços de saúde. Diante do que foi comentado, apontado, registrado, verbalizado e "verbetizado", a educação permanente em saúde se apresenta em um contexto complexo, como uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, produzindo questões para os gestores, os trabalhadores e para quaisquer outras pessoas que tenham interesse pelo assunto e pelos cenários para os quais ele aponta (MERHY, 2015). Apresenta-se também em um contexto em que faz falta diálogo entre os diferentes atores que "fabricam" o SUS no cotidiano. A educação permanente em saúde é uma nova proposta de educação *no/do/para o* trabalho nesse setor, onde o conhecimento não é hierarquizado ou centralizado, gerando processos de análise, reflexão, ação e fortalecimento coletivo a partir do qual se possa superar aquilo que vem fragmentado, médico-centrado e biologicista. A educação permanente em saúde é movimento. É uma nova subjetivação em território, nos serviços e com a produção da vida.

PEÇAS VIVAS DA EPS E O *DEVIR-RESIDENTE*: TAREFA CRIATIVA E CRIADORA

A construção de qualquer trabalho, seja científico ou não, está embasada (pelo menos para nós) no conceito de "eterno retorno" de Nietzsche. Talvez esta seja uma das formulações mais citadas do autor. O Eterno Retorno tem um princípio filosófico básico que implica dar sentido à vida e a si mesmo, experimentar a criação e a destruição, mas sem perder a suavidade. O desafio ético de articular a teoria ("academia") com a prática cotidiana dos muitos profissionais de saúde transita por diversos ritmos, cenários e composições. "Estar" residente significa viver em trânsito por entre estes dois campos, pelo meio e no meio, ziguezagueando como uma agulha que carrega uma linha entre dois pedaços de tecido. Apesar de frágil, essa linha tem a potência de uni-los e fazer, daqueles dois segmentos, apenas um, onde o que de mais rico existe não são os tecidos e sua estética, mas, sim, o

processo de tessitura e a possibilidade de essa ação gerar significado real para ambos os lados. A residência, como processo de formação, exige rompimento do véu que existe entre os dois lados, causando a experimentação de algo que, muitas vezes, parece difícil de alcançar: a tradução de teorias e reflexões em práticas cotidianas da produção do cuidado. A produção desses processos de conexão se faz de maneira delicada, haja vista a intensidade do processo vivido pelo residente. Este, habita um lugar híbrido entre o profissional e o aprendiz e, ao mesmo tempo, trazer todo um campo de conhecimento e de experimentações que levam ao contexto de práticas, oportunizando, aos trabalhadores, novas chaves e paradigmas outros a serem experienciados.

Então, na relação da residência em saúde, em conexão com a educação permanente em saúde, há de se pontuar a maneira de sua inserção e o local de fala quando ouvimos que o residente ajuda a *oxigenar* o serviço com suas metodologias (ativas) de trabalho e reflexão. A EPS e o tipo de trabalho que a residência multiprofissional se propõe a fazer são peças vivas, que ajudam, também, na importante tarefa de reviver. O residente ou a residência não é um espaço, não é um texto; é uma ação. É um conjunto de multiplicidades que faz com que a educação permanente viva caminhando por entre os serviços e tentando articular tais ações, produzindo novidades para si e para os outros. Por isso, a tarefa criativa surge quando há a necessidade da invenção de novos mundos não só para o residente, e trabalhador altamente qualificado, mas também para os profissionais que encontram, e vão ao encontro, com toda a potência que nasce da tarefa criadora do devir-residente: percorrendo espaços, trilhas e desvios para criar momentos e singularidades no cenário da formação com a integração ensino-serviço-território.

Encontramos, aí, um caminho para uma mudança de paradigma da educação permanente em saúde como algo burocrático. O objetivo é disparar processos através do cotidiano, ponderando entre suas delicadezas e durezas, pensando que o principal acesso a novos mundos e novas aprendizagens se constrói por meio de parcerias, empatia e relações. A rotina também é uma janela capaz de ganhar melhorias para que sua estrutura suporte a paisagem a ser vista. O trabalho em saúde precisa de constante cuidado de si para produzir o cuidado do outro e, nesse caminho, o residente é uma peça da educação permanente em saúde que convive no SUS, diariamente, e se relaciona com seus trabalhadores, suas realidades e seus cotidianos. Os processos que são disparados não têm fim, continuam a todo o momento. Em um devir-residente descobrir suas máquinas desejantes, seu funcionamento criador. Pode ser preciso apertar e soltar parafusos, a ferrugem das máquinas são as representações que impedem seu livre funcionamento! O que flui? (TRINDADE, 2015).

Assim, o *devir-residente* se forma a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, das relações que se constroem, das trocas possíveis, das potências de criação, das inventividades, da ligação com o cotidiano, com o outro, com a produção do cuidado e, indubitavelmente, para além da formação, da educação. Educação que não está posta, que caminha como a linha: construindo uma conexão entre um lado e o outro, de uma forma que nem sempre se torna fácil visualizar seu resultado final, fazendo deste produto algo desconhecido inicialmente, mas que, com cuidado e dedicação em seu processo de formação, pode levar, também, à criação de novas possibilidades. Esta é a aposta: que a vivência do residente como peça viva no cotidiano do SUS ajude na produção de linhas de força e potência não só para si mesmo como aprendiz, mas por um sistema público de saúde e por políticas públicas em defesa do direito à vida e à diversidade. Força e potência também para aqueles que são colocados como formadores. Os papéis de residente e formador seguem por caminhos que ainda não se sabe bem aonde vão levar, mas que carreguem consigo o símbolo da resistência e da luta necessários aos SUS: universal, acolhedor, atento aos interesses e necessidades sociais.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

RENATA PEKELMAN

A experiência educativa em residência pode se traduzir em vivência com características que envolvem a educação popular quando se pensa a respeito de princípios e práticas pedagógicas. A residência tem como seu mote a inversão da lógica educativa tradicional, pois parte da prática, do trabalho, para o aprendizado, para a teoria e a construção do conhecimento. A essência desse aprendizado se dá a partir de uma prática compartilhada. Residentes, preceptores, equipes de saúde e usuários do sistema formam o cenário para as práticas educativas. É no contexto e na necessidade cotidiana que os processos de trabalho vão exigindo novas formas de conhecer. O diálogo passa a ser elemento fundante do processo pedagógico. Diálogo entendido como prática reflexiva, radical, participativa, caminho para construção das autonomias possíveis, o "inédito viável" (FREIRE, 1981).

O residente, como aprendiz, vai nesse processo construindo sua palavra, compreendendo o mundo do trabalho com a experiência e a radicalização da experiência. Para Fiori (1987, p. 13), "[...] com a palavra, o homem se faz homem. Ao dizer a sua palavra, pois, o homem assume conscientemente sua essencial condição humana". Tendo o diálogo como premissa e por meio dele, no reconhecimento dos sujeitos em relação, o exercício da palavra, do dizer a sua palavra promove a produção de conhecimento. Essa se dá no diálogo entre preceptores/residentes e tem como mediador o objeto cognescente (prática de saúde), foco da reflexão dos atores envolvidos. Valorizar o cotidiano e refletir sobre as vivências práticas do serviço de saúde é a ação na residência que constrói espaços para a reflexão/ação, representando elementos pedagógicos essenciais.

Existem grandes possibilidades de a residência proporcionar espaços para um aprendizado crítico-reflexivo. Essa potência deve ser explorada pelos serviços, contribuindo com o avanço de sua qualificação. A busca de articulação entre a teoria e a prática exige a participação ativa do residente. A problematização da realidade, através do diálogo e do exercício complexo e desafiador do trabalho na saúde, resulta em uma ação educadora crítica e comprometida (FREIRE, 1996). E é nessa reflexão crítica sobre a prática, com o protagonismo dos educandos, que se dá sua aprendizagem em

colaboração com a aprendizagem do outro. Aprendizagem colaborativa que envolve reconhecer seu próprio conhecimento, formular e estar aberto para a construção de novas interpretações da realidade, muitas vezes, reconstruindo, recompondo formas de compreender o mundo. Envolve compartilhar ideias e criar projetos e, por fim, assumir o compromisso, não de ter, mas de ser mais.

ENCONTROS DE APRENDIZAGEM

DANIELA DALLEGRAVE
RICARDO BURG CECCIM

Se podemos falar de Ensino-Aprendizagem, preferimos destacar "Encontros de Aprendizagem"[1] e assinalar a relevância de captar a (ou deixar-se apanhar pela) potência das aprendizagens provocadas pelos encontros. Encontros podem ser com pessoas, com objetos ou com cenários. O cotidiano do aprender em serviço agrega, além dos signos (que podem ser plurais) de uma aula, os signos do trabalho e sua multiplicidade de ofertas. Os signos, para Deleuze (2010), são emitidos das coisas e ensinam, violentam o pensamento e provocam o ato de criação.

Nos encontros de aprendizagem, que acontecem nos *Programas de Residências em Saúde*, há uma ética que organiza e agencia a aprendizagem, o que se poderia chamar de ética do acompanhamento. A ética do acompanhamento acontece na relação entre o residente e o preceptor (englobando todas as denominações supostas na *função* preceptoria), uma relação que, muitas vezes, é mediada por conflitos, outras, por admiração mútua ou, ainda, uma relação apaixonada, de amizade. Poder-se-ia dizer, então, que a relação que se dá entre preceptor e residente é uma relação de acompanhamento, permeada por uma ética da amizade, "uma relação ainda sem forma", e, tal como Foucault (1981, p. 2) refere, uma ligação sem filiação e sem intenção de paternidade ou maternidade.

Na formulação desse modo de inventar a relação de amizade, há infinitas possibilidades de dar passagem às inquietações do que afeta, do que produz fidelidade, do que é a amizade, do que provoca o carinho e o companheirismo, na formação de alianças e linhas de força invisíveis e visíveis. Nessa ética da amizade, que é estabelecida entre residente e preceptor, estão as possibilidades de sacudir a instituição, de violentar o já instituído, de produzir novos sentidos para o cotidiano de saúde. É a possibilidade de habitar com amor onde deveria prevalecer uma maquinaria escolar ou os regramentos advindos do trabalho. É a possibilidade de furar a instituição, de forçar o vazamento. É,

[1] Este verbete foi adaptado de uma pesquisa de doutoramento (DALLEGRAVE, 2013).

sobretudo, a possibilidade de torná-la suscetível aos prazeres das relações afetivas, dos furacões afetivos.

Foucault (1981, p. 3) refere a amizade como *modo de vida*. Um modo de vida que pode ser também o método da ética da amizade presente na relação entre preceptor e residente. Um modo de vida que "[...] pode dar lugar a relações intensas, que não se pareçam com nenhuma daquelas que são institucionalizadas", dando passagem a outros jeitos de constituir afetos e aprendizagens. É tomar o encontro de aprendizagem como paixão, uma relação apaixonada, uma trama afetiva intensa.

Dessa trama afetiva intensa, participam personagens das mais diversas ordens, compondo produções de aprendizagem no cotidiano do trabalho em saúde. Personagens profissionais, residentes, preceptores, usuários. Furacões afetivos pedem passagem e emitem signos para ensi-g-nar. Nesses mesmos momentos, furacões afetivos colhem devires do trabalho e devires da aprendizagem. O que há de movimento em cada um deles. O que faz movimentar cada um de nós. A vontade de potência de cada um multiplicando as possibilidades de ser. De ser-cuidado, de ser-cuidador, de ser-que-ensina-a-cuidar. Os devires emergem dos convites para experienciar (que se presentificam na educação no trabalho). Experienciar novos modos de estar ali, da produção de outros-em-nós, a partir da multidão que já somos. Nesses convites, somos fabricantes intensivos de aprendizagens no mundo do trabalho. É a possibilidade de se surpreender com a multidão que é o outro que está ali junto na cena de cuidado.

EQUIPE

Larissa Polejack Brambatti
Wania Maria do Espírito Santo Carvalho

Compreender que saúde envolve dimensões mais complexas, do que apenas aquelas relacionadas com aspectos biológicos, tem promovido a necessidade de reorientação das práticas e mudanças no processo de trabalho. Visando à ampliação do foco das intervenções e a redefinição da finalidade do trabalho, impõem-se as noção de equipe, multiprofissionalidade, colaboração e agir em conjunto. Pressupõe-se integração e conexão entre diferentes processos de ação, conhecimento sobre o trabalho uns dos outros e disposição para compartilhar. Na área da saúde, emerge, dentre outros contextos da compreensão da multideterminação do processo saúde e doença, a necessidade de desenvolver cada atividade profissional ou ação coletiva de forma colaborativa, com metas claras e objetivos definidos, ambos em conjunto, utilizando os diferentes saberes para alcançar um resultado almejado por todos. O trabalho por excelência requer a presença e a construção da Equipe e, efetivamente, falamos em “equipe de saúde”.

Se, por um lado, existe consenso a respeito da importância do trabalho em equipe na saúde, por outro, ainda predomina a dificuldade de compreensão do próprio conceito de equipe. Prevalece a ideia de que uma *equipe* se caracteriza pela coexistência de várias categorias profissionais atuando num mesmo espaço físico, atendendo a mesma clientela, nem sempre com objetivos comuns definidos, e operacionalizando ações fragmentadas, em que cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade (PIRES, 2008). É possível dizer que essa multiprofissionalidade não tem garantido respostas adequadas à complexidade das demandas assistenciais.

Desde o início dos anos 1990, os debates sobre a *Atenção Integral à Saúde* apontam para a construção de respostas ampliadas e contextualizadas na direção da promoção, prevenção e reabilitação da saúde (MATTOS, 2004). Responder à noção de integralidade requer avançar para além do modelo biomédico no sentido de construir saberes e práticas que atendam às múltiplas dimensões da saúde, pressupondo a Equipe na base de toda atuação profissional. Para Schraiber (1999), as múltiplas dimensões em que se expressam as necessidades de saúde e o intenso processo de

especialização do conhecimento faz com que nenhum profissional, de modo isolado, tenha a capacidade de realizar todas as ações demandadas e necessárias. Assim, o *processo de trabalho* em saúde, baseado nos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, amplia as interfaces a gerir e coloca novos desafios no plano das competências.

Peduzzi (2001) conceitua o "trabalho em equipe" ao problematizar a presença multiprofissional e o trabalho coletivo, que é construído a partir da interação dos profissionais de diferentes áreas, por meio da comunicação, da articulação das ações e da cooperação. A autora estabelece uma tipologia em que duas modalidades de equipe interagem de forma dinâmica: a "equipe integração" e a "equipe grupamento". Na "equipe integração", os membros interagem e existe a articulação das ações; na equipe grupamento, o que ocorre é a justaposição das ações.

Os conceitos de *campo* e *núcleo*, referido, o primeiro, a saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades da saúde, e o segundo compreendido como o conjunto de saberes e responsabilidades específicas de cada profissão ou especialidade, propostos por Campos (2000a), são úteis para compreender a necessidade de articular *polivalência* e *especialização* e, do mesmo modo, para lidar com a autonomia e e com a definição de responsabilidades no contexto da equipe de saúde.

A qualidade da comunicação estabelecida entre os integrantes da equipe, a valorização de determinadas categorias profissionais em detrimento de outras, a autonomia profissional e, especialmente, a existência de um projeto assistencial comum são critérios que definem e determinam a construção da Equipe. O desafio é ampliar a compreensão sobre o conceito de equipe como um processo eminentemente dinâmico, orgânico e interpessoal. Ao falar de equipe, estamos falando de relação interpessoal, afetos, trocas, compartilhamentos, composição de saberes e fazeres e da necessidade de construção de objetivos e sentidos comuns.

Trabalhar em equipe pressupõe lidar, para além das relações de trabalho, com relações de saberes, poderes e, principalmente, relações interpessoais. Exige que os profissionais, a partir de diferentes lógicas de julgamento, decidam quanto à assistência a ser prestada, de forma compartilhada e negociada. Uma característica da equipe é o trabalho compartilhado em acolhimento da liberdade conferida a todos os membros para contribuir com ideias e opiniões a fim de solucionar problemas. Aspectos como a autonomia técnica, a complementaridade e interdependência das atividades, a articulação das ações, a forma de comunicação, a construção de consensos, a elaboração

de projetos assistenciais comuns e o modo como são tomadas as decisões irão permitir que diversos arranjos se conformem nos serviços, uns em direção oposta à tentativa de trabalho em equipe e outros contribuindo para sua realização efetiva (FORTUNA *et al.*, 2005, p. 264).

A construção do trabalho coletivo depende ainda da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se constroem com o tempo. A cooperação é fruto da busca do trabalhador pela qualidade do trabalho como uma condição para ter prazer na atividade laboral, saúde mental e construção da sua identidade singular (SCHWARTZ, 1998). Os serviços de saúde atendem a necessidades complexas e variáveis, que não podem ser totalmente padronizadas. Os profissionais precisam de autonomia para traduzir normas gerais para casos particulares, decidir como e qual serviço prestar para atender às necessidades específicas (DUSSAULT, 1992).Não basta apenas declarar e antever equipes de saúde, mas reconhecer um dos pontos centrais na reorganização da atenção sustentada por projetos assistenciais integrais e resolutivos: o trabalho em equipe. A compreensão de a equipe também pode ser fonte de aprendizagem e de educação permanente amplia a concepção de trabalho/tarefa/produto para trabalho/sentido/prazer. Essa reconfiguração mostra a potência da equipe também como espaço de cuidado e de desenvolvimento pessoal.

ESCRITURAS-DIÁRIO-DE-CAMPO

Elisandro Rodrigues
Luciano Bedin da Costa

Campo, uma imagem vivida: No serviço. Na formação. Na leitura. No caminhar. No tempo parado em um parada [de ônibus/trem]. Num tropeço [nas dificuldades vivenciadas]. O campo é isso que se faz em percurso. Nunca está totalmente lá (*lá* no trabalho, *lá* no hospital, *lá* no grupo, *lá* na Unidade Básica de Saúde/naUBS, *lá* na comunidade, *lá* no acompanhamento terapêutico), porque no lá nós aqui também estamos. Tudo é material em potencial, caso venha a se transmutar em matéria escrita. Um pedaço de acontecimento registrado, anotado, cartografado, estilhaçado na folha de papel, no caderninho [de diferentes tamanhos] carregado na mochila, no display do celular, em um bloco de notas [ou lembretes]. Um diário.

Diário, palavra que se flexiona entre adjetivo e substantivo. Usado para nomear e caracterizar. Diz de todos os dias, do cotidiano. Diz do que acontece. Do que não se quer esquecer, de algo para lembrar posteriormente, ou do que fica esquecido e não se retoma. Diário, diz das anotações das experiências vivenciadas no cotidiano, do encontro com o fora, com o que força o pensar, que realiza um corte no plano monocromático do cotidiano, dizendo da necessidade de ficar gravado, registrado. O diário "[...] não confessa a essência de um relato em primeira pessoa (ele é sim, a expressão memorial do escritor recordando a si mesmo, através das reminiscências cotidianas de sua vida). O diarista recorda a si mesmo escrevendo o diário em fragmentos insignificantes" (ARAUJO, 2010, p. 2565).

É um pequeno detalhe que salta do percorrido do dia para o percorrido das palavras no caderno. O objeto de um Diário é seu próprio trajeto. Anotar o campo em um Diário é avessar a experiência, é dar sentido e contorno para um fragmento. É desenhar em letras o dia no tempo presente. Faz-se escrita-diário no aqui e agora. A palavra escrita não tem tempo para o depois, é registrada no pôr do sol, na fila do ônibus, no banco do trem etc. Não tem tempo para o amanhã. O amanhã ganhará os contornos do inesperado. Registro não realizado no hoje se perde no amanhã. A escrita-diário nasce do gesto "[...] como se a maneira que cada pessoa tem para se expressar pela

ação de seu corpo pudesse ser concretizada no espaço-tempo de uma folha de papel" (TIBURI; CHUÍ, 2010, p. 17).

Um gesto que avessa o dia em uma parada para o registro. Uma dobra no tempo, um corte na imanência para que a palavra salte do corpo para o papel. Ter um Diário é ser Diarista. Aquele que anota pequenos fragmentos, pormenores, de uma vida vivida. Aquele que anota os pequenos percalços, percursos, aquilo que não quer ser esquecido. "O escritor-diarista assume-se com um eu fora do tempo: pela ação de sua escrita; por seu trabalho incomum; pela solidão do seu ofício; pela intimidade de uma fala simples. O diário deixa de ser histórico para ser a história cotidiana de quem o escreve" (ARAUJO, 2010, p. 2566). Ser diarista é dia[ria]mente ser um namorador de vivências/um morador de vivências/um narrador de vivências – [na]mo(r)rador.

Ser diarista dia[ria]mente "[...] converte o escritor a uma relação de busca de si mesmo" (ARAUJO, 2010, p. 2564-2565) ao namorar, lembrar com amor, ou com sentimentos de amorosidade, o vivido no dia; ao dar-se conta de que a vivência lembrada e registrada se faz morada em seu processo de formação em serviço, e que, ao mesmo tempo, se faz (na)morador de um processo de formação em serviço; ao traduzir as palavras em uma escrita-diário pelas narrações das vivências do dia a dia.

Ser [na]mo(r)rador diarista dia[ria]mente é: (a) realizar anotação do pensamento em fragmento; o encontro com algo que nos faz [força] a pensar e a movimentar os dedos não deixando a palavra dita/ouvida/vista morrer; (b) é deixar em suspensão a morte da palavra, realizando anotações do que aconteceu, do que se pensou, do que se leu, do que escapou; (c) é estilhaçar uma estética [escrita] do fragmento, das notas dispersas e breves, do que é br[l]eve – breve e leve – na palavra esculpida em tinta no papel. Ser [na]mo(r)rador diarista dia[ria]mente na escrita-diário é registrar para recordar. Para a palavra, ou o pensamento, não cair no esquecimento - "[...] escrever para recordar? Não para me recordar, mas para combater a dilaceração do esquecimento ..." (BARTHES, 2009, p. 123).

E qual o tamanho de um *Diário de Campo*? O suficiente para comportar o descontínuo, as palavras soltas (mas quistas), os espaços e as *largaduras* do tempo. O necessário para sustentar os vazios de uma vida em trabalho e para suportar a vaziez (SALOMÃO, 2005, p. 133) que, por vezes, trabalha dentro de nossas vidas.

FORMAÇÃO DE PRECEPTORES

MALVILUCI CAMPOS PEREIRA
DANIELA DALLEGRAVE

Um profissional de saúde pode exercer seu trabalho de diversos modos. Em geral, percebem-se profissionais que se ocupam em realizar seus atos profissionais privativos ou exercitar procedimentos de sua competência profissional. Alguns profissionais, no exercício de sua função, sentem-se cuidadores. Sentir-se cuidador implica, necessariamente, em se preocupar com o outro e se ocupar com medidas e ações que são de um registro ético para além das profissões da saúde. Perceber-se cuidador é um desafio. Nesse sentido, compreendemos como necessário, no exercício da função preceptoria, para além do profissional residente se sentir cuidador de alguém, que o preceptor perceba que cuida de alguém por meio de outro que, nesse caso, é o residente.

Nesse sentido, a formação de preceptores se apresenta como imenso desafio. Fajardo (2011) aponta que a inexperiência com o ensino mostra-se como um dos aspectos de insatisfação da atuação como preceptor. Não bastam técnicas. Ferramentas de ensino constantemente se mostram ineficazes. O sentimento de despreparo acompanha aquele que se entende como cuidador de alguém por meio do residente. O preceptor, assim como o residente, apresenta-se como inovação no ambiente de trabalho. A graduação mostra-se deficiente no preparo para o ensino, apesar da pertinência dessa abordagem frente às diversas inserções do ensino nos serviços (FAJARDO, 2011). A exigência mínima de experiência de trabalho e/ou formação como especialista (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2012a) também não garante esse preparo. Constrói-se, aqui, a noção de que o preceptor também se forma em serviço, considerando que o aprendizado da preceptoria se dá no dia a dia do trabalho com o residente (FAJARDO, 2011; SOUZA, 2014). E, para potencializar esse aprendizado, entendemos que a melhor maneira de formar preceptores seria por meio de incentivos ou indução de condições para intercâmbios entre profissionais que exercem a atividade de preceptores, para vivências de territórios semelhantes e desafios propostos pelas contingências do cuidado em saúde.

Dentre as modalidades de cursos já oferecidas com enfoque em docência ou em práticas pedagógicas nos serviços de saúde, podemos citar as seguintes: cursos livres e de curta duração,

aperfeiçoamentos, especializações, mestrados, doutorados e licenciaturas. Alguns desses cursos foram oferecidos pelas mesmas instituições proponentes de programas de residência e outros foram realizados por meio de financiamento público dos Ministérios da Saúde e da Educação, da mesma forma, alguns deles em caráter de formação teórica e outros em educação à distância. Desconhecemos propostas de formação de preceptores que tivessem componente prático semelhante ao que estamos propondo, isto é, o intercâmbio profissional, mas reconhecemos a insuficiência das propostas já realizadas, considerando a implicação dos preceptores com a noção de cuidado de alguém através do residente e o fato de que os preceptores continuam se sentindo despreparados para tal função.

Entendemos que se mostra importante o contato com ferramentas de ensino e aprendizagem como abordado em diversos cursos de formação, contudo a apropriação do ensino como parte do processo de trabalho em saúde se dará, ao longo e constantemente, através do fazer e refletir sobre a prática educadora no serviço como responsabilidade da equipe. Consideramos, para isso, o deslocamento da abrangência do conceito de preceptoria para o conceito de função preceptoria, envolvendo a equipe de trabalho, uma equipe que ensina e que cuida compartilhadamente (SOUZA, 2014; DALLEGRAVE, 2013). Nesse caso, a formação proposta se estenderia aos demais trabalhadores que têm contato com a formação, ou seja, toda a equipe de trabalho acompanha residentes em formação. Exercer uma função preceptoria significa estar ocupado com as aprendizagens, mas, para além disto, significa perceber os sinais corporais das aprendizagens, significa estar atento aos afetos, ao que lhe produz tristeza e exaustão, ao que lhe transborda alegria e prazer no aprender em serviço.

A aplicação de ferramentas de ensino ou as listas de checagens das competências desenvolvidas na prática do residente podem corresponder a atitudes organizadoras do processo de trabalho, desde que funcionem sem engessar a função preceptoria, transformando-a em uma única forma possível, e contanto que possam atuar numa construção dessa função preceptoria a partir da ética do acompanhamento (DALLEGRAVE, 2013). Nesse sentido, a ética do acompanhamento pressupõe que o resultado final serão as aprendizagens, mas também o envolvimento afetivo. Uma ética não se constitui de moralidades, aliás uma ética que se constrói em ato de cuidado ou de ensino no serviço deve despir-se de qualquer moral. A função preceptoria pode ser exercitada pelo membro de uma equipe, sem que se tenha a presença de programas de residência. Ela pode atravessar práticas de educação permanente e também se constituir em cenários de educação em saúde com usuários. Quais são as aprendizagens possíveis de serem construídas? Quem quer se envolver e ser envolvido

na construção dessas aprendizagens? Quem pode (no sentido de uma potência corporal, para além de estratégias que se ocupem da cognição) aprender?

Uma função preceptoria pode ser ocupada por um tutor, professor vinculado à universidade, quando este acompanha as aprendizagens desenvolvidas na unidade de saúde com foco no residente. Mas, para exercer esta função, é preciso focalizar a equipe, aquele que exerce formalmente a atividade de preceptor e a comunidade ali atendida. Há uma complexidade que se constitui aí! Há um aprender que precisa ser negociado. E, como resultado, é possível que se constituam práticas sustentáveis de aprender. Com sustentáveis, estamos querendo problematizar processos que se retroalimentam e se reproduzem a partir de si mesmos, mas que, a cada reprodução, se reinventem e produzam outras coisas. Assim também poderia ser o exercício da função preceptoria no acompanhamento que uma instituição formadora realiza com uma instituição executora de programa de residência que não esteja localizada na mesma cidade, ou aquilo que chamamos de *descentralização* de programas de residência.

Considerando toda a complexidade envolvida nos exercícios da função preceptoria, pode-se compreender o porquê de a formação de preceptores, nos formatos atualmente oferecidos, ter se demonstrado insuficiente. O desafio está posto. Propomos o formato de intercâmbio para experimentar alguma possibilidade de produção de aprendizagem significativa, mas também lançamos a pergunta: que outras metodologias também podem ser inventadas?

FORMAÇÃO TRANSDISCIPLINAR

GERALDO LEANDRO VASQUES MANDICAJU

Ler devagar, com profundidade, com intensidade, portas abertas e olhos e dedos delicados.
(Friedrich Nietzsche)

Instigado. É assim que me sinto ao produzir uma escrita que envolve o cenário formativo das *Residências Integradas e Multiprofissionais*. Logo, suscita-me a idéia de pensar algo sobre o processo formativo propriamente dito. Portanto, quero de antemão dizer que não desejo um tom formal, tampouco axiomático para essa escrita. Nesse momento, faço uma escolha, com a permissão dos leitores, que implica assumir que a melhor *forma* para discorrer sobre o tema é partindo de um jogo semântico com as palavras f*ormação/formar.* A palavra f*ormação,* gramaticalmente falando, é uma derivação de f*ormar* e, no sentido que quero aferir, um conjunto de valores ou qualidades morais resultantes da ação de educar. Uma ação de ofertar formas/identitárias, que pressupõe a priori um desejo pela forma/formação. É aquisição de conhecimento para ser re-conhecido, ou seja, é a *forma/profissional*. Fico no primeiro momento com a palavra *forma.* Pensando semanticamente sobre ela, posso aferir que a mesma nasce como uma resposta à *Coisa sem forma*. Posso deduzir, assim, que a *forma* se gesta a partir da *Coisa sem forma.*

Penso, a *forma* só passou a existir por negação à *Coisa sem forma*... Pasmem! paradoxalmente a *Coisa sem forma* somente foi identificada a partir do nascimento da *forma*. O que me leva a *maquinar* que toda *forma* é oriunda de uma aparente contradição com a *Coisa sem forma.* Doravante a *Coisa sem forma é* identificada como *des-forma.* Digo, então, que ela (forma) exigiu a fundação identitária da *des-forma* para que pudesse existir. Ela (des-forma) passou a ser cognoscível a partir do nascimento da *forma.* Incrível! Ela (forma) é sujeito anunciado em um enunciado onde a *des-forma* tem que negar a si mesma para gestar a *forma*. Assim, moralmente ela (des-forma) é reduzida a uma existência negativa, desqualificada, sem potência. Mas, o notável é que ela sempre esteve presente, ou seria pré-ausente?...mas, com certeza imponente apesar de imperceptível.

Elocubro, é relevante arguir que existe potência na *des-forma*. Arguir que a *forma* só faz sentido no *devir*. Arguir que é possível que a *forma* já contenha em si mesma o germe da *des-forma*. Arguir que a *forma* só é um acomodar para a *Coisa* se fazer de outra *forma*. Arguir que a *Coisa* em si já

contém a potência de se fazer outra *Coisa* infinitamente. Arguir que a *forma* é um instante da *Coisa.* No principio era a *des-forma*, *Coisa sem forma*. A *Coisa sem forma* era uma senhora de si, sem nome, n*ómade* no *além e entre* as fronteiras do conhecimento. Uma errante que se agita, dança e brinca na fronteira, do *entre, do além* da identificação, distante do reconhecível, perto do não revelado e livre da identificação.

Um *instante*! O conhecer se formata, toma uma *forma/conhecimento*, uma *formação* adquirida, logo, o des-conhecimento pode ser maquinado como uma *Coisa sem forma*. Surge a pergunta e imediatamente a resposta, qual a potência do des-conhecimento, se não o potencial de estar aberto para o conhecer/aprender. Des-conhecer algo é estar *sem forma. A*lgo que ainda não foi domado está in-disciplinado, sem *disciplina*. Assim, podemos aferir que se faz necessário um certo flerte, uma aproximação com o des-conhecido para transpor a convicção segura do conhecimento disciplinado. Um certo *nomadismo* é necessário para ser tocado, *afetado* pelo desejo de caminhar *entre e além* das fronteiras disciplinares. Nesse momento se abre o convite para *transitar* como *nómade* entre as fronteiras dos saberes, impulsionado pelo diálogo menos comprometido com a *fixação axiomática* e mais apaixonado pela *ação/devir* do processo formador expresso na ação infinita do verbo Conhecer.

Uma ação é posta e proposta nessa escrita anunciada. Provocar a abertura para novas experimentações que só são possíveis através do re-conhecimento da finitude do nosso saber disciplinado e da necessidade de apreendermos a força relacional, que há nos encontros entre os diferentes sujeitos e os diferentes saberes no processo formador. Essa ação exige um certo grau de improvisação na promoção do encontro entre os diferentes conhecimentos com o objetivo de silenciar um pouco as convicções axiomáticas e, assim, ouvirmos os sussurros do devir. Maquino que a ação Trans-disciplinar é da ordem do devir. Assim, como um acorde de violão só é possível na *vibração* das cordas, eu não me torno trans-disciplinar, eu estou trans-disciplinar, ou seja, é na *vibração dos encontros* com os outros que me faço e me refaço outra *Coisa.*

O epílogo... um ilustre pensador escreveu que a escrita é sempre autobiográfica, afirmação com a qual pactuo. E, é nessa potência autobiográfica da escrita que fica o meu desejo *intempestivo* de que os processos formativos tenham sempre *gestões/gestações* formadoras *trans-formáticas*, trans-formadoras, trans-valoradas como uma *(des)forma* de superarmos os axiomas dogmáticos presentes em nossa cultura formadora.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES

Juliana Tavares Ferreira
Carla Cristiane Freire Corrêa
Cristianne Maria Famer Rocha

O *Fórum Nacional de Residentes em Saúde* (FNRS) tem seus primeiros movimentos no ano de 2005, durante a realização do *Fórum Social Mundial* em Porto Alegre. Nesse ano, a *Residência em Área Profissional da Saúde* tinha sido oficialmente reconhecida por meio da Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005, conversão da Medida Provisória nº 238, já em vigor desde 1º de fevereiro de 2005, constituindo-se no interior da *Política Nacional de Inclusão de Jovens* (ProJovem), que abrange o grupo social da juventude, isto é, a faixa etária dos 15 aos 29 anos de idade e o objetivo preparar o jovem para o mercado de trabalho por meio da qualificação social e profissional e do estímulo à sua inserção em ocupações de melhor renda (BRASIL, 2005d). Com a concretização da institucionalização dos *Programas de Residência em Saúde*, os residentes sentem-se convocados a participar da efetivação dessa política pública, pois a Residência passa a ser uma das estratégias para efetivar a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (BRASIL, 2007b) e a própria *Reforma Sanitária* (ABIB, 2012). No ano de 2006, junto ao *8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, promovido pela *Associação Brasileira de Saúde Coletiva* (ABRASCO), foi organizada uma dinâmica ao *Fórum Nacional de Residentes em Saúde* (FNRS). O FNRS, desde então, passou a ser um ator político, coletivo, representativo, configurado em um espaço de articulação nacional dos residentes em saúde. Atua através de gestão compartilhada entre os seus membros, ou seja, a sua ação está pautada em um processo participativo, dialógico e democrático, na tentativa de estabelecer relações compartilhadas e solidárias. Caracteriza-se, ainda, por ser um movimento dinâmico, plural, suprapartidário, fato que possibilita a apropriação dos sujeitos que constituem este movimento, em todos os espaços de debate, de trocas e de formação (FNRS, 2015).

O FNRS se estrutura com residentes que podem ou não estar compondo coletivos locais, regionais e estaduais, prevê reuniões presenciais anuais, encontros em eventos (nacionais, regionais ou locais) de saúde e reuniões virtuais mensais, que são organizadas através da lista de e-mails do

FNRS. Esta lista é aberta à participação de todas(os) residentes que tenham interesse em receber as mensagens que por ali circulam (FNRS, 2015). Cabe ressaltar que o FNRS, por se caracterizar como um movimento processual, em permanente construção, que se renova a cada ano com a saída/entrada de residentes, muda e tensiona a lógica linear de categorizar as relações de trabalho e as relações entre os próprios sujeitos, pois traz consigo a força da interrogação, da renovação, de novos olhares e percepções, da desacomodação. Tal tensionamento advém, sobretudo, do interessante lugar que o residente ocupa: ser trabalhador e ser estudante ao mesmo tempo (DALLEGRAVE, 2013).

Assim, habitar a zona de fronteira ou a zona de encontro entre formação e trabalho, entre ser estudante e ser profissional, nos permite relativizar os lugares, não julgá-los (na perspectiva de culpabilizar ou desresponsabilizar), passando para uma ação na qual o olhar generoso pondera, a escuta acolhe e a atuação se pauta pela ordem da interrogação e da inventividade. Nessa direção, se faz necessária uma aposta no não saber e na busca de possíveis respostas para a resolução de problemas enfrentados no dia a dia do trabalho em saúde e da vida.

Esse Fórum se integra e compõe com aqueles compostos pelos diferentes atores das residências, além dos residentes, os preceptores, os tutores e os coordenadores, que participam dos *Programas de Residência em Saúde* de todo o Brasil. A ação política interna do *Fórum* implica em fazer circular pautas, desejos e anseios, privilegiando a produção de relações justas e igualitárias, num coletivo regido pela construção de saberes e práticas entre os que dele participam. O *Fórum* (e seu modo de funcionamento) foi inspirado nas ideias da *Reforma Sanitária* e nos conceitos da Saúde Coletiva que instigam a criação de espaços democráticos, dialógicos e horizontais de gestão e participação de movimentos sociais, usuários, trabalhadores, universidades e gestores, na discussão propositiva e avaliativa do *Sistema Único de Saúde* (SUS) como "[...] ordenador da formação de recursos humanos na área da saúde" (BRASIL, 1990). É, também, uma instância estruturante e de articulação política dos atores envolvidos com a Residência, proporcionando encontros entre profissionais de saúde para compartilhar vivências, refletir sobre as práticas em saúde e propor ações em defesa do SUS, assim como indicar atores para a representação na *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS), que é a responsável pelos processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de *Residência em Saúde* (BRASIL, 2009b).

O FNRS tem se encontrado anualmente no *Encontro Nacional de Residências em Saúde*. O *I ENRS* foi em 2011, no Rio de Janeiro (RJ), fazendo parte do *X Congresso Internacional da Rede UNIDA - Educação, Saúde e Participação:* ousadia de construir redes produtoras de vida no cotidiano, com o

tema *Política de Residências no SUS:* conexões entre trabalho e educação nas Residências e no SUS. O *II ENRS* foi em 2012, em Porto Alegre (RS), concomitante ao *10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, com objetivo de reunir *O Movimento Nacional de Residências* e os segmentos de gestores, trabalhadores, residentes, usuários e preceptores para a consolidação de uma *Política Nacional de Residências em Saúde* comprometida com o SUS. O *III ENRS* foi em 2013, em Fortaleza (CE), e abordou o tema *Educação Permanente no Brasil:* desafios para as residências em um contexto de precarização e privatização do SUS. O *IV ENRS* foi em 2014, em Recife (PB), com o tema *Residências em Saúde como Estratégia de Educação Permanente para o Fortalecimento do SUS*. O *V ENRS* foi em 2015, em Florianópolis (SC), com a temática *O Desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re)afirmação do SUS*. O *VI ENRS* ocorreu em 2016, em Curitiba (PR), intitulado *Construindo nossa identidade e questionando a nossa formação*. E o *VII ENRS*, no ano de 2017, em Olinda (PB), com o título *Refletindo o hoje e construindo o amanhã:* a organização das Residências em Saúde na defesa do SUS e da democracia.

Esses encontros vêm ganhando, a cada ano, mais legitimidade e agregando diferentes atores, tanto da Residência, quanto trabalhadores da área da saúde, gestores e usuários, com a finalidade de aglutinar forças para a manutenção dessa política de formação, além de fortalecer a democratização e a circulação de conhecimentos, através de rodas de conversa, grupos de trabalho, intervenções culturais e produções científicas que visam a qualificar a implementação das Residências no país. Cabe ressaltar que o FNRS possui algumas formalidades, que lhe dão um caráter mais estável, tais como a indicação de representações e os encontros anuais, porém, conserva, em si, características porosas, que lhe conferem inventividade, dinamicidade e atividade revolucionária, criativa e transformadora, no momento em que se aposta no pulsar da coletividade, na cogestão desse coletivo que atua através do compartilhamento de pautas e na articulação política entre os próprios atores. E, assim, vem tensionando e sustentando a ideia da existência de RESIDÊNCIAS (múltiplas, diferentes, contextuais, possíveis) e não um único modelo de Residência para todo o Brasil.

FÓRUM NACIONAL DE TUTORES E PRECEPTORES

Malviluci Campos Pereira
Ana Paula Silveira de Morais Vasconcelos
Danielle Maria da Silva Oliveira
Fernando Lopes Tavares de Lima

Os fóruns são caracterizados como “assembleias ou reuniões que têm o objetivo de discutir um tema em comum”**.** Na antiga Roma, um fórum relacionava-se a um local fora das muralhas da cidade que constituía um ponto de ligação entre esta e o exterior. Era caracterizado por uma “praça pública onde eram tratados os negócios do povo e onde tinham lugar os julgamentos”. Atualmente, um fórum pode ser representação de um encontro ou uma reunião que se celebra para discutir assuntos de interesse ou um tema em comum, assim como de espaço físico onde se encontra o poder judiciário. Num contexto contemporâneo, a palavra fórum também é empregada para definir um espaço virtual onde várias pessoas debatem sobre determinado tema (MICHAELIS, 2009).

O *Fórum Nacional de Tutores e Preceptores* (FNTP) nasce com o sentido de segmento da sociedade ou grupo de pessoas que discute em torno de um tema em comum e específico, mas também com o sentido de ligação entre os atores dos segmentos de Tutores e Preceptores e as discussões da *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*. Apresenta-se como um espaço político de nível nacional que busca articular o coletivo de preceptores e tutores do Brasil com o objetivo de fortalecer o exercício desses atores, bem como fortalece-los politicamente. Seu surgimento se dá no intuito de discutir a importância do papel do tutor e do preceptor dentro da formação de profissionais na área de saúde e diante das indefinições de seus papéis em um país tão grande como o Brasil.

A história das *Residências Multiprofissionais em Saúde* mostra-se marcada por movimentos políticos e sociais em defesa da formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2005, mesmo ano em que é criada a *Residência em Área Profissional da Saúde* pela *Lei nº 11.129*, ocorre o *I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*, quando é criado o *Fórum Nacional de Residentes*

em Saúde. Em 2006, no *II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*, criam-se os *Fóruns Nacionais de Coordenadores e de Tutores e Preceptores*. Segundo Ceccim, (2010), estes *Fóruns* têm importante papel no debate e formulação de "orientações, práticas e conceitos" para os cenários de formação (CECCIM, 2010, p. 22). Ao longo dos anos, foram-se construindo pautas e demandas referentes aos diversos espaços e atores das *Residências Multiprofissionais*. Os Tutores e Preceptores aparecem como figuras longitudinais nos programas e processos de aprendizagem, apresentando-se como os interlocutores do ensino-serviço, possuindo, assim, pautas permanentes e com continuidade ao longo do tempo. A necessidade de debate entre esses sujeitos, através do FNTP, se justifica por conta do ainda não alinhamento do papel de docente em serviço, além das demandas histórico-políticas desse grupo.

Os posicionamentos e reivindicações do FNTP vêm no sentido de buscar o reconhecimento da formação pelas *Residências em Saúde* como potência de consolidação do SUS, do trabalho docente e dos espaços de formação dentro dos serviços. Dentre as pautas, muitas comuns aos outros *Fóruns*, podemos identificar: (1) a garantia, nessa formação, de espaços de reflexão e condições para as tutorias e preceptorias, e a não utilização de residentes em substituição de profissionais de saúde a serem contratados; (2) o reconhecimento dentro de todos os Programas de quaisquer categorias profissionais inseridas no rol de políticas públicas do SUS; (3) um papel de assessoria às câmaras técnicas mais coerente com a proposta de formação para o SUS; (4) o reconhecimento dos *Fóruns* na indicação de representantes na *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS); (5) a necessidade de redução da carga horária de 60 horas semanais; entre outros. Mais especificamente em relação ao trabalho de tutoria e de preceptoria, atenta-se para o reconhecimento e fortalecimento das ações desses atores no sentido de comprometimento das instituições com as ações docente-assistenciais e formação dos mesmos para a preparação nesse aspecto (FNRS, 2013; FNRS, 2014; FNRS, 2015).

Mesmo mostrando atividade desde 2006 e tendo representatividade de Tutores e Preceptores, no ano de 2009, o FNTP perdeu seu assento de representação na CNRMS. Desde então, foram permanentes os movimentos para reavê-lo, num processo de busca de reconhecimento desse coletivo. Durante o *Encontro Nacional de Residências em Saúde*, ocorrido em Fortaleza, em 2013, indicaram-se os membros que comporiam os assentos na CNRMS e estes passaram a integrar as discussões, ganhando a possibilidade de voto representativo em 2014. Pontua-se esse momento como importante na história do coletivo de Tutores e Preceptores, pois essa seria a primeira vez que o grupo

teria representantes eleitos pela base. Ressalta-se que, mesmo assim, não foi garantida a totalidade dos quatro membros indicados com assento na CNRMS, sendo que, dos titulares, um deles não teria sido escolhido pela base.

No intuito de fortalecimento deste *Fórum* como espaço de representatividade nacional, o *Fórum Nacional de Tutores e Preceptores das Residências em Saúde* (FNTP) lançou, em 2014, durante o *VI Encontro Nacional de Residências em Saúde*, ocorrido em Recife, o *Blog do Fórum Nacional de Tutores e Preceptores*. A criação desse *Blog* tem o objetivo de servir como canal oficial de comunicação dos membros do *Fórum*. Sua gestão é realizada de forma permanente pelo Grupo de Trabalho intitulado "Comunicação", definido em reunião presencial realizada no referido encontro (FNTP, 2016). Além deste, o FNTP mantém uma página na rede social *Facebook* para mensagens livres e divulgações de ações entre os membros do *Fórum*. No mesmo período, a lista de e-mail dos membros foi reformulada, atualizada e ampliada. Espera-se que esses canais de comunicação sirvam para permanente mobilização, discussão e atualização, assim como potencializem as ações já desenvolvidas pelo FNTP e estimulem seus membros a compartilharem experiências envolvendo a tutoria e a preceptoria dos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde* (Uniprofissional e Multiprofissional).

FUNÇÃO PRECEPTORIA

Ananyr Porto Fajardo
Roberto Henrique Amorim de Medeiros

(IN)DEFINIÇÕES DO TERMO

Por tradição advinda de programas de residência médica, a responsabilidade pela formação de residentes em programas de outras áreas profissionais ou multiprofissionais em saúde também costuma ser exercida na condição de preceptoria. O agente dessa função nos programas de residência frequentemente acumula tal responsabilidade com as ações de atenção em saúde. A própria definição do que é ser preceptor tem sido objeto de escassos estudos no Brasil, aspecto relatado por Botti e Rego (2008). Denominações como tutor de campo, facilitador, mentor, supervisor podem ocorrer, dependendo do programa de residência considerado. Há muitos desenhos possíveis para estabelecer a relação de acompanhamento da formação do profissional em situação de Residência. Usualmente, o preceptor é aquele que desempenha o papel de acompanhamento e orientação aproximada do residente em seu cotidiano de trabalho, no serviço de saúde em que estiver lotado e durante o tempo de sua formação.

A palavra *preceptor* designa o indivíduo que precedeu outro em determinada tarefa ou posto. É um lugar a ser ocupado por alguém que supostamente teve alguma experiência pregressa com aquilo que o residente deverá, a seu turno, provar. Contudo, caberia perguntar, o que autoriza cada profissional, ainda que experiente, a ocupar esse lugar? Sem dúvida, há, sempre, alguma precedência do funcionário do serviço em saúde ou do docente em relação ao residente recém-chegado. Cabe perguntar sobre quais critérios se sustenta essa experiência suposta ou a que essa precedência se refere em termos de preparação para o desempenho do papel da preceptoria?

A formação para o exercício da preceptoria ainda não está instituída. O tempo de experiência na mesma função que o residente irá desempenhar no serviço de saúde tampouco é estipulado. Trata-se, em muitos casos, de uma disposição ou disponibilidade para o ensino, nem sempre espontânea, o que decide a capacitação inicial para o desempenho da preceptoria (FAJARDO, 2011).

É comum que, com o tempo, essa prática de acompanhamento da formação do outro profissional provoque necessidades próprias de formação percebidas pelo preceptor, especialmente as de cunho acadêmico, como na orientação de trabalhos de conclusão ou pesquisas. A instituição coordenadora ou apoiadora de uma residência costuma responder a essas demandas com rápidos cursos de capacitação. Estratégias pedagógicas que se arrogam a verdade sobre a boa conduta em cada caso, estabelecendo medidas de julgamento ao prescreverem *como* o bom orientador *deve* agir em cada um dos âmbitos, arbitrariamente, privilegiados de sua tarefa de orientar e formar. Entretanto, por mais que as estratégias de capacitação técnica suponham atingir a homogeneização das habilidades desse público-alvo, visto que se ocupam em definir aspectos pedagógicos apropriados e condizentes com as hipóteses cognitivas a respeito do intelecto humano e das necessidades práticas e acadêmicas, há sempre elementos que produzem efeitos diferentes de preceptoria, nem sempre considerados no âmbito das capacitações: o fato de cada preceptor acabar realizando seus atos formadores de modo singular, insubmisso aos modelos e, por conseguinte, incontrolável para as estratégias de padronização de uma suposta boa prática preceptora.

No entanto, parece pouco controlável, a despeito das recomendações e do acúmulo de capacitações que tenha em seu currículo, que preceptores ou orientadores da formação de determinado programa de Residência realizem seus atos a partir das mesmas hipóteses. Alguns os realizam evidentemente do lugar do mestre, que se empenha em transmitir o saber total que julga ter construído em seus anos de precedência em relação ao residente. Também podem fazê-lo como um herói trágico, que não mede esforços ou riscos para mostrar sua atuação no campo de trabalho, colocando-se, ainda que inadvertidamente, como modelo. Outros, quem sabe, como o companheiro tão presente e sensível que acaba por proteger o residente de todos os sofrimentos e perigos, transmitindo-lhe mais sua afeição e empatia do que qualquer outra coisa que o auxilie a assumir limitações ou a andar com suas próprias pernas.

Quaisquer das posições rapidamente listadas anteriormente, entre tantas outras, correspondem a uma espécie de empuxo ao lugar privilegiado pela subjetividade de cada um quando imerso no discurso que organiza a posição de preceptor. A direção do empuxo, seja ao lugar da mestria, do narcisismo ou do exercício da função materna, parece impor que o preceptor precise se valer de parcimônia e alguma autoanálise para não acabar roubando a cena ao acompanhar o ator principal: o residente em sua experiência de formação. As atividades desenvolvidas na preceptoria apresentam diferenças entre ênfases, especialidades e âmbitos da atenção. É possível sistematizar as

atividades típicas da rotina da preceptoria, destacando-se quatro âmbitos que compõem a jornada de trabalho e indicam os desafios resultantes do uso do tempo do trabalho para desempenhar tarefas tão diversas: atividades de cunho administrativo (voltadas para o Programa em si), assistencial (relacionadas à atenção à saúde de pacientes, usuários, familiares e cuidadores), docente (focadas na relação com residentes, estagiários e outros educandos) e institucional.

ESSENCIALIDADE DO TRABALHO DE PRECEPTORIA NA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES E NO PROCESSO DE TRABALHO DOS PARES

A busca genuína por qualquer tipo de residência em saúde deveria ser constituir um novo saber no campo escolhido, mais do que adquirir informações e diplomas, ou seja, construir para si uma nova possibilidade de se enunciar. Isso precisa encontrar acolhida em alguma instância do programa de residência ao qual o profissional, recém-formado ou não, esteja vinculado. Essa acolhida pode ocorrer em muitos espaços e situações da residência, mas especialmente é algo que não parece poder ser negligenciada pelo preceptor. Sua escuta e acolhimento se tornam fundamentais para que esse elemento da formação não seja desconsiderado como indesejável, resto ou ruído do programa de formação a ser tratado com uma medida neutralizadora ao invés de pedagógica.

A escuta também é uma forma de acompanhamento. É importante que, além do esperado conhecimento técnico de sua área e da interface dela com outras do cada vez mais amplo campo da saúde, da habilidade comunicativa, da aptidão para o ensino e espírito questionador, o preceptor possa demonstrar sensibilidade em acolher a emergência da subjetividade do residente, expressa, na maioria dos casos, na forma de problemas ao funcionamento harmônico do projeto da residência, por meio da escuta. Uma escuta que não se trata de silêncio condescendente, mas tem a forma de uma pergunta problematizadora, de uma repreensão, de uma interpretação que auxilie a construção da problemática que o residente não tenha ainda condições de formular para si.

O ato de acompanhamento de residentes, que permeia a complexidade da relação entre *ensinantes* e *aprendentes* – papéis que podem ser permutados entre residentes e preceptores –, juntamente com as produções subjetivas de quem ocupa o lugar simbólico estabelecido como preceptoria, é o que estabelece uma função preceptora. Função que transcende a carga horária e as atividades formais, frequentemente.

A função preceptora é fruto do jogo de posições no campo da formação em situação de Residência. Inclui posicionamentos e reflexões sobre a integralidade da formação (CECCIM;

FEUERWERKER, 2004a; MEDEIROS, 2010), o estabelecimento de cenários de práticas (MACEDO *et al.*, 2006), a problematização constante acerca das práticas a partir das exigências da gestão dos serviços e as necessidades do território (MACHADO *et al.*, 2006; MATTOS, 2006), o posicionamento ético nas escolhas curriculares e de temáticas (SAIPPA-OLIVEIRA *et al.*, 2006), a questão da escuta (HECKERT, 2007), o cuidado integral na interface do saber popular com o saber científico e os modos de vida distintos (ACIOLI, 2006; AYRES, 2000; AYRES, 2001; AYRES, 2004), a humanização em saúde (BARROS; PINHEIRO, 2007), entre outros campos de verdadeira batalha entre saberes e conhecimentos que compõem a complexidade do setor da saúde.

E AFINAL, O QUE FAZEM OS PRECEPTORES?

Qual é o ato que faz do profissional, que realiza seu trabalho no mesmo campo onde se dá um programa de residência em saúde, um *preceptor*? Uma nomeação institucional é suficientemente necessária, mas não necessariamente suficiente para tal investidura. A atuação do preceptor, no que diz respeito ao que é de sua intransferível responsabilidade junto ao residente sob sua orientação, se constitui por qual prática? A própria pergunta parece conter em si os termos que indicam a resposta mais imediata, a saber, *responsabilidade* e *orientação*. Supondo que a condição de residente impede que lhe seja imputada toda a responsabilidade profissional acerca de seus atos, ao preceptor, finalmente, cabe a tarefa da *supervisão*.

O modo como cada preceptor encara a responsabilidade de responder pela formação dos residentes sob seus cuidados faz com que a supervisão se efetive sob diferentes premissas. Parece possível concluir que é desse fato que resultam procedimentos distintos, peculiares a cada um na relação de aprendizagem que entabula com o residente. Entretanto, são distintos apenas em aparência, pois, embora os modos de supervisionar culminem no estabelecimento de relações diferentes entre orientador e orientando, um olhar mais aproximado deixa entrever a suposição reiterada da mesma hipótese na situação de supervisão: o supervisor sente-se convocado a orientar os procedimentos e atitudes do residente com base na sua suposta experiência, que ganha contornos de verdade sobre o objeto da supervisão. Aquele que supervisiona sente-se convocado a indicar o caminho correto e seguro para que o residente aprenda ao repeti-lo. Repetição que, fortuitamente, pelo menos costuma se transformar com o tempo e perder seu caráter de reprodução do mesmo.

Quando da supervisão, o mais comum é flagrarmos o supervisor observando a atuação do *aprendente* ou escutando seu relato – que tanto pode vir na forma de uma tentativa de repetição dos

termos que ouvira do paciente, da narração do que acontecera ou do que pensara enquanto realizava o ato de cuidado. Também pode ocorrer na forma de queixa, por não saber como deverá proceder para não errar. Em contrapartida e de modo geral, é assim que procede o supervisor: observa, escuta a dúvida que angustia o Residente e demarca o caminho da solução do problema, apoiado na teoria, nas evidências ou na sua experiência pregressa. Há também o sentido da supervisão como observação e avaliação do trabalho daquele que é supervisionado, embora esse tipo de supervisão seja mais comum ao campo gerencial de controle da atuação e da produtividade do trabalho, o que não exclui que exista também como procedimento no contexto aqui enfocado.

Embora os distintos núcleos profissionais da área da saúde tenham suas particularidades, o padrão do que acontece no momento da supervisão é semelhante. No núcleo da medicina, o residente pode atender seu paciente sem a presença do preceptor, que pode ser consultado ou, até mesmo, intervir durante a consulta, se assim julgar necessário. Mesmo com variações – pois depende de como o supervisor encara o ato de ensino –, a supervisão consiste do momento em que o preceptor ensina os caminhos e as atitudes corretas para solucionar o problema. No núcleo da enfermagem, acontece algo semelhante e, assim como na medicina, ainda existem, para serem aprendidos, os procedimentos que requerem determinadas técnicas, dentre outras ações que requerem habilidades específicas, além de conhecimento teórico e informação. O residente da odontologia também é supervisionado de igual maneira e, grosso modo, mesmo naqueles núcleos profissionais que, em suas atividades, guardam diferença em relação aos procedimentos físicos no corpo dos pacientes – como os do serviço social e da psicologia –, as supervisões possuem característica semelhantes a dos procedimentos anteriores.

Em vista disso, é aceitável admitir que supervisores acabem atuando de modo semelhante, quaisquer que sejam as particularidades do trabalho em cada núcleo profissional. Fazem-no de um lugar específico em relação ao residente que, por seu turno, supõe-lhe ser detentor de uma verdade. A função preceptora da supervisão convoca aquele que a exerce a dar uma única resposta: a solução pragmática para o problema que o residente lhe endereça. Falta tanto aos residentes como aos preceptores assumir o trabalho educativo-assistencial “em ato” (MERHY, 2007).

Porém, a supervisão é um momento privilegiado para levar na mais alta conta a subjetividade do residente. Suas dúvidas, sua angústia, sua motivação ou sua inibição podem ser acolhidas pela escuta do supervisor naquele momento de trabalho. Desse modo, além de constituir um espaço de troca de informações, a função da supervisão passa a ser, também, a de abrir possibilidades de

enunciação por parte do residente. Torna-se, portanto, um espaço de escuta como delicadeza da parte do supervisor que está atento para os sintomas do residente em sua trajetória de formação, pois eles passam a ser decisivos para o tipo de formação que se deseja para o profissional em saúde. Entretanto, essa delicadeza do supervisor, para com o padecimento singular do residente, não costuma combinar com o que é comumente privilegiado nas relações de ensino e aprendizagem de instituições de formação, pautadas por elementos de forte cunho academicista.

O ato da preceptoria, de corrigir pela resposta certa, acolhe o erro do residente apenas como erro. Desse modo, a supervisão acaba desresponsabilizando o residente pelos seus atos. A função preceptora pode acolher aquele mesmo ato tomando o suposto erro como *equívoco*. Equívoco que supõe multiplicidade de sentidos ali condensados que seriam descartados em prol de um único sentido correto, eleito pela força hegemônica de um conhecimento privilegiado no tempo da supervisão. Se isso puder ser feito, o residente, por seu turno, pode tomar o equívoco como um enigma a ser resolvido pelo trabalho do processo de formação no qual se empenha. Uma metáfora emprestada do teatro grego talvez permita situar essa função peculiar do preceptor a exemplo da *plateia*, que testemunha o ato a ela endereçado, abstendo-se de atuar a exemplo do *coro*, cuja função é revelar a verdade não explícita do que está acontecendo na cena.

A metáfora com os elementos da comédia e da tragédia grega situa outra condição do preceptor/supervisor. Uma condição de precariedade, a exemplo da plateia que não pode protagonizar a cena a ela remetida, quando do seu acontecimento. Não sabe o que está no *script*, nem o que acontecerá depois. Pode, entretanto, observar, deixar-se afetar e ocupar a potente função do testemunhar. O testemunhar se presentifica de modo implicado e acolhedor da singularidade do outro. Diferencia-se, desse modo, do avalizar – ato que desobriga o outro a se responsabilizar por seu ato e retira sua possibilidade de experimentar-se.

A precariedade da preceptoria, quando há, ao ocupar a função preceptora é a de recursos pedagógicos que orientem suas atitudes no cumprimento de seu papel de ensino diante daquela cena de formação de propriedade inalienável do residente. Nenhuma técnica parece suficiente. A correção do erro, papel mais comum de origem escolar tradicional e acadêmica moderna, cristaliza os sentidos da vivência do residente quando defrontado com as realidades de sua prática e da vida do outro, aquele a quem dedica o seu esforço de cuidado em saúde. E o futuro profissional em saúde, com o que pode contar se nem os longos anos de sua experiência seriam eficazes, visto que, ali, se trata de preservar singularidades no processo de viver?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acompanhar o residente em seu processo de formação deve retirar o preceptor ou as equipes do lugar estéril de ser o reservatório de todo o conhecimento necessário para a prática. O preceptor ou a equipe estão envolvidos naquele processo, na medida em que se sintam à vontade ao se flagrarem como continentes do endereçamento que está implícito no ato da pergunta do residente. No entanto, esse endereçamento ao preceptor não lhe supõe forçosamente o lugar de *tudo-saber*, nem mesmo o deveria fazer em situação de supervisão. Uma das razões dessa afirmação reside no fato de que o erro, quando endereçado, nem sempre sugere a correção imediata. O suposto erro do residente, de qualquer ordem ou aparência, pode muito bem ser um ato que subverte aquilo que se espera dos cenários de prática e que contém, em si, a possibilidade de enunciação subjetiva. O ato de ensino do preceptor/supervisor deve ser questionado, relativizado, quando a hipótese do trabalho com a singularidade subjetiva do residente está presente: quando corrigir, quando aguardar e acompanhar para que haja uma nova construção enunciativa que pode estabelecer, com o tempo, um novo saber para o residente?

GÊNERO

ROGER FLORES CECCON
STELA NAZARETH MENEGHEL

A utilização da categoria "gênero" no ensino das *Residências em Saúde*, como eixo transversal, que perpassa todos os campos do conhecimento, torna-se fundamental no cotidiano das práticas, tendo em vista a importância dessa abordagem para a produção do conhecimento acerca das desigualdades entre homens e mulheres e das disparidades construídas social e culturalmente, inclusive nos espaços formais da educação, como escolas e universidades. Essa "socialização de gênero", ao longo do tempo, ensinou as mulheres a serem femininas, sensíveis, delicadas e submissas; enquanto os homens foram educados nos moldes de uma masculinidade dominadora e agressiva. Essa situação gerou desigualdades de gênero e contribuiu para vulnerabilizar as mulheres, sendo responsável pela desvantagem econômica, social e sexual, além de serem vítimas frequentes de violência. As desigualdades de gênero ficam evidentes quando analisamos as taxas de feminicídio e violência contra as mulheres, que crescem a cada ano; a baixa inserção das mulheres no mercado de trabalho; os postos de trabalho menos valorizados; os menores salários; e a baixa inserção política e de tomada de decisão pelas mulheres. Dessa forma, a utilização do conceito de gênero, no campo da saúde pública, é potente como ferramenta de sensibilização de profissionais, estudantes e professores para essas desigualdades, além de desnaturalizar essas relações e empoderar as mulheres para enfrentar as situações adversas e violentas presentes em uma sociedade patriarcal marcada pelo machismo e pela misoginia.

A categoria gênero, vista como um dos principais elementos articuladores das relações sociais, possibilita a compreensão acerca de como os sujeitos estão sendo constituídos cotidianamente por um conjunto de significados impregnados de símbolos culturais, conceitos normativos, institucionalidades e subjetividades sexuadas (SCOTT, 1989). Esse fato atribui a homens e mulheres um lugar diferenciado na sociedade, sendo essa diferença atravessada por relações de poder que conferem ao homem, historicamente, uma posição dominante. A adoção de um eixo transversal em torno das relações de gênero funciona como uma lente que possibilita aos residentes a visibilização de

aspectos que a sociedade naturaliza. Aspectos que vem assegurando a perpetuação de relações assimétricas entre homens e mulheres. Torna-se perceptível que as mulheres não dispõem das mesmas condições que os homens para enfrentar os problemas cotidianos, especialmente, porque ainda há uma grande concentração de poder e de recursos produtivos junto aos homens (meios de produção, terra, capital), bem como, também, acesso diferenciado deles ao conhecimento (domínio da tecnologia). Dessa forma, por conta dessas assimetrias, mulheres e homens vivem e pensam o mundo a partir de diferentes "lugares", tendo necessidades diferenciadas. O desafio, portanto, é a busca da compreensão, a partir dos eixos educacionais da Residência, dos princípios e diretrizes do *Sistema Único de Saúde* e das necessidades e realidades locais, dos vários espaços e relações em que as desigualdades de gênero se constroem, como o contexto educacional, o mercado de trabalho, a família, as instituições, as políticas públicas, os meios de comunicação etc., que influenciam diretamente a construção das subjetividades de mulheres e homens.

Assim, a inclusão do gênero como categoria de análise e de ensino na Residência é de extrema importância, pois amplia os paradigmas do conhecimento e, ao abrir perspectivas para uma nova realidade social, possibilita a discussão sobre desigualdades e opressões sociais, além de permitir que a experiência feminina seja contemplada. Além do mais, essa perspectiva se torna ainda mais potente pelo fato dos *Programas de Residência* se constituírem da integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos em parcerias com gestores, trabalhadores e usuários, visando a favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho com um olhar ampliado para o contexto social. Essas mudanças no conhecimento, a partir da categoria de gênero e dos estudos feministas, possibilitam uma análise do contexto social, considerando a importância que o sexo vem tendo como parâmetro para a compreensão da realidade. A compreensão e tomada de consciência acerca das desigualdades de gênero não acontecerá por meio da simples transmissão de conhecimento, regras e princípios, é necessário considerar aspectos subjetivos do sujeito em construção. Diante disso, o ensino de gênero nas Residências precisa auxiliar o residente a elaborar a sua forma de ser e de viver em sociedade.

Por fim, uma educação comprometida com uma nova ordem social precisa ser capaz de romper com conceitos universais e imperativos morais, investindo em uma prática que respeite a subjetividade e proporcione ao indivíduo o exercício da liberdade. Esse compromisso implica a existência de um(a) novo(a) educador(a) e de novos conteúdos programáticos, a ressignificação do processo de avaliação e uma nova prática educativa.

GESTÃO

ROSEMARIE GARTNER TSCHIEDEL
ANALICE DE LIMA PALOMBINI

Serviços de saúde, projetos universitários, núcleos e centros de referência, equipes de gestão municipal e estadual são possíveis cenários de práticas que compõem o percurso de uma *Residência Integrada em Saúde*, possibilitando vivenciar princípios e diretrizes do *Sistema Único de Saúde* (SUS). Entende-se que, em cada um desses cenários, a gestão se faz, ela necessariamente acontece e é potencial elemento da formação. Disso decorre a importância de que o/a residente participe de reuniões de equipe, conselhos de saúde, rede e demais espaços de discussão, planejamento, deliberação e avaliação dos processos de trabalho em que se encontra implicado. No entanto, essas experiências em ato podem vir carregadas de um viés centralizador, pouco participativo, autoritário ou, predominantemente, técnico e burocrático. Há um risco de que as premissas da formação, no que diz respeito à participação e gestão, fiquem 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.

Ora, a gestão em saúde no contexto de um programa de residência precisa ser mais do que uma temática a ser abordada ou uma conjuntura de que padeçam os residentes em seus respectivos cenários de práticas. Entende-se que a própria Residência, em suas instâncias e processos de gestão, pode configurar 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. Isso requer, por um lado, colocar em questão a prerrogativa, pretensamente reservada ao lugar de coordenação, de traçar definições unilateralmente (ainda que eventualmente o exercício de tal prerrogativa se faça necessário, quando um princípio de base ou coletivamente construído é desrespeitado); por outro, implica na construção de autonomias locais, em exercícios de protagonismo que envolvem desde a capacidade de organização própria a cada um de seus segmentos (residentes, tutores, preceptores, coordenadores), do âmbito local ao nacional, até o fortalecimento e aumento da capacidade decisória

das *Comissões de Residência Multiprofissional* (COREMU)[1] em relação à *Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde* (CNRMS)[2].

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, 2000b), em prol de um sistema público de saúde descentralizado, universal, equitativo e participativo. A gestão ganha, então, 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 desde a dimensão macropolítica de um programa de governo até a variabilidade dos regramentos instituídos na micropolítica das relações estabelecidas por cada 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 o desafio 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).

Nesse sentido, cabe estar atento aos processos de gestão de uma Residência, para que os seus diferentes espaços possam convergir com os pressupostos da cogestão. O exercício de cogestão conclama a coletividade que compõe um programa de residência 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. A Residência situa-se, então, como experiência limite compartilhada entre os seus

[1] Comissão de Residências Multi e Uniprofissionais em Saúde.

[2] Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde.

diversos atores e que remete à própria sustentabilidade do *Sistema Único de Saúde*, atravessado por essas mesmas tensões – tensões que se apresentam às vezes como ruído, às vezes grito, às vezes desconfiança, às vezes maltrato, como verso e reverso, versões díspares, mal-entendidos. É parte do processo de gestão fazer desse barulho uma conversa, em que os diferentes atores que compõem a RIS 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.

Ao retirar a gestão do lugar hierárquico em que costuma ser situada e naturalizada, 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. O processo requer a capacidade de sustentar e deixar-se afetar por tais embates, fazendo deles uma força produtiva.

HISTORICIDADE

Belchior Puziol Amaral
Ricardo Burg Ceccim

Apostando no desenvolvimento da estratégia de formação em saúde na modalidade de Residência, de experiência pontual à política de financiamento e legislação normativa; a reunião de cidadãos diversos resultou em um movimento social, o *Movimento Nacional de Residências em Saúde*. Um "movimento" congrega demandas por direitos, enseja formas de ativismo, constitui institucionalidade por meio da articulação entre organismos e estabelece participação política pela representatividade das entidades em em rede. No caso da Educação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde, no Brasil, o país viu nascer um "movimento social" próprio à "especialização na forma de treinamento em serviço sob supervisão", que deixava de ser apenas uma modalidade de formação para representar uma estratégia de gestão da educação e do trabalho para o *Sistema Único de Saúde* (SUS). Pode-se apontar que "movimentos sociais" constituem instâncias da sociedade civil organizada, contemplando uma pauta de reivindicação por direitos, a identificação com uma causa de interesse popular e uma agenda de ações, manifestações, produção de textos e convocação de simpatizantes. É justamente nesse sentido que se pode falar em um movimento social das residências, da convivência com a residência médica à emergência das residências em saúde.

A regulamentação da Residência Médica, no Brasil, decorre do *Decreto nº 80.281*, de 5 de setembro de 1977:

> Art. 1º A *Residência em Medicina* constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de *curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva*, funcionando em Instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (BRASIL, 1977, grifos nossos)

Os programas de residência em medicina, em 1977, deveriam ter duração mínima de um ano e carga horária mínima de 1.800 horas de atividade. Este Decreto criou a *Comissão Nacional de Residência Médica* (CNRM), enquanto a *Lei Federal nº 6.932*, de 7 de julho de 1981, revogando apenas disposições em contrário, estipulou as atividades do médico residente e as condições de

implementação da residência (esta Lei teve várias emendas em 2013, estando, portanto, plenamente em vigor):

> Art. 1º A *Residência Médica* constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de *cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço*, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (BRASIL, 1981, grifos nossos)

Já as disposições sobre Residência relativas às demais categorias profissionais da saúde possuem recente previsão jurídico-política no Brasil. Ela decorre de experiências provenientes dos antigos *Instituto Nacional de Previdência Social* (INPS) e *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS), de Secretarias Estaduais de Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz, de Núcleos do Ministério da Saúde em alguns estados da federação e do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, este último, tendo se inserido no bojo do Programa Saúde da Família. Experiências isoladas de residência para as categorias profissionais da saúde, inspiradas no modelo médico de *cursos de especialização, caracterizados por treinamento em serviço* (ou *cursos de especialização na modalidade de residência*), datam dos anos 1960, as mais frequentes em enfermagem, categoria que teve projeto de lei específico aprovado pelo *Conselho Nacional de Saúde* (CNS), conforme *Ata da 63ª reunião ordinária*, realizada nos dias 05 e 06 de março de 1997 (BRASIL, 1997). O pedido de parecer do CNS ao *Projeto de Lei nº 2.264*, de 13 de agosto de 1996, o qual instituía a *Residência em Enfermagem*, teve relatório de recomendação pelo Ministério da Saúde e foi aprovado em plenário. O *Conselho Federal de Enfermagem* (COFEN) citava a existência de vários cursos de especialização na modalidade residência, fosse em Enfermagem ou pela presença de enfermeiros em residências multiprofissionais, nomeadamente na Fundação Oswaldo Cruz, como ocorria na *Escola Nacional de Saúde Pública* (ENSP). A este projeto foi apensado o *Projeto de Lei nº 4.210*, de 13 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998), que tornava obrigatória a criação da Residência "como complemento dos cursos de graduação, em todas as profissões da área da saúde", além de outro, de igual teor ao da *Residência em Enfermagem*, o *Projeto de Lei nº 2.322*, de 27 de setembro de 1996 (BRASIl, 1996b). O projeto que criava a "Residência em Saúde", a destinava a todas as profissões da área da saúde. A última tramitação, em 2008, aprovada na *Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania* (04 de junho de 2008), considerando a reunião dos três projetos desde 1998 e todas as emendas a eles apresentadas, sugeria substituir no texto a expressão "Residência em Enfermagem" por "Residência na Área de Saúde", bem como "enfermeiro residente" por "profissionais da área da saúde residentes", "Conselho de Enfermagem" por "respectivos Conselhos de Categorias

Profissionais"; e incluir, além da Enfermagem, as profissões de Biologia, Biomedicina, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. A exclusão da medicina estava justificada pela existência de uma lei própria em vigência, enquanto a formalização e execução de programas de residência multiprofissional não estavam mencionadas. Os três projetos tramitaram reunidos desde 1998, e foram arquivados, em definitivo, em 27 de janeiro de 2012 (BRASIL, 1996a, 1996b, 1998).

Residências multiprofissionais e/ou integradas (tanto residências médicas com acesso multiprofissional, como residências designadas por área de intervenção, e não por categorias profissionais) foram pontuais ao longo das décadas de 1970, 1980 e 1990, especialmente nos contextos da medicina preventiva e social (saúde coletiva), da saúde comunitária e da saúde mental. Particularmente nos anos 2000, emergiu de forma densa a necessidade de ressignificação do trabalho em saúde e da formação de profissionais para acompanhar as mudanças requeridas pelo mundo do trabalho, inclusive pela necessidade de desenvolver valores éticos e políticos para a compreensão da saúde como direito e produção de cidadania, o chamado *processo de mudança na graduação das profissões da área de saúde, tendo como eixo a integralidade da atenção e a humanização das práticas*.

A *Lei Federal nº 11.129*, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005d), criou a *Residência em Área Profissional da Saúde*, destinada às categorias profissionais da saúde, exceto a categoria médica, que já dispunha da residência como modalidade de formação e cuja lei foi mantida. Essa Lei já estava em vigor pela *Medida Provisória nº 238*, desde 1º de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2005h), alterada em 2011 relativamente à destinação de bolsas: de apenas aos "profissionais diplomados em curso superior na área da saúde" para "trabalhadores da área da saúde" na *Lei Federal nº 12.513*, de 26 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011d). A Lei que criou a *Residência em Área Profissional da Saúde* também criou a *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS), uma mesma e única para as modalidades uni ou multiprofissionais de qualquer área de ênfase ou concentração, chamadas pela Lei como "área profissional"[1].

> Art. 14. Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde. (BRASIL, 2005d)

[1] O nome mais prudente para a Comissão deveria ser Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde (CNRMS).

A proposta de uma Residência em Saúde, uni ou multiprofissional, deve atender ao Art. 30, da *Lei Federal nº 8.080/90*, que regulamentou o SUS:

> Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes. (BRASIL 1990, grifos nossos)

O Art. 27 desta mesma Lei estipula a "elaboração de normas em conjunto com o sistema de ensino". Assim a comissão nacional de residência em saúde, de abrangência multiprofissional, do mesmo modo que a CNRM, foi sediada no Ministério da Educação. A participação das "entidades profissionais" contou com a existência da *Comissão Intersetorial de Recursos Humanos* (CIRH), do *Fórum das Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde* (FENTAS) e do *Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde* (FNEPAS).

O FNEPAS foi articulado em 2004, visando congregar as entidades nacionais envolvidas com a educação e desenvolvimento profissional na área da saúde:

> Objetivo Geral: contribuir para o processo de mudança na graduação das profissões da área de saúde, tendo como eixo a integralidade na formação e na atenção à saúde. Objetivos Específicos: contribuir para a mobilização de docentes, estudantes, gestores da educação e da saúde e usuários para mudança na graduação das profissões da área de saúde; promover a troca de experiências entre os diversos cursos de graduação em saúde; realizar ações conjuntas voltadas à formação profissional e ao cuidado em saúde, obedecendo a lógica da integralidade da atenção; estabelecer compromissos e cooperação técnica entre as entidades participantes do FNEPAS e os Ministérios da Saúde e Educação, além de outras entidades da sociedade civil organizada. (FNEPAS, 2011)

O FENTAS, desde 1997, e conforme afirma sua Carta de Princípios:

> (...) é um fórum nacional, permanente, de representação ampla dos trabalhadores em suas diversas formas de organização, composto por entidades que representam todos os aspectos que compõem o processo de trabalho, seja na formação, regulamentação e nas relações de trabalho. (FENTAS, 2015)

A CIRH foi criada dentre as sete primeiras Comissões oriundas da Lei Orgânica da Saúde, pela *Resolução CNS nº 11*, de 31 de outubro de 1991 (BRASIL 1991), e reinstalada pela *Resolução CNS nº 225*, de 08 de maio de 1997 (BRASIL, 1997a), devido ao "estado (...) de desativação do funcionamento desta Comissão". Em 1997, ao reinstalar a Comissão, o CNS resolve:

> Propor para esta Comissão Intersetorial a missão inicial de definir nos aspectos conceitual e de articulações intersetoriais, as obrigações legais de ordenação da formação de recursos humanos de saúde (Lei 8.080/90, Art. 6º), de criação comissões permanentes de integração

> serviço-ensino (Lei 8.080/90, Art. 14), participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Lei 8.080/90, Art. 15), e aplicação dos objetivos da formalização e execução da política de recursos humanos, *critérios de preenchimento dos cargos objetivos da formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço* (Lei 8.080/90, título V), assim como elaborar proposta de plano de trabalho a ser apreciada e aprovada pela plenária do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1997a, grifos nossos)

Na base social, a luta pela formalização e execução da política de especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão, já contava com a prevista participação das entidades profissionais devido ao acompanhamento pelo FENTAS, presente como instância de articulação junto ao CNS. A luta pela certificação dos egressos nos mesmos moldes que a residência médica, isto é, como residência e não como curso de especialização nas instituições de ensino, contava com a ação política dos coordenadores dos programas existentes, e de proponentes interessados na implantação e popularização da Residência em Saúde. Por isso, os discursos "especialização" e "residência"; "instituição de ensino" e "instituição de serviço"; "preceptoria por profissionais de elevada qualificação ética e profissional" e "profissionais com titulação de pós-graduação igual ou superior ao nível *lato sensu* reconhecida por instituição de educação superior", entre outras polêmicas, se incorporaram à sistematização de agenda do *Movimento*.

Após a Lei de 2005, emerge, na luta pela residência em saúde, uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS: uma exigência de formação em serviço que promovesse não só a integração do mundo do trabalho com o mundo da formação em ambientes de serviço ou rede-escola, como também em defesa de mudanças no modelo tecnoassistencial pela atuação multiprofissional e interdisciplinar adequada às necessidades locorregionais; e ainda, um processo de Educação Permanente em Saúde que possibilitasse a afirmação do trabalhador no universo de trabalho e mobilizasse a sociedade (CECCIM, 2010, p. 19).

ARTICULAÇÕES PRECURSORAS E AS BASES DE SUSTENTAÇÃO INICIAL

No intuito de constituir-se como instância de interlocução com o governo, construir pauta, identidade e agenda; coordenadores, preceptores/tutores e residentes passaram a realizar encontros em torno da demanda específica de articular a Comissão Nacional prevista pela lei, respeitada a participação das "entidades profissionais correspondentes", e sob normas elaboradas em conjunto do sistema de saúde com o sistema de ensino (Artigos 27 e 30, citados). As mobilizações iniciadas antes de 2006 ganharam nova organicidade: agora, sob a forma de Fóruns. Foram três fóruns nacionais: de

coordenadores, de preceptores/tutores e de residentes, contando fortemente com o fórum das entidades profissionais já existente. Os Fóruns, na sua materialidade, demonstravam abertura ao pluralismo, mas uma clara militância pelo SUS e em defesa da educação pública. Pode-se falar em "movimento social das residências" porque esses fóruns – em conjunto e separadamente – foram organizando simbologias e significados para a população, criando utopias de transformação no imaginário social em saúde e em educação, assim como ao futuro das profissões em saúde, e constituindo a necessidade de uma política de governo para dialogar com a sociedade. No caso do movimento emergente, esses elementos foram: o lema da multiprofissionalidade com interdisciplinaridade; a defesa da integralidade da atenção à saúde; a exigência de uma formação profissional de qualidade teórica e prática em cenários do trabalho no SUS; e a construção de visibilidade ao "SUS que dá certo". As primeiras residências multiprofissionais não eram assim designadas, recebiam sua identificação pela área de intervenção/área profissional. Aquelas, já no final dos anos 1990, que pretendiam enfocar a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade do conhecimento, a intersubjetividade no trabalho em equipe e a interprofissionalidade no fazer técnico usaram denominar-se residências multiprofissionais e, outras, residências integradas. A oposição de algumas categorias profissionais ao "movimento da multiprofissional" vinha da não identificação com a necessidade multiprofissional e da manutenção da legislação da residência médica, a qual fazia pensar que "integrada" se tratava de conjugar as duas residências, uma vez que esta experiência já vinha ocorrendo. É nesse contexto que a nomenclatura que passou à Lei foi Residência em Área Profissional da Saúde, como nas primeiras "experimentações concretas": não uma residência na área de saúde (uniprofissional, como nos projetos de lei e nas mobilizações por categoria profissional), mas em áreas de intervenção (como aqueles designadas como em Saúde Mental, em Saúde Comunitária, em Saúde da Família e em Saúde Coletiva, por exemplo).

A *Residência em Área Profissional da Saúde* ganha significativo contorno político com a aprovação pelo CNS, em sua *Resolução nº 335*, de 27 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003), referendada pela *12ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em dezembro do mesmo ano, da "Política Nacional de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde", publicada como *Portaria GM/MS nº 198*, em 05 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004f). Essa Política deu sistematização e unidade à prerrogativa do SUS como ordenador da formação de recursos humanos, tal como prescrito pela Constituição Federal. Movimentos anteriores, especialmente a luta por uma política de gestão do trabalho e da educação na saúde marcavam a agenda da CIRH e do fórum das entidades profissionais. Nesse contexto, surge, em 2005, a primeira regulação estatal de

Programas de Residência em Saúde com caráter nacional para além da categoria médica. Cria-se uma base local: os programas; e uma base reguladora: a comissão nacional. Em consequência, emerge a necessidade de instauração de esferas de mediação entre as instâncias locais (os programas) e o Estado (a Comissão), bem como a construção de redes para o desenvolvimento e o fortalecimento dessa perspectiva de formação interdisciplinar e multiprofissional. Dentre as esferas de mediação, destacam-se os "fóruns de articulação", representantes da base de atores sociais. É de se anotar que, em um primeiro momento, essa base tinha como grandes níveis de representação o corpo docente-assistencial (coordenadores, docentes, preceptores, tutores e orientadores), o corpo discente (residentes) e o fórum das entidades profissionais que, articulado *pelo* e *no* CNS, representava o papel de sociedade civil junto à instância de controle social do SUS. Foi a construção do movimento e sua consideração de acumulação de força que construiu as noções de Coordenadores, Preceptores/ Tutores e Residentes. A construção de instâncias formais no Estado e o ativismo organizado na Sociedade, somado ao ativismo do fórum de entidades profissionais, ganhou expressão junto ao CNS e configurou o *Movimento Nacional de Residências em Saúde* ou *Movimento Social das Residências*.

Já ao final de 2005, em dezembro, foi realizado o *I Seminário Nacional de Residências em Saúde* (I SNRS) — designado como de "residências multiprofissionais em saúde" — pelo Ministério da Saúde, resultante dessa construção pelo CNS, e tendo em vista fomentar a reflexão e estimular o debate entre entidades profissionais (importante afirmar que se trata, sempre, da articulação presente no CNS), gestores de saúde, representações dos programas de residência e as instâncias normativas educacionais. Participaram deste evento residentes, coordenadores, secretários municipais e estaduais de saúde, bem como representantes de entidades profissionais das categorias da área da saúde. O I SNRS teve como objetivo iniciar o processo de reflexão sobre uma política específica às residências em saúde, mediante os seguintes enunciados: "estratégias para construção da multidisciplinaridade; construção de diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde e composição da CNRMS e a criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde". Aparece "multidisciplinaridade", quando o lema era "multiprofissionalidade e interdisciplinaridade"; "residência multiprofissional em saúde", quando a nomenclatura legal era "residência em área profissional da saúde" e Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, quando deveria ter sido "sistema nacional de residências em saúde" (uni ou multiprofissionais, de quaisquer formatos e vínculos). Como dito acima, a nomenclatura "multiprofissional" era mais um conceito do que uma delimitação da obrigatoriedade de reunir várias profissões, feita para demarcar que o movimento que se organizava não era "por categoria profissional" (FNRS, 2010a).

Os residentes iniciaram sua organização nacional, a qual resultou no *Fórum Nacional de Residentes em Saúde* (FNRS). Também aqui houve um debate de nomenclatura, não Fórum Nacional de "Residentes Multiprofissionais em Saúde", mas de "Residentes em Saúde", tampouco dos "profissionais da área da saúde residentes" (como na tramitação dos projetos de lei). A CNRMS quando definiu pela primeira vez a nomenclatura para "residentes", utilizou: o profissional de saúde que ingressar em programas de residência em saúde receberá a denominação de "Profissional de Saúde Residente" — art. 15, *Resolução CNRMS nº 2*, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a). Costuma-se referir, em todo caso, guardando-se a sinonímia com os médicos residentes, a particularização de cada profissão: "dentista residente", "enfermeiro residente", "nutricionista residente", "psicólogo residente" etc., embora nas residências em saúde sejam bastante comuns as chamadas "residente de odontologia", "residente de enfermagem", "residente de nutrição" ou "residente de psicologia", como exemplos.

OS FÓRUNS POR SEGMENTO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Em 2006, foram realizados três *Seminários Regionais de Residência em Saúde* (sempre chamados de multiprofissionais): Nordeste, Sul/Sudeste e Norte/Centro-Oeste, culminando com o *II Seminário Nacional de Residência em Saúde* (II SNRS), realizado em agosto. Na preparação do II SNRS, os atores envolvidos na coordenação, preceptoria e tutoria nas residências em saúde, assim como já articulado pelos residentes, constituíram suas formas primeiras de articulação coletiva do segmento docente-assistencial em dois Fóruns Nacionais. Anota-se que havia o fórum dos discentes e criava-se o fórum dos docentes, mas, numa avaliação quanto à ação política e estratégica na sociedade, junto às instâncias controle social e nos diversos colegiados de gestão, entendeu-se interessante configurar dois segmentos, o de "coordenadores" e o de "docentes propriamente ditos". Assim, são criados, em 21 de agosto de 2006, o *Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Saúde* (FNCRS) e o *Fórum Nacional de Tutores e Preceptores* (FNTP).

Iniciadas como Reunião de Coordenadores e, depois, Reunião do Fórum de Coordenadores, a partir de seu 4º encontro, tal reunião se transformou em *Encontro Brasileiro do Fórum Nacional de Coordenadores de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde*, congregando equipes gestoras dos programas (não há uma definição precisa de "coordenador", podendo ser equipe de gestão), sejam estes de caráter uni ou multiprofissional, sejam de que áreas profissionais forem (a designação "área profissional" equivalendo às designações "área temática", "de ênfase", "de concentração" ou "de especialidade", conforme cada realidade). Foi a partir de 2012 que o Fórum

passou a organizar "Encontros Brasileiros" no interior de congressos brasileiros/congressos nacionais (FNCRS, 2014), como aqueles da *Associação Brasileira da Rede UNIDA* (Rede UNIDA) e da *Associação Brasileira de Saúde Coletiva* (ABRASCO). O Fórum de Coordenadores, hoje, possui uma estrutura de Coordenação Geral (com 2 titulares e 2 suplentes), 2 Grupos de Apoio (Articulação Político-Institucional e Articulação Organizacional), 5 Representações Regionais (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste e Sul) e Colaborador Especialista.

A INSTITUIÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E SEU ABALO

A necessária instituição de uma comissão nacional de residências em saúde foi objeto de debate no II SNRS, em 2006, quando foi encaminhada a criação de um Grupo de Trabalho para elaborar a proposta de sua composição, atribuições e funcionamento. Este GT foi constituído por representantes dos gestores (*Ministério da Saúde* – MS, *Ministério da Educação* – MEC, *Conselho Nacional dos Secretários de Saúde* – CONASS e *Conselho Nacional dos Secretarias Municipais de Saúde* – CONASEMS), das entidades profissionais (FENTAS e FNEPAS) e dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (*Fóruns Nacionais de Coordenadores*, *de Tutores e Preceptores* e de *Residentes*). O GT elaborou as diretrizes que balizaram o movimento pela institucionalização das residências, tendo sido introduzida a linguagem "Multiprofissional" e "Área Profissional". A nomenclatura "multiprofissional" (que era uma bandeira de lutas), com a introdução da nomenclatura "e em área profissional" (relativa a área de concentração dos programas), ficou "embaçada". Em 2006, o MS, por meio da *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde* (SGTES), em especial seu *Departamento de Gestão da Educação na Saúde* (DEGES), publicou "Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios", com 414 páginas (BRASIL, 2006c), onde se lia, na apresentação, que "de acordo com Lei nº 11.129, a Comissão Nacional de *Residência em Área Profissional da Saúde* deverá ser criada no âmbito do MEC", e que "a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117/2005 instituiu a *Residência Multiprofissional em Saúde*" (pg. 7). A citada Portaria MEC/MS, de 3 de novembro de 2005, escrevia "a Residência Multiprofissional em Saúde, do Programa Nacional de *Residência Profissional na Área de Saúde*" (BRASIL, 2005c, grifos nossos).

Com base no debate e sistematização do GT, foi publicada a P*ortaria Interministerial MEC/MS nº 45*, em 12 de janeiro de 2007, a qual regulamentou a CNRMS, determinando sua composição e as diretrizes para o credenciamento de *Programas de Residência em Saúde* (BRASIL, 2007a). Ainda em 2007, os Fóruns realizaram três encontros nacionais para avançar na constituição das bases políticas para a formação de trabalhadores de saúde nessa modalidade, bem como na articulação entre os

distintos segmentos.

Em outubro de 2008, ocorreu o *III Seminário Nacional*, agora chamado por *Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde*, em Brasília. O III SNRS teve como objetivo a discussão e a pactuação de mecanismos de acompanhamento, regulação e avaliação das Residências em Saúde. Dentre as atribuições da CNRMS estava previsto regulamentar e deliberar sobre todas as questões das Residências. A primeira composição da CNRMS foi acordada pelo MS, MEC e atores sociais da base (residentes, preceptores/tutores, coordenadores e entidades profissionais), contemplando todos os fóruns de forma paritária, inclusive com o mesmo número de integrantes que os representantes de governo (MEC, MS, CONASS e CONASEMS). A partir do III SNRS a designação *Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional de Saúde* contribuiu para a noção fragmentada das representações dos segmentos de residência, contrariando a pauta do *Movimento Social das Residências*, pois, ao se admitir que existiam *Programas de Residência Multiprofissional em Saúde* e *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde*, também se rompia a noção de gestão integrada dos diversos programas, inclusive com a residência médica. A designação "multiprofissional" era aquela que agregava à pauta *evitar qualquer noção fragmentada*, assim a palavra *integrada* precisava representar mais que a integração das residências médicas com as residências multiprofissionais por área de intervenção.

A primeira CNRMS foi investida em 2007, nomeada pela *Portaria Interministerial MEC/MS nº 698*, de 19 de julho de 2007, um primeiro mandato de 2 anos, perfazendo 2007 a 2009 (BRASIL, 2007d). Neste período, foram realizadas 16 reuniões plenárias (BRASIL, 2009c), com o seguinte debate: (1) elaboração de critérios para o credenciamento dos programas de residência em saúde; (2) discussão e alteração da carga horária de 40 para 60 horas semanais, pois falava-se em Dedicação Exclusiva, mas não em 60 horas (BRASIL, 2008d); (3) alteração da designação c*ategorias profissionais que integram a área da saúde* para *profissões que se relacionam com a saúde* (BRASIL, 2008d); (4) discussão e elaboração do regimento interno da CNRMS (BRASIL, 2008e); (5) implantação de sistema informatizado e convocação pública em 07/07/2008, para cadastramento dos programas de residência em saúde; (6) publicação do edital de seleção de avaliadores em 07/07/2008 para realização de visitas aos programas de residência, com a seleção de 100 avaliadores; (7) capacitação inicial dos avaliadores (*I Oficina de Avaliadores*); (8) realização do *III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde*, ocorrido em Brasília em outubro de 2008; (9) constituição de Câmaras Técnicas segundo a noção aproximada de *linhas de cuidado* para diferir de *categorias profissionais*

(desenho provisório e com críticas crescentes); (10) discussão sobre *campo* e *núcleo* do trabalho em saúde para pensar *área profissional* e *categoria profissional*, respectivamente; (11) elaboração de proposta de instrumento de avaliação e roteiro de visita de avaliação.

Em consequência da gestão 2007-2009, também foram estabelecidos quatorze princípios e diretrizes para os *Programas de Residência em Saúde*, entre os quais: estar afinada com os princípios e diretrizes do SUS, usar da concepção ampliada de saúde e de uma pedagogia problematizadora, servir à mudança dos modelos de gestão e atenção do SUS, construir itinerários formativos entre diferentes serviços e instâncias do sistema (desencadeando o processo pedagógico sob a perspectiva de redes integradas e linhas de cuidado), integrar os programas de residência com as instituições de ensino superior (entendendo que o próprio processo de formação pós-graduada em serviço deve dialogar com os processos de formação graduada), descentralizar os processos de formação, interiorizar o trabalho em saúde, constituir processos de avaliação e monitoramento.

Em junho de 2009, no Rio de Janeiro, ocorreram os encontros nacionais dos *Fóruns de Coordenadores de Residências em Saúde*, *de Tutores e Preceptores* e *de Residentes em Saúde*. Tratou-se de um momento histórico, pois os Fóruns se mobilizaram pela primeira vez sem nenhum financiamento por parte do Estado. Contudo, nesse mesmo ano de 2009, MEC e MS deixaram de convocar as reuniões do pleno da CNRMS. Diversas negociações públicas ficaram suspensas, assim como a regulação e regulamentação, o credenciamento e o financiamento de atuais e novos Programas. No mesmo ano, os Ministérios da Saúde e da Educação derrubaram arbitrariamente a *Portaria Interministerial nº 45/2007* e publicaram a *Portaria Interministerial nº 1.077/2009*, alterando totalmente a configuração da CNRMS (BRASIL, 2009b). Tal normativa reduziu drasticamente a representação dos Fóruns que vinham acompanhando o trabalho da CNRMS, passando a maioria dos assentos aos gestores. Isso permitia ao MEC e MS a regulação quase absoluta dos processos normativos da CNRMS, pois possuíam concentração de votos entre seus representantes diretos, além de coordenarem a designação de grande parte dos outros membros. A representação das *entidades profissionais* também deixava de ser a representação de Fóruns passando à representação de *categorias profissionais*.

A *Portaria 1.077/2009* (BRASIL, 2009b) obrigava as entidades a enviarem lista tríplice para que os membros natos (maioria de representantes governamentais) escolhessem os representantes da base (corpo docente-assistencial e corpo discente). Foram excluídas todas as indicações provenientes de Fóruns (de residentes, de coordenadores, de preceptores/tutores e das entidades profissionais).

Foram inseridas representações das Instituições de Ensino Superior (entidades de reitores), dos Conselhos Profissionais, das Federações Sindicais e das Associações de Ensino. Desapareceu a representação dos estudantes de graduação, um segmento radicalmente riscado da nova proposta do governo. Os estudantes eram uma emergência do *Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde* (VER-SUS), havendo uma incipiente *Comissão de Representação Nacional dos Estudantes da Área da Saúde* constituída em 2003/2004, articulada pelo DEGES, a qual foi totalmente desmobilizada, em que pese a tentativa de interlocução na aprovação do *Projeto de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* (Pró-Saúde), em 2005. Cabe neste ponto uma importante anotação, o *Movimento Social das Residências*, que havia criado os Fóruns de Coordenadores, de Preceptores e Tutores e de Residentes, propôs como interpretação do Art. 30, da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990), que a representação das entidades profissionais se fizesse pelo FENTAS, já constituído como base das categorias profissionais de saúde junto ao CNS, e pelo FNEPAS, criado junto à *Política Nacional de Articulação do SUS com a Graduação em Saúde* (AprenderSUS), política extinta pelo governo, e substituída pelo Pró-Saúde. A presença de 2 Fóruns para o mesmo segmento, que tinha em vista intercruzar o movimento das residências com os movimentos do VER-SUS e do AprenderSUS não fazia mais sentido, uma vez que foram encerrados pelo governo ao longo de 2007 a 2009.

Na virada da CNRMS de 2009 para 2010, a principal ocorrência foi a deslegitimação das indicações, pelos Fóruns, de membros da CNRMS. Segundo o *Movimento das Residências*, uma ação anti-SUS, antidemocracia e antiparticipação. Anota-se que, quando o grupo de Conselhos Federais deveria reunir-se para indicar um representante, quando o grupo das Federações Sindicais deveria reunir-se para indicar representante e o grupo das Associações de Ensino deveria reunir-se para indicar representante, deixava de existir a noção de fórum às entidades profissionais como instância do movimento social, deixava de existir a articulação de atores em representação coletiva de entidades profissionais, passaria a existir a representação de categorias profissionais. Nesse momento, é emergente uma nova articulação do *Movimento Social das Residências*: a partir de então, o corpo docente-assistencial (fórum de coordenadores e fórum de preceptores e tutores indistintamente), o corpo discente (fórum de residentes) e as entidades profissionais se tornaram *Fórum das Residências em Saúde*, com agenda regular na CIRH e no CNS, além da estruturação de agenda comum nos congressos da Rede UNIDA e da ABRASCO.

Os coordenadores e os residentes se recusaram a indicar as listas tríplices, e o FENTAS levou o assunto para a CIRH/CNS. Os fóruns nacionais de residentes, de coordenadores, de preceptores e

tutores e de entidades profissionais tentaram abrir diálogo com o MEC e MS para compreender e modificar o cenário posto, sem encontrar suficiente receptividade. No período de funcionamento da CNRMS compreendido entre 2009 e 2011, o *Movimento das Residências* tem seu maior ativismo e maior proximidade com o CNS. Os fóruns por segmento da base e o fórum de entidades profissionais (todos juntos como *Fórum das Residências em Saúde*) passaram a se mobilizar ativamente pela revogação da *Portaria Interministerial nº 1.077/2009*.

"EM DEFESA DA PARTICIPAÇÃO LIVRE E DEMOCRÁTICA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS!"

Em 2009, é enviada carta ao CNS com o título "Em defesa da participação livre e democrática dos movimentos sociais na formulação de políticas!", com objetivo de conclamar a instância máxima de controle social do SUS a se posicionar a respeito dos fatos relativos às Residências em Saúde, considerando a extinção da *Portaria Interministerial nº 45/2007*, a qual foi construída de modo participativo, e a publicação da *Portaria nº 1.077/2009*, que foi deliberação de gabinete pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Tal documento foi assinado pelo FENTAS, FNRS, FNCRS e FNTP, sendo compartilhado e endossado em diversos coletivos locais reunidos em Porto Alegre, Porto Velho, Rio de Janeiro, Salvador e Teresina, onde ocorreram Encontros ou Seminários Descentralizados (estaduais ou regionais de residentes, de preceptores e tutores e de coordenadores de Programas). A partir de então, a nova estratégia foi a articulação desses coletivos com o CNS, cujo objetivo era realizar a interlocução com os Ministérios da Saúde e da Educação. De 2009 a julho de 2010, várias tentativas de negociações foram efetuadas, sem sucesso.

No *IX Congresso Internacional da Rede UNIDA* realizado em 2010, em Porto Alegre, o Fórum Temático de Residências em Saúde contou com aproximadamente 200 participantes e a presença de dez conselheiros do CNS, estabelecendo-se como bandeira de lutas a realização do *IV Seminário Nacional de Residências em Saúde* para discutir uma política nacional específica, sob a coordenação desses coletivos e do controle social em saúde. Foi sistematizada uma agenda entre os Fóruns (de residentes, de preceptores e tutores e de coordenadores) e o CNS, com vistas a denunciar a conduta arbitrária verificada nas atitudes políticas e normativas do MEC e MS na construção e regulamentação das Residências. Como desdobramento do Fórum Temático, foi aprovada como pauta permanente entre CNS, MS e MEC a revisão da composição da CNRMS e a construção dos marcos regulatórios das Residências, o que resultou na promoção do *IV Seminário Nacional de Residências em Saúde* (IV SNRS), com a chamada "experiências, avanços e desafios". Foi constituído um grupo do movimento

social das residências para compor a comissão organizadora do IV Seminário junto ao plenário da CNRMS. O IV SNRS foi realizado nos dias 29 e 30 de setembro de 2011, em Brasília, anunciando-se tal instância como novo e específico (temático) cenário às mediações entre Estado e Sociedade Civil.

Compareceram ao IV SNRS aproximadamente 400 participantes de todo o país, entre os quais, representantes de coordenadores, preceptores, tutores e residentes, secretários municipais e estaduais de saúde e conselheiros do CNS (considerados os segmentos de trabalhadores, de gestores e de usuários do SUS). Foram pautados temas relacionados à concepção político-pedagógica, gestão da política e dos programas, financiamento e participação social. A pauta abrangente, não vencida e não resolvida, pode ser enunciada como a pauta para uma política de residências ainda hoje, mas o impasse daquele momento se referia à composição da CNRMS. O principal incômodo do *Movimento Nacional de Residências em Saúde* era a "traição": de uma interlocução horizontal à exclusão de interlocução, de representação da base à representação de instituições, a inversão dos conceitos e práticas participativos para conceitos burocráticos e formalistas distantes do mundo real das residências. Até mesmo conquistas históricas da residência médica ou consensos das precursoras residências em enfermagem ou multiprofissionais, como o reconhecimento das instituições de serviço como proponentes de programas não seriam mais aceitas para a residência em área profissional da saúde e a "especialização pela experiência" também não seria aceita, apenas títulos constantes de diplomas. Os *Trabalhos Finais* passaram a *Trabalho de Conclusão de Residência* sob a forma de artigo científico submetido à publicação e as cargas horária teórica e teórico-prática, reunidas, foram limitadas ao máximo de 20% da carga horária total.

O desdobramento final do IV SNRS foi a instituição de uma pauta governo-sociedade a ser liderada pelo CNS, instância máxima do controle social em saúde. Houve necessidade da intervenção direta dos Gabinetes de Ministro na construção de uma mediação que permitisse encerrar o Seminário. Como resultado da mediação, frente ao impasse colocado entre, de um lado, os representantes de residentes, de preceptores e tutores, de coordenadores em programas de residência e da representação do segmento de trabalhadores no CNS, e de outro lado, o governo, representado pelo MEC e MS; foi aprovado um Grupo de Trabalho, com representantes e convidados especialistas, para apresentar uma composição aceitável à futura CNRMS, e o processo de indicação dos segmentos de base das residências. O *Movimento Nacional de Residências em Saúde* enxergava o GT com um único objetivo: o de reconfigurar a composição da CNRMS, retomando a participação dos segmentos. Se hoje, esses segmentos estão na composição da CNRMS, é devido ao resultado objetivo

dessa luta. Luta dos Fóruns, luta pelo reconhecimento da representação dos Fóruns. O *Plenário nº 226* do Conselho Nacional de Saúde, realizado em 05 e 06 de outubro de 2011, aprovou a composição do GT Residências constituído por 6 membros do CNS, representando seus segmentos (2 conselheiros gestores – estados e municípios, 2 conselheiros usuários e 2 conselheiros trabalhadores), 3 membros envolvidos diretamente no processo (coordenação da CNRMS e um membro do gabinete de cada Ministério), e membros de representação convidada (representante dos residentes, representante do ensino no fórum das entidades profissionais, a Rede UNIDA, e um convidado especialista) (BRASIL, 2011c). Em 24 de novembro de 2011, foi realizada a primeira reunião do GT Residências sem a presença de vários membros, resumindo-se ao compartilhamento de informações sobre as decisões do IV Seminário; as acumulações da CNRMS, segundo seus membros; a importância da composição do GT e o significado da mediação providenciada para a melhor conclusão do IV Seminário; a explicação sobre a definição de membros do GT adotada pelo CNS e a importância da disposição do Relatório do IV SNRS para a continuidade do trabalho.

Em 24 de janeiro de 2012, foi realizada a segunda reunião do GT, sem a participação integral dos membros do governo. Nela destacou-se: a renovação da importância do GT; a reivindicação do relatório do IV Seminário, uma vez que já havia passado quase quatro meses de sua realização; a queixa do segmento das entidades profissionais, estudantes, especialista, corpo docente-assistencial e residentes sobre a composição da CNRMS e a importância de modificá-la. Ficou acertado que a mediação do GT se resumiria apenas ao próximo processo eleitoral, trabalhando-se pela eliminação de listas tríplices e inclusão eleita dos segmentos, conforme identificação dos assentos previstos na Portaria, teto da mediação possível.

O *Congresso Norte-Nordeste de Residentes* e o *Fórum Nacional de Residentes em Saúde* aprovou uma Carta de Repúdio às posições apresentadas pelos representantes do MEC ao GT, entregando-a ao Ministro da Saúde e ao Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) durante o 6º Seminário Internacional da Atenção Básica, realizado no Rio de Janeiro de 29 de julho a 1º de agosto de 2012 (FNRS, 2012a). A Rede UNIDA, em plenária do Colegiado Gestor, reunida no mesmo evento, ressaltou a importância de o GT Residências em Saúde do CNS retomar a discussão sobre o setor da saúde conduzir essa modalidade de formação em atenção ao Art. 30 da Lei Orgânica da Saúde, trazendo a CNRMS para o CNS, à semelhança da *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa* (CONEP), que guarda autonomia mesmo sendo uma Comissão do Conselho.

No GT Residências ficou acertado um processo eleitoral eletrônico, conforme as bases de:

residentes, coordenadores de programas de residência, preceptores e tutores em programas de residência e entidades profissionais da área da saúde. Os Fóruns de coordenadores, de preceptores e tutores, de residentes e das entidades profissionais deveriam articular-se às eleições, mas não indicar diretamente os nomes de sua representação à nomeação como membros da CNRMS. Dever-se-ia completar o prazo da atual Comissão, sem prorrogação, trabalhando-se para desencadear e encerrar o processo eleitoral inteiro entre os meses de abril e julho de 2012. A CIRH formalizou a adesão das entidades profissionais ao processo eleitoral, por meio da *Recomendação nº 24*, de 10 de outubro de 2012, aprovada na *238ª Reunião Ordinária* do CNS, realizada em 9 e 10 de outubro de 2012. A proposta de processo eleitoral para as entidades nacionais das profissões de saúde (conselhos profissionais federais, associações de ensino nacionais e entidades sindicais de caráter nacional) seguiria o mesmo tratamento para os membros não natos da CNRMS, utilizando a mesma metodologia e o mesmo instrumento eletrônico (eleição direta para escolha dos coordenadores, preceptores/tutores, residentes e entidades profissionais nacionais). Foi sugerido, inclusive, que o CNS poderia funcionar como uma Comissão Eleitoral (BRASIL, 2012d).

O importante desta plenária do CNS foi a extensa consideração da legislação em saúde que afeta às residências e as pactuações entre entre MS e MEC no CNS*:* artigo 200 da *Constituição Federal*; artigos 12, 14, 27 e 30 da *Lei Orgânica da Saúde*; *Lei nº 11.129/2005*, que criou a CNRMS, a ser composta por diferentes representações da sociedade civil, entre eles o segmento das profissões de saúde; *Portaria Interministerial nº 1.077/2009*, que indica as representações nacionais das profissões da saúde e acordos pactuados entre o MS, MEC e CNS em diferentes momentos de negociação desde dezembro de 2009, que resultaram na realização do *IV Seminário Nacional de Residência em Saúde* e na constituição do GT Residência, aprovado pelo CNS na *Plenária nº 226* de 05 e 06 de novembro de 2011, com o seguinte desfecho:

> Resolve: Aprovar a proposta de processo eleitoral para as entidades nacionais das profissões de saúde (Conselhos Profissionais, Associações de Ensino nacionais e entidades sindicais de caráter nacional), conforme proposta apresentada na segunda reunião do referido GT Residência, ocorrida dia 24.01.2012 (BRASIL, 2012d)

Para os segmentos de base e entidades profissionais (os 4 Fóruns ou Fórum das Residências) foi um período de muita intensidade. Após aceitas as eleições, o MEC informa que delas sairiam as listas tríplices, não os eleitos. O “mundo veio abaixo” nos Fóruns, no CNS e até no Gabinete do MS. O desgaste das relações entre governo e sociedade era imenso, os fóruns da base e o fórum das

entidades profissionais discutiam intensamente. No ano de 2013 ocorre uma significativa mudança na gestão de residências nos Ministérios da Saúde e da Educação. No MS, a área de residências sai do DEGES para o recém-criado *Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde* (DEPREPS). No MEC, é criada a *Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde* (DDES), ao qual ficou vinculada a *Coordenação-Geral de Residências em Saúde* (CGRS). Foram apresentadas as diretrizes e responsabilidades organizativas das novas estruturas, bem como apontado que os *Projetos Pedagógicos de Residência* (PPR) deveriam priorizar conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem no SUS, inserir as *Redes Integradas de Atenção* e priorizar as *áreas profissionais* estratégicas à política nacional de saúde: Atenção Básica; Atenção às Doenças Crônicas, com ênfase na atenção ao câncer; Atenção Psicossocial, com ênfase na abordagem de crack, álcool e outras drogas; Atenção às Urgências e Emergências; Atenção à Pessoa com Deficiência; e Atenção ao Parto e Nascimento.

Num esforço de superação emergencial das tensões, na construção de um desejo de apaziguamento e no empenho por alguma mediação possível, o governo propôs acolher as indicações dos fóruns para o mandato seguinte da CNRMS, entretanto, acolheu apenas os fóruns de coordenadores e de residentes. Num pleito do fórum de coordenadores, mais tarde aceitou, primeiro com direito à voz e, depois, com direito ao voto, o fórum de preceptores e tutores. As novas perdas envolveram o acolhimento das indicações dos fóruns de maneira fragmentada, segmentada e não pactuada. A indicação de entidades profissionais foi segmentada em indicação pelo *Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde* (Conselhinho) (assim designado em distinção ao Conselhão, que é o *Fórum dos Conselhos Federais de Profissões Regulamentadas*), indicação pelo FNEPAS e indicação pelo FENTAS. Todos esses procedimentos desarticularam radicalmente todos os acordos prévios, toda a previsão na legislação do SUS e todos os encaminhamentos do CNS. Anota-se: segundo o MEC, as representações não poderiam ser de fóruns, mas todas as indicações de entidade o foram. Entretanto, no lugar de qualquer unidade, a máxima fragmentação (está certo que indicar entidade, não é o mesmo que indicar nome, todavia).

Quando uma troca de ministro no MEC cancelou qualquer procedimento eleitoral e determinou o acolhimento da indicação pelos Fóruns, novos desgastes já estavam dados: a principal perda foi o encaminhamento, pelo governo, da segmentação dos programas em multiprofissionais e uniprofissionais, como se fosse uma questão de formalidade, e não, de lutas sociais históricas. Foram as lutas históricas que asseguraram uma política, vagas, regulação e financiamento. As indicações do

Fórum de Coordenadores e de Preceptores e Tutores foram aceitas como se exclusivamente multiprofissionais, tendo sido convidados representantes de programas uniprofissionais, como os de Medicina Veterinária e de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais (sem nenhum tipo de acordo ou pacto com os segmentos da base). O procedimento seria o mesmo para o Fórum de Residentes, mas não havia qualquer tipo de organização a endereçar convite.

A nomeação de membros foi formalizada pela *Portaria Interministerial MEC/MS nº 34*, de 10 de abril 2014, sem os representantes de preceptores e tutores (BRASIL, 2014d). A formalização da inclusão do segmento de preceptores e tutores acontece com a publicação da *Portaria Interministerial MEC/MS nº 16*, de 22 de dezembro de 2014. Esta Portaria alterou a 1.077/2009, a 1.320 (de 11 de novembro de 2010) e revogou a 1.224 (de 03 de outubro de 2012), atualizando o processo de designação dos membros (BRASIL, 2014e). O acordo residual foi de que, para o próximo mandato, todas as indicações seriam dos 4 Fóruns e as indicações seriam construídas no interior dos Seminários Nacionais de Residências em Saúde. Esta CNRMS seria provisória e teria o mandato de seus membros até 2015, com a previsão da realização do V SNRS, momento em que seriam realizadas eleições para a indicação de todos os seus membros não natos.

OS ENCONTROS NACIONAIS DE RESIDÊNCIA

Em um novo momento de interlocução entre Estado e Sociedade Civil e entendendo a necessária mobilização e articulação dos segmentos interessados, inventa-se no contexto do *Movimento das Residências* mais um espaço coletivo: os *Encontros Nacionais de Residências em Saúde* (ENRS). Com o apoio da Rede UNIDA, foi realizado no interior do *10º Congresso da Rede UNIDA*, em maio de 2012, no Rio de Janeiro, o I ENRS. Esse Encontro teve como tema disparador "A política de residências no SUS: conexões entre trabalho e educação nas residências e no sistema de saúde", tendo em vista tematizar a formação para o trabalho no SUS (problematizando a lógica da "especialização em subáreas do conhecimento" versus a lógica da "formação aprofundada e consistente de profissionais para o trabalho no SUS", em defesa de um conceito às residências: da formação de especialistas à formação de trabalhadores). Uma pauta relevante do I ENRS foi o compartilhamento de informações sobre as reuniões do GT do CNS e a geração de um documento-base para subsidiar a política da Rede UNIDA para o tema. Do I ENRS saiu a *Carta do Rio de Janeiro* (FNRS, 2012a) encaminhada ao MS, solicitando a redemocratização da condução da política de Residências em Saúde, incluindo os coletivos organizados que participaram de sua construção e retorno da ação participativa com a sociedade e seus representantes organizados. Defendia a valorização dos espaços

de serviço do SUS como formadores, e os trabalhadores do SUS como parceiros da formação. Com este documento foi reafirmada a relevância de que fosse dada consequência às propostas do IV SNRS.

No mesmo ano, novembro de 2012, foi realizado o II ENRS, também com apoio da Rede UNIDA, mas esse incluiu o apoio da ABRASCO, realizado no interior do *10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva* (Abrascão). Estes dois encontros tiveram a construção do Fórum de Coordenadores, da Rede UNIDA, da ABRASCO e do *Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde* (EducaSaúde), da *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* (UFRGS) contando com os coletivos de residentes mobilizados no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul. O II ENRS teve como objetivo "Articular o Movimento Nacional de Residências em Saúde: implicando gestores, trabalhadores, residentes, usuários, tutores e preceptores para a consolidação de uma Política Nacional de Residências em Saúde comprometida com o SUS". Teve como perspectiva defender a garantia do SUS em seu papel ordenador da formação de profissionais da área da saúde, compartilhando propostas técnicas, políticas e financeiras prioritárias, indicadas nacional e regionalmente para o seu desenvolvimento, as quais foram consolidados em um documento intitulado "Propostas prioritárias para o IV SNRS" (FNRS, 2012b). O II ENRS foi inteiramente articulado pelos 4 Fóruns e contou com uma significativa participação (cerca de 600 pessoas), incluindo representantes do MS e do MEC. Deste momento em diante, e considerando a expansão de Programas, a inoperância da CNRMS, a permanência em contexto nacional de graves problemas como a não certificação de egressos e a não avaliação de Programas, os ENRS passam a se constituir como momentos políticos e formativos do *Movimento Social das Residências*.

No III ENRS, o primeiro fora do abrigo em um Congresso da Rede UNIDA ou ABRASCO, foi sediado em Fortaleza, de 19 a 21 de novembro de 2013. Marcador de uma nova autonomia do "fórum de residências", os segmentos organizados produziram a Carta de Fortaleza (FNRS, 2013). Os Fóruns se reuniram entre si, inaugurando uma forma de debate para pautar e compartilhar temas comuns e por segmento. Um dos pontos mais relevantes do III ENRS, considerando as negociações do GT do CNS ao longo de 2013, foi a organização da indicação de membros para a composição provisória da CNRMS, um enorme esforço de mediação com o governo. O Encontro recebeu o pedido de indicação de nomes, e teve de rearranjar sua programação, para a reunião por fóruns construir uma indicação sem preparação prévia. Foi um esforço de tolerância e empenho pela retomada da plenária da CNRMS. Desde o fim do último mandato (período inteiro em litígio com os quatro fóruns) até este momento, não havia plenário da Comissão e todas as decisões/encaminhamentos ocorriam *ad referendum*,

situação que não poderia mais perdurar. Este Encontro teve como temática "Educação Permanente em Saúde no Brasil: desafios para as residências em contexto de precarização e privatização do SUS". Neste ano, o FNRS assume um protagonismo não previsto nos encontros anteriores, estipulando a regra de encontros anuais, escolha da sede para o encontro do ano seguinte, inscrições prévias e apresentação de trabalhos. O Congresso da Rede UNIDA de 2014 previu a inclusão de uma janela de programação ao ENRS, que resultou apenas como reunião das residências em saúde na Rede UNIDA.

Em setembro de 2014 foi realizado o *4º Encontro Brasileiro do Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Área Profissional da Saúde*, em Vitória, junto ao *IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, da ABRASCO, o mais memorável encontro deste Fórum por sua contribuição ao Movimento como um todo. Tratou-se do momento em que cerca de 270 coordenadores de programas de residência em saúde se encontraram presencialmente, com representatividade considerável de todas as regiões do país. Nessa oportunidade, foi organizada a agenda do Fórum e revisto minuciosamente o instrumento de avaliação proposto pelo MEC. A agenda incluía a certificação dos residentes egressos de todo Brasil; a publicação de resolução dos atos autorizativos dos Programas (Autorização, Credenciamento e Recredenciamento); a realização do acompanhamento, monitoramento e avaliação dos Programas em atividade no Brasil; a republicação da resolução do Banco de Avaliadores; a realização de Seminários Regionais e do V SNRS (FNCRS, 2014). Foi concluída uma inteira nova proposta de avaliação dos programas, entendendo-se que a proposta apresentada pelo MEC dizia respeito a cursos de graduação, estando bastante afastada da realidade das residências. Ainda assim, o Fórum posicionou-se pela maior concessão possível à proposta e ao instrumento, confiante que as avaliações começariam.

Como processo preparatório para o V SNRS, a CNRMS acordou com MS, MEC e CNS a realização de *Seminários Regionais de Residência*, ainda em 2014, com participantes indicados pelas respectivas COREMU, bem como gestores do SUS, integrantes do Controle Social e de Instituições de Ensino. O Seminário na região Sul aconteceu em Porto Alegre, nos dias 13 e 14/11; na região Sudeste em Uberlândia, nos dias 19 e 20/11; na região Norte e Centro-Oeste em Brasília, dias 27 e 28/11; na região Nordeste em Recife, nos dias 1º e 02/12. Foi realizada a contextualização do processo vigente de recomposição da CNRMS e debatido em grupo (por segmentos) caminhos e modalidades para a nova indicação de representantes (residentes, preceptores/tutores, coordenadores, entidades profissionais). Foi amplamente discutido o conceito e tópicos para uma política nacional de residências em saúde e a inclusão dos seminários nacionais, antecedidos de regionais, como instância

de gestão desta política (similaridade às conferências de saúde).

Entre 02 a 05 de dezembro de 2014 foi realizado o IV ENRS, em Recife, com o tema "A residência como estratégia de educação permanente para o fortalecimento do SUS". O evento marcou uma inovação do *Movimento Social das Residências*: a mobilização por *Fóruns Nacionais de Residência em Saúde*. Nele foi reiterado que a Residência se constituía como modalidade diferenciada de formação de profissionais e trazia consigo a potencialidade para transformar o SUS, no sentido de uma permanente luta pela Reforma Sanitária no país. O documento final, a *Carta de Recife* (FNRS, 2014), apontou que a regulamentação, o reconhecimento e a certificação das residências precisavam se dar respeitando seus participantes, não atos burocráticos do setor da educação, o mesmo valendo para o trabalho das Câmaras Técnicas, sinalizando-se a necessidade de rediscussão das atribuições e composição dessas últimas. Apontou a necessária desprecarização do trabalho do corpo docente-assistencial, solicitando a devida valorização, tais como reconhecimento da atividade para progressão nos planos de cargos e carreiras, possibilidade de destinação de carga horária específica, certificação, seleção e formação permanente. Indicou também a necessidade de uma regulamentação das Residências pelo *Conselho Nacional de Educação* (CNE) que as diferenciasse dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, a inovação na forma dos Trabalhos de Conclusão de Residência e a abertura de vagas para a diversidade de categorias profissionais que qualificam o trabalho no SUS, independentemente de serem específicas da saúde. Os Encontros Nacionais firmam-se no intuito de resguardar o protagonismo dos atores no desenvolvimento e construção da *Política Nacional de Residências em Saúde*.

O V ENRS aconteceu Florianópolis, no período de 28 a 30 de outubro de 2015, com o tema central "O desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re)afirmação do SUS". Esse tema dá o tom do cenário nacional, em que se evidenciam graves ameaças ao SUS em contexto nacional. De acordo com o documento final, a *Carta de Florianópolis* (FNRS, 2015), a defesa do SUS público, universal e de qualidade, livre de qualquer forma de cobrança, sob gestão estatal, colocou-se como pilar de suma importância para uma formação no contorno que se busca com as Residências. Foi reforçada a criação, regulamentação e implementação de uma *Política Nacional de Residências em Saúde* em consonância com os princípios do SUS, considerando a sua relevância na formação dos trabalhadores. Mais uma vez se reivindicou o reconhecimento e a qualificação da função de tutoria e preceptoria, se colocando essa necessidade também para o segmento coordenação, no que diz respeito à disponibilidade de carga horária para dedicação em processos

formativos atrelados à sua função, incluindo formação e educação permanente, incentivo financeiro e inclusão em processos de progressão na carreira funcional. O segmento articulado no FNTP ganha corpo e articulação. Suas pautas ganham evidência, bem como a ampliação de ações de suporte e profissionalização desse ator nos cenários de prática, desenvolvidas em experiências locais. O Encontro reforça a necessidade da efetivação do processo de avaliação/acreditação dos Programas. Em relação a esse processo, do IV para o V ENRS, foi publicada a *Resolução CNRMS nº 7*, de 13 de novembro de 2014, que regulamentou os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de residência (BRASIL, 2014c). Uma vitória foi o entendimento de que a carga horária teórico-prática deveria contar junto ao bloco carga horária prática, não junto ao bloco carga horária teórica. O Encontro enfatiza a valorização do caráter multiprofissional e interdisciplinar do trabalho em saúde; a organização de currículos integrados, metodologias participativas e interseções entre programas; desfragmentação dos núcleos profissionais; composição de interfaces entre as modalidades uniprofissional e multiprofissional e com os *Programas de Residência Médica*; colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde; valorização dos saberes das categorias profissionais minoritárias no SUS, mas demandadas em diversas políticas da atenção; e integração ensino-serviço-comunidade. Defendeu-se o reconhecimento institucional da Residência como modalidade de formação pós-graduada diferenciada da "especialização acadêmica" e mais próxima do "aperfeiçoamento para o trabalho no SUS". Reiterou-se a urgência da realização do *V Seminário Nacional de Residências em Saúde*.

O VI ENRS aconteceu nos dias 05 a 08 de julho de 2016, em Curitiba. O VI ENRS teve como tema "Residências em saúde: construindo nossa identidade e questionando nossa formação", e se propôs a resgatar o contexto histórico das Residências, discutindo: modelos multi, inter e transdisciplinar na atenção e na formação, papel das Instituições de Ensino Superior, funções de preceptoria e tutoria, projeto pedagógico, modelos de gestão em saúde e processos de trabalho no SUS. A produção por segmentos pode ser considerada como amadurecimento na realização dos ENRS, bem como na articulação entre os segmentos e que explicitam um emergente cenário múltiplo para o *Movimento Nacional de Residências em Saúde*. Na *Carta de Curitiba* (FNRS, 2016), um exercício de consenso: os participantes do ENRS afirmaram a defesa do cumprimento dos direitos constitucionais garantidos pelo SUS, mediante a oferta de infraestrutura adequada e trabalhadores qualificados para a prestação da atenção à saúde, bem como formação e fixação de profissionais envolvidos no SUS, para o SUS e com o SUS. Foi apontada como fundamental a construção coletiva e democrática da *Política Nacional de Residências em Saúde*. Foram reiterados os encaminhamentos das Cartas de

Fortaleza, de Recife e de Florianópolis, entendidas como pautas mantidas e ainda não atendidas. Ainda que aqueles não participantes dos Encontros não conheçam essas decisões, não parece prudente, justo e procedente não representar tais decisões em uma efetivação da construção coletiva e democrática nos processos decisórios relacionados às Residências. São as acumulações do *Movimento* que têm mantido a vigência de uma política e um mínimo de orientação da CNRMS aos interesses da base.

Terminados os mandatos da CNRMS, ainda em 2016, novamente a ausência de eleições e indicação de representantes. O VII ENRS acontece em Olinda, de 14 a 18 de agosto de 2017, sob o tema "Refletindo o hoje e construindo o amanhã: a organização das residências em saúde na defesa do SUS e da democracia". Foram quase 1.000 participantes. De fato, o que vem sendo verificado, é que os representantes estão mais organizados. O que é indicado na Plenária Final é que cada representação seja relativa ao seu respectivo Fórum, sem a necessidade de diferenciar entre representantes da modalidade uniprofissional ou multiprofissional, entendendo que o respeito às decisões tomadas no ENRS é um princípio básico da democracia participativa defendida por seus participantes. Na ausência do V SNRS; de uma *Política Nacional de Residências em Saúde*; do processo de avaliação; e qualquer CNRMS em vigência (outra vez), as discussões nos Fóruns vão produzindo propostas em detalhamento, para além das orientações mais gerais e diretivas.

Na *Carta de Olinda* (FNRS, 2017), são colocadas questões sobre a inconformidade com o congelamento dos recursos financeiros federais para a saúde e a educação; a defesa das abordagens inclusivas e de promoção da saúde, da universalidade no SUS e do modelo de atenção integral orientado pela equidade e necessidades sociais em saúde; a gravidade da interrupção das reuniões plenárias da CNRMS, desde outubro de 2016; a rejeição à indicação de nomes para a condução da área de residências no Governo Federal que não registrem trajetória e história junto aos movimentos de residências integradas ao SUS; a efetivação da representação dos coordenadores, dos preceptores e tutores e dos residentes, em consonância aos representantes eleitos democraticamente pelos respectivos fóruns; a contrariedade com a condução de práticas de avaliação sem o acompanhamento da plenária da CNRMS; a necessidade de regulamentação nacional para a participação dos residentes em todas as instâncias colegiadas dos *Programas de Residência em Saúde*; a necessidade de incluir nas estratégias educacionais (práticas, teórico-práticas e teóricas) assuntos referentes aos movimentos sociais e a participação popular e políticas sociais de modo transversal; a necessidade de publicar a decisão relativa à inclusão das categorias profissionais de Antropologia, Artes, Pedagogia, Agronomia e

Zootecnia (profissões intensamente presentes em áreas tais como: saúde mental, saúde indígena, saúde ambiental, saúde da população de rua, academia da saúde, saúde da pessoa com deficiência, saúde em instituições de longa permanência, vigilância em saúde, controle de vetores e zoonoses, saúde rural, segurança alimentar, entre outras) dentre as possibilidades de vaga em *Residências em Área Profissional da Saúde* – modalidade multiprofissional; redução de carga horária para 44 horas semanais sem redução do atual valor da bolsa; repúdio a qualquer forma de assédio direcionado a residentes, trabalhadores, tutores e preceptores; o fomento para a criação de *Fóruns Estaduais de Residências em Saúde*, tendo em vista construir espaços com objetivo de articulação dos segmentos intra e interprogramas; manutenção da relação com o CNS, preservada sua condição de instância de controle social e apoiador da representatividade dos Fóruns na composição da CNRMS; realização periódica dos *Seminários Nacionais de Residências em Saúde* organizados junto com a comunidade das Residências, objetivando a construção e revisão permanente da *Política Nacional de Residências em Saúde* (entre outros). Ratificam ainda, no documento final, o compromisso incondicional com os princípios da Reforma Sanitária, das liberdades democráticas e direitos da classe trabalhadora.

Embora a vigência e financiamento pelo SUS federal, dos estados e dos municípios para vários tipos de residência em saúde, uni e multiprofissionais, ao longo dos anos de 1975 a 2005 (ano da Lei), entende-se que o Edital do Ministério da Saúde de 2002 destinado às residências multiprofissionais em saúde da família registre um marcador aos Editais nacionais para as residências integradas ao SUS. Foram 19 residências, mas, em 2018, já são mais de 1900 programas instaurados por meio de Editais do MS e do MEC. Os Fóruns de base estão consolidados e o fórum de entidades profissionais estruturou-se junto ao CNS pelo tripé formação, regulamentação e relações de trabalho, articulando associações de ensino, conselhos e sindicatos que se relacionam às profissões da área da saúde. No momento, os 4 Fóruns construíram representação junto à CNRMS, resultado do movimento social das residências em saúde, apesar da contradição dos conselhos profissionais para com as decisões do CNS de 2012 que, pela primeira vez, valeriam para compor um mandato completo na CNRMS. O *Fórum Sindical da Saúde* (FSS), que reúne entidades representativas, em âmbito nacional, das profissões ligadas as áreas da saúde, criado em 4 de novembro de 2015, tendo em vista direitos e conquistas dos trabalhadores no SUS, aderiu às decisões do CNS de 2012, mas o *Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde* fez sua recomendação (chamada pelo mesmo de indicação) anteriormente à reunião do fórum de entidades profissionais.

ENCERRAMENTO

O *Movimento Social das Residências em Saúde* posiciona-se em defesa de um SUS 100% público, gratuito e de qualidade; afirma a importância dos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde* – uni ou multiprofissionais – na formação para o SUS e como instrumento para o seu fortalecimento e qualificação. A intensidade deste movimento constituiu inovações neste campo, instituindo processos coletivos, discussão, formulação e estratégias de implementação da formação em serviço, segundo as necessidades sociais da população brasileira e do SUS. Os Fóruns têm sido responsáveis pelo debate e pela formulação de orientações, práticas e conceitos que trazem a experiência da afirmação criativa do trabalho para os cenários da formação no contexto das Residências. Um movimento absolutamente implicado com o SUS e em defesa das lutas sociais por saúde. A singularidade de um movimento autônomo, com um objeto "acadêmico", mas que se instaura por completo na defesa de uma luta social e que deve formar profissionais de saúde identificados com o sistema nacional de saúde, técnica, ética e politicamente. O desafio de uma formação profissional que responda, com coerência ética e política, à organização da atenção, aos compromissos de descentralizar a gestão, seguindo a regionalização como conceito de garantia de acesso, e seguindo a hierarquização como conceito de linha de cuidado e gestão da clínica.

Sem qualquer referência aos sistemas de saúde, pode-se lembrar que as residências precursoras e os projetos de lei prévios a 2005, referiam jornadas de 48 horas semanais, prioridade à "formação de trabalhadores" (aperfeiçoamento geral) em detrimento da "formação de especialistas" (especialização), 30% de carga horária teórico-prática e trabalhos de conclusão sob a forma de estudos de caso com usuários e narrativas de vivências com serviços ou usuários (ALCOFORADO *et al*., 1978; BRASIL, 1996a, 1996b). As residências contemporâneas contribuíram para integrar a rede de atenção e gestão, assim como favoreceram que fosse contemplado o interesse social na tomada de decisões sobre essa modalidade de formação, inscrevendo a pauta técnica na pauta política. A participação do residente no ensino também vem das residências precursoras da primeira metade dos anos 1970, mas hoje se avolumam os argumentos por um terceiro ano de residência com ênfase na gestão e/ou educação, qualificando a construção da rede-escola.

O *Movimento Social das Residências* não corresponde aos coordenadores, nem aos preceptores e tutores, nem aos residentes, nem às entidades profissionais, compondo-se por todos esses, mas também por militantes e ativistas dos meios acadêmico e científico, do controle social em saúde, dos órgãos de gestão sanitária e educacional, docentes, usuários e organizações não

governamentais. Muitos militantes das residências, ativistas importantes, não pertencem aos 4 segmentos de Fórum ou ao FNEPAS, pertencem mesmo ao interesse no campo da interprofissionalidade, da humanização, dos sistemas públicos de saúde, da rede-escola e da formação profissional em serviços de saúde. O Movimento trabalha pela não divisão uni e multiprofissional para as representações de segmentos dos programas, uma vez que as *Comissões de Residência Multiprofissional* (COREMU)[2] são por instituição e, nesse sentido, abrangem tanto programas uni, como multiprofissionais. Rejeita o argumento de maior número de programas uni e menor número de programa multi, pois os programas uni oferecem muito menos vagas que os programas multi. Trabalha por ampliar a representatividade do ensino com ampliação de vagas ao corpo docente-assistencial, segundo a garantia de assento aos preceptores (assistência) e aos tutores (educação) na comissão nacional de residências multi e uniprofissionais em saúde; defende um sistema de "acreditação pedagógica", e não apenas a avaliação institucional; e a redução da carga horária semanal para 48h, sem prejuízo da isonomia de bolsas com a residência médica, uma vez que são inúmeras as diversidades em suas necessidades de circulação em território, em redes de atenção e em regiões de saúde.

O que se pode dizer é que o *Movimento Social das Residências* torna essa prática e essa política viva, ativa e criadora de possibilidades inovadoras e em favor do SUS. Suas simbologias, significados e utopia envolvem multiprofissionalidade, integralidade da atenção, formação profissional de qualidade teórica e prática em cenários do trabalho, intersubjetividade na equipe, interdisciplinaridade do conhecimento e interprofissionalidade no fazer. O *Movimento Social das Residências* está ligado à esfera de defesa da cidadania, em uma condição de participação cidadã e uma forma de organização em defesa dos interesses públicos, do acesso à educação de qualidade e à atenção integral. A condição de movimento social dá expressão e rumo às ações que transcendem experiências datadas ou localizadas. O *Movimento Social das Residências* tem agenda, tem pauta e tem história: o que o define são as situações a serem defendidas ou aquelas a serem combatidas e transformadas.

[2] A COREMU deveria se chamar Comissão de Residências Multi e Uniprofissionais.

HORIZONTES

Felipe Proenço de Oliveira
Hêider Aurélio Pinto

Este texto destaca aspectos da agenda inconclusa e dos cenários futuros à *Residência em Área Profissional da Saúde*, apontando contradições ainda presentes e horizontes à regulação, regulamentação e regularização de uma política pública no interesse da formação de profissionais para o *Sistema Único de Saúde* (SUS). Apesar da *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS) ter composição majoritária dos representantes de entidades e organizações dos atores que estão na construção do cotidiano da residência, ainda é frágil a participação da sociedade civil em órgãos de deliberação dentro do aparelho estatal, quando se trata da organização de instância ou órgãos normativos.

Nesse sentido, algumas ações na CNRMS merecem menção: (1) Deliberação sobre a certificação dos residentes dos programas criados anteriormente e posteriormente ao *Sistema de Informações da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (SisCNRMS), como uma dívida histórica de reconhecimento de quem cursou a residência e como primeiro passo para a valorização dessa formação quando da sua inserção no sistema de saúde. Resolução aprovada em novembro de 2014, estipulado o prazo de 2 anos para a conclusão da avaliação de todos os programas cadastrados até aquele momento. Situação: pendente. (2) Reconhecimento das graduações em Física e em Saúde Coletiva para ingresso na *Residência em Área Profissional da Saúde*, tendo em vista a participação da primeira na área de diagnósticos e terapêuticas baseadas em marcadores radioativos, medicina nuclear, produtos radiofarmacêuticos, raios-X, ressonância magnética, tomografia computadorizada e ultrassom, entre outros, e a relevância da segunda para atuação em sistemas e serviços de saúde, análise de situação de saúde, vigilâncias e saúde pública. Para a primeira sendo aceitos os títulos de bacharel em Física e Física Média, para a segunda em Saúde Coletiva ou Saúde Pública. Essas aprovações dão impulso para o debate relativamente à diversificação de graduações que podem ingressar na *Residência*. (3) Estabelecimento de um mecanismo de avaliação dos *Programas de Residência*, de caráter processual, reconhecendo a complexidade dos *Programas,* mas

possibilitando também um olhar sobre *Programas* que não estavam cumprindo suas prerrogativas de formação ou suas pactuações com os residentes. Há necessidade de desenvolver um sistema não apenas de Avaliação Institucional, mas de Acreditação Pedagógica. (4) Reconhecimento da legitimidade de organização de cada um dos atores do cotidiano da residência e espaço para discussão do mecanismo de eleição dos representantes. Estão reconhecidos como atores do cotidiano os coordenadores de Programas, os preceptores, os tutores e os residentes. Se reconhece sua articulação autônoma sob a forma de fóruns, devendo-se prover sistemas formais de indicação. (5) Organização de diversos espaços de discussão, a exemplo dos *Seminários Regionais de Residência em Área Profissional da Saúde* que puderam mobilizar os diversos atores para formulação de novas estratégias visando ao fortalecimento da residência. Se reconhece a instância de Seminário Nacional como parte da gestão possível da política nacional de residências.

Dentre as ações federais, a reformulação do *Programa Nacional de Apoio à Formação em Residências de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas* (Pró-Residências), com o compromisso de estimular a criação de novos *Programas de Residência em Saúde*. O *Edital nº12/2015* teve a finalidade de incentivar a Residência em Área Profissional da Saúde (com enfoque multiprofissional) em campos de atuação estratégicos, principalmente áreas e redes de atenção prioritárias, definidas com os gestores de saúde e relativas às necessidades e realidades locais e regionais. Com esse Edital, a oferta pelo Ministério da Saúde, que garantia cerca de 1.000 bolsas em 2011, foi ampliada para 5.600 bolsas em 2015, oportunizando para um número importante de profissionais a formação pelo caminho da residência. Essa ampliação possibilitou uma maior participação das diferentes categorias profissionais e a oferta de *Programas* com um protagonismo dos serviços de saúde, sempre que possível de forma compartilhada com as instituições de ensino que estivessem de acordo com uma perspectiva horizontal de integração ensino-serviço. Com isso se reafirmava o compromisso com todas as políticas que reforçassem a concepção de um sistema público e universal de saúde e com uma formação em saúde que dialogasse com competências nos campos da gestão, do cuidado e da educação permanente, garantindo o olhar voltado, essencialmente, para as necessidades sociais em saúde.

A partir daí, foi possível falar em novos desafios para a *Residência em Área Profissional de Saúde*, sua expansão coincide, em termos históricos, com os compromissos com um sistema de saúde orientado pelo público, pela concepção de trabalho em equipe, tributário dos movimentos pela Reforma Sanitária. Esse contexto deixa clara a importância de uma legislação específica que possibilite, por exemplo, reconhecer a especificidade da formação em serviço em que as instituição de

ensino não sejam os únicos órgãos legais com possibilidade de certificação pós-graduada e a construção da rede-escola um requisito legal.

O *Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde* (COAPES) foi um dispositivo que auxiliou nas regulações na esfera municipal e deveria ser utilizado para fins de publicizar e potencializar as relações entre gestão do SUS, instituições de ensino, trabalhadores e controle social. Para sua efetivação, foi mandatário discutir de forma compartilhada as contradições e dificuldades do sistema de saúde local e como isso poderia ser trabalhado de forma solidária. Nessa esfera de gestão, voltou à tona o debate relativamente às profissões que poderiam ingressar na residência em área profissional da saúde, mas nesse âmbito o debate não é por suposições e argumentos, aí está dado o contexto de diversidade necessária para viabilizar os múltiplos olhares requisitados para as necessidades do usuário do sistema de saúde.

Outro desafio é a residência como um dispositivo de ingresso e progressão na carreira, principalmente nas esferas municipal e estadual do *Sistema Único de Saúde*, seja como pré-requisito de concurso, na ascensão funcional ou, mesmo, como uma primeira etapa nas atividades do trabalhador. Desde o olhar da regulação e da certificação, também seria importante unificar diretrizes sobre as competências que devem ser desenvolvidas na *Residência em Área Profissional da Saúde*, inclusive como forma de evitar uma superespecialização que se concentre em cada profissão da saúde. A medida em que não havia uma clareza sobre esse papel, foram sendo criados novos *Programas* cada vez mais voltados para uma atuação somente em um serviço e com o olhar sobre um determinado sistema ou patologia. Nesse sentido, a cisão ocorrida com a residência médica poderia caminhar para as mesmas dificuldades e inadequações reproduzidas no sistema pelo olhar meramente corporativo e fragmentado, representando grande retrocesso para o sistema de saúde.

O caminho para enfrentar esses desafios passa pelo fortalecimento do sistema público de saúde, pelo aprofundamento do planejamento e regulação da formação em saúde e pelos novos olhares propostos para a educação permanente em saúde. Nesse contexto, não deixa de ser um ato de resistência manter um processo tão inovador de formação, mas ficam evidentes as possibilidades ou, mesmo, a necessidade de avançar ainda mais.

IMPACTO

Renata Castro Gusmão

O impacto está na mobilidade,
na disruptura,
na abertura de gavetas,
na capacidade criativa
de inventar o cotidiano,
e inventar-se no cotidiano.

O impacto está nos espaços novos,
no interstício da imobilidade,
de uma regra,
de uma verdade,
de uma disciplinarização.

É na micropolítica cotidiana,
que o impacto impacta,
nos pactos do dia-a-dia,
nos novos agenciamentos,
posto a funcionar
a cada encontro.

O impacto está no desequilíbrio,
na ruptura com a terceira perna,
no senso incomum.

O impacto está nas brechas,
está em mim,
em ti,
em nós,
entre-nós.

Como flores
nas encostas do cimento,
o impacto está no entre.

INÉDITO VIÁVEL

CÁSSIO ANDRADE MACHADO

Conceito apresentado por Paulo Freire (1974), que descreve uma configuração dinâmica de relações pautadas pela concretização de ideais. Para o autor, o *inédito-viável* compõe-se como horizonte que se alia a duas prerrogativas, a *situação-limite* e o *ato limite*. A primeira refere-se à não aceitação, por um sujeito ou coletivo, de uma realidade dada. Ou ainda, ao desconforto gerado pela ruptura com o comum, onde o sujeito/coletivo não mais se alia ao padrão hegemônico que o cerca em determinado contexto. Já o *ato limite* diz respeito à postura adotada pelo(s) envolvido(s) para agir em resposta a esse desconforto, gerando, assim, uma conduta desafiante, de confronto ou disputa para com esse padrão. Tais condutas são norteadas, então, pelo *inédito-viável*, que surge como imaginário de um cenário ideal, uma espécie de bússola que aponta para o "como deveria ser" essa diferente configuração. O *inédito-viável* não é descrito por Freire como sinônimo de sonho, utopia. Segundo o autor, ele representa uma possibilidade factível de realidade, desde que aliada a duas posturas: a análise crítica da realidade e as ações coletivas.

Tendo como horizonte esses conceitos, assim como os princípios e diretrizes do *Sistema Único de Saúde*, que, segundo *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990, Capítulo 1, Artigo 5°, são:

> I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida 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; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; X- integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

As *Residências em Área Profissional da Saúde* podem ser lidas como *atos limites* frente a um cenário onde a *situação-limite* apresenta-se como movimentos hegemônicos de privatização da saúde. Sobretudo o fazer Residência, intrinsecamente relacionado com a defesa do *Sistema Único de Saúde*, configura-se como ação coletiva em resposta aos resultados de uma análise crítica sobre o cenário da Saúde vigente. Logo, segundo Freire, o *inédito-viável* dos diversos atores envolvidos nesse processo não mais caracteriza-se como utópico, mas mostra-se como possibilidade.

Na trilha do que é o *inédito-viável* da Residência, há de se pensar sobre os processos educativos concernentes a essa experiência. Jorge (1981) afirma que a educação para a libertação tem como objetivo aliar-se com o processo de organização dos grupos oprimidos para converter as estruturas opressoras. Nesse sentido, a Residência, como dispositivo de educação permanente na saúde, quando afetada pelos pressupostos freireanos de libertação e emancipação, potencializa o trabalho de profissionais que almejam a conversão de um modelo de saúde antagonista em um modelo multicultural. Assim, para visualizarmos o *inédito-viável*, precisamos compreender a Residência para além do que ela opera – um processo de qualificação profissional considerado "padrão de excelência" pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) que coopera com a democratização da saúde. O *inédito-viável* da Residência aproxima-se do "afetar a Saúde". Afetar no sentido de causar dano e perturbação a um sistema hegemônico orientado pelo capital. Afetar no que diz respeito a suscitar ou ser capaz de produzir condições de possibilidade para o despertar de sensibilidade em relação a um Sistema em relação ao qual um coletivo de profissionais se posiciona na defesa.

INTERPROFISSIONALIDADE

Ana Ecilda Lima Ellery

Para introduzir a discussão sobre a categoria teórica da interprofissionalidade, fazemos, preliminarmente, a diferenciação entre os termos “disciplinar” e “profissional”. D’Amour e Oandasan (2005) e Furtado (2009) consideram que o vocábulo “disciplinar” se refere à vertente dos saberes, situando-se num plano epistemológico, isto é, no nível teórico de construção do conhecimento. O termo “profissional”, situam-no numa dimensão pragmática, referindo-se às práticas concretas, ao campo de atuação das equipes de trabalho. Nessa compreensão, enquanto a interdisciplinaridade busca ser uma resposta ao conhecimento fragmentado de numerosas disciplinas, que resultou em uma divisão artificial do conhecimento, a interprofissionalidade visa reduzir a fragmentação das práticas profissionais, objetivando, no campo da saúde, ao alcance de melhores resultados dos cuidados aos usuários/pacientes.

Da mesma forma que as disciplinas se desenvolveram, também inúmeras profissões se organizaram em torno de um conhecimento específico e de um campo de práticas. Cada profissão é proprietária de uma jurisdição ou escopo de prática, que afeta sua entrega de serviços. A divisão das responsabilidades profissionais frequentemente é feita com base numa lógica a serviço das categorias profissionais, nem sempre estando organizada de uma maneira que atenda às necessidades dos cidadãos, dos serviços de saúde e dos próprios profissionais. De forma a superar a fragmentação das práticas, danosa para a entrega de serviços à população, a interprofissionalidade é proposta como forma de socializar e integrar conhecimentos, que impulsione o desenvolvimento de práticas compartilhadas ou em colaboração, entre os diversos profissionais envolvidos nos cuidados em saúde.

Em 2005, Danielle D’Amour e Yvy Oandasan propõem um novo conceito, qual seja, “interprofissionalidade”, bem como um quadro de referência para permitir o desenvolvimento de uma melhor compreensão do desenvolvimento de uma prática de cuidados de saúde coesa e integrada entre os profissionais, em resposta às necessidades dos usuários/pacientes. Os termos utilizados com frequência eram “Educação Interprofissional” (BARR, 2002) e “Prática Interprofissional” (BALDWIN, 1996). D’Amour e Oandasan (2005) consideram que a prática interprofissional tem características

únicas em termos de valores, códigos de conduta e formas de trabalhar. Essas características deveriam ser esclarecidas, não existindo, à época, nenhum termo para capturar esse fenômeno particular. O conceito de interprofissionalidade proposto pelos autores permite estudar especificamente a natureza interprofissional de uma intervenção, seja no campo da educação ou da prática. Para as autoras, no domínio da saúde, a interprofissionalidade é uma resposta para superar as práticas de saúde fragmentadas. Os profissionais vêm de diferentes disciplinas e de diferentes organizações de cuidados com a saúde, cada uma com diferentes conceituações do usuário, das suas necessidades e do tipo de intervenção necessária para abordar as inúmeras e complexas preocupações de saúde dos usuários.

A interprofissionalidade é definida por D'Amour e Oandasan (2005) como o desenvolvimento de uma prática coesa entre profissionais de diferentes disciplinas, sendo um processo pelo qual os profissionais desenvolvem formas de atuação que fornecem uma resposta integrada e coesa às necessidades de usuários/famílias/população. A interprofissionalidade vem da preocupação dos profissionais em reconciliar suas diferenças e atuações desconexas. Envolve interação contínua e compartilhamento de conhecimento entre profissionais organizados, explorando uma variedade de questões de educação e atenção, ao mesmo tempo em que procura otimizar a participação do paciente no seu plano terapêutico. Ainda segundo esses autores, o desenvolvimento da interprofissionalidade implica melhor entendimento dos determinantes e dos processos que influenciam a educação interprofissional e a prática interprofissional, envolvendo a compreensão dos vínculos entre essas duas esferas de atividade. A interprofissionalidade é, então, segundo D'Amour e Oandasan (2005), uma orientação de educação e atuação, uma abordagem para educar e cuidar, segundo a qual educadores e profissionais colaboram de forma sinérgica, adotando-se uma "orientação centrada no usuário/paciente".

Greenfield *et al.* (2010) consideram que os profissionais de saúde abordam a educação interprofissional (IPL/EIP) e a prática interprofissional (IPP/PIP) de forma evasiva. Consideram a EIP e a PIP estratégias para o esforço dos serviços de saúde em melhorar o atendimento ao usuário. Por isso, Greenfield *et al.* (2010) propõem um "quadro de auditoria da práxis interprofissional" (IPAF/APIP), que é uma ferramenta única para abordar a educação interprofissional (EIP) e a prática interprofissional (PIP). A APIP compreende cinco componentes: contexto, cultura, conduta, atitudes e informações. Em conjunto, esses cinco componentes facilitam o exame da efetivação da EIP e da PIP de um programa formativo, um programa de trabalho, uma organização educacional ou sanitária. Utilizado dentro de uma metodologia de pesquisa de ação, a APIP permite uma aferição sincronizada, em que as

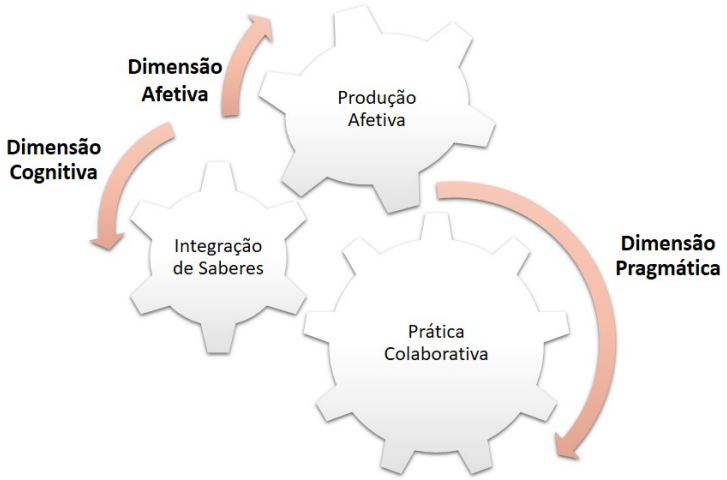
semelhanças e diferenças dos componentes são consideradas simultaneamente e o conhecimento desenvolvido é usado para promover projetos de mudança com vistas a melhorar o atendimento ao usuário/paciente.

Furtado (2009) postula que, enquanto a interdisciplinaridade é um termo relativo a conceitos e teorias, voltados para a compreensão de fenômenos, a interprofissionalidade diz respeito a práticas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos. Considera o autor que, embora no cotidiano de trabalho, prática e teoria interajam e se realimentem, a definição de interprofissionalidade tem valor por diferenciar conceitos e princípios gerais afetos à "interdisciplinaridade", mas também seus desdobramentos na prática cotidiana dos trabalhadores (interprofissionalidade). Furtado (2009), embora não assinale claramente, parece abordar a interprofissionalidade como sinônimo de colaboração interprofissional. Destaca o autor que transpor a discussão da interdisciplinaridade para o campo das práticas em saúde é enfrentar o antagonismo entre o modelo da lógica profissional e o modelo de colaboração interprofissional ou, mais resumidamente, entre a diferenciação (foco da formação profissional) e a integração (requerida pela colaboração interprofissional e condição para a qualificação da clínica). A noção de interprofissionalidade é útil para direcionar nossa atenção para o surgimento de uma prática interprofissional menos fragmentada e, em consequência, mais coesa. Isso não implica o desenvolvimento de novas profissões, mas sim um meio pelo qual os profissionais podem desenvolver suas intervenções de forma mais colaborativa e, até mesmo, criando um campo comum de atuação (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013) no qual as fronteiras sejam mais permeáveis.

Consideramos ser a interprofissionalidade um processo de trabalho, resultante da síntese de processos cognitivos, pragmáticos e subjetivos, vivenciados e materializados por profissionais da mesma categoria e de categorias profissionais diversas, que trabalham juntos. A dimensão cognitiva da interprofissionalidade pressupõe a socialização e a integração de conhecimentos entre as diversas categorias que interagem num campo de práticas, ampliando o seu campo de conhecimento e interpretação dos fenômenos. A interprofissionalidade, contudo, não se materializa apenas nessa dimensão cognitiva, requerendo uma dimensão pragmática, uma vez que a ampliação da compreensão epistemológica dos fenômenos com os quais os profissionais se defrontam, no cotidiano de trabalho, implica a modificação do fazer profissional e interprofissional, demandando dos trabalhadores o exercício de uma prática colaborativa. A referida prática em colaboração interprofissional tem lugar na organização do trabalho, constituindo-se na dimensão pragmática da

interprofissionalidade. Todavia, a integração de saberes e a prática colaborativa, constituintes da interprofissionalidade, não são processos meramente cognitivos e pragmáticos, respectivamente. São processos permeados pelo desejo e pelos afetos dos profissionais, visto que compartilhar práticas e socializar saberes mobiliza sentimentos que podem ativar ou frear a interprofissionalidade. Nessa perspectiva, a dimensão afetiva se constitui no motor, na mola impulsionadora do cognitivo e do pragmático (ELLERY, 2012; 2014). Em síntese, como representado na Figura 1, a Estrutura Conceitual da Interprofissionalidade compreende três dimensões: a dimensão cognitiva (socialização e integração de saberes); a dimensão pragmática (prática compartilhada ou em colaboração); e a dimensão subjetiva (que envolve os afetos, tais como inveja, ciúme, amorosidade, disputa de poder e status etc.). Elas são decorrentes do fazer juntos e ~~que~~ mobilizam sentimentos conciliatórios e contraditórios, o que pode facilitar ou dificultar a colaboração, interação e troca, enfim, as parcerias.

Figura 1 - Estrutura Conceitual da Interprofissionalidade



Fonte: ELLERY, 2012

A interprofissionalidade é, portanto, um processo de trabalho, mediado pelo desejo e abertura dos trabalhadores. Profissionais com formações acadêmicas distintas trabalham juntos, sendo afetados uns pelos outros, o que resulta numa ampliação dos métodos de ver e interpretar os fenômenos, a partir da integração de saberes, e numa modificação das práticas, quer seja através da prática em colaboração, no núcleo específico de atuação de cada profissão, quer seja na construção de um campo comum de intervenção, onde as práticas são compartilhadas entre os profissionais indistintamente.

Parece-nos imperativo processar a organização dos saberes e das práticas, essencialmente, em função dos interesses e das necessidades dos usuários e não dos interesses corporativos. No cenário da saúde no Brasil e no mundo estão sendo ampliados, gradativamente, o número e a diversificação de profissionais, em face da complexidade do processo de saúde-doença-intervenção. A incorporação de novos saberes e práticas é uma necessidade, mas, em contrapartida, ela aumenta a complexidade das relações interprofissionais, visto que, no caso do campo da saúde no Brasil, existem pelos menos 16 categorias de nível superior, além das diversas categorias de trabalhadores auxiliares e técnicos e dos Agentes Comunitários de Saúde ou de Controle de Endemias. Em outras palavras, o usuário da saúde, sua família e sua comunidade devem ser o foco da organização das equipes e dos serviços multiprofissionais, constituindo a interprofissionalidade. Sem essa mudança na abordagem, os serviços de saúde poderão se transformar em "campos de batalha" por espaço, prestígio, reconhecimento e poder. A interprofissionalidade é o que torna factível e efetiva a vivência de múltiplos profissionais na saúde. Daí a necessidade de ser ela fortalecida, resultando numa gradativa integração de saberes e compartilhamento de práticas, dando lugar a um campo comum de atuação interprofissional, em permanente pactuação, à medida que novos saberes e práticas são incorporados.

Esperamos que a interprofissionalidade possibilite a entrega de uma melhor qualidade dos serviços de saúde à população. Para tanto, sua construção requer a adoção de uma orientação centrada no acolhimento do usuário, na qualidade ética da atenção e na resolutividade humanizada do cuidado, em detrimento da organização dos serviços e das práticas profissionais centradas nos interesses das corporações.

INTERSETORIALIDADE

CÉSAR AUGUSTO PARO
TALITA ABI RIOS

As pactuações interinstitucionais e intersetoriais referem-se aos acordos e ajustes realizados entre diferentes instituições e setores da nossa sociedade para, de forma articulada, lidar com a complexidade das problemáticas vivenciadas no cotidiano. Tratam-se de estratégias que, por meio da composição dos múltiplos saberes e fazeres dos diversos sujeitos, grupos e setores, buscam promover o compartilhamento de objetivos comuns, planos, metas e recursos, assim como o estabelecimento de vínculos e a partilha de compromissos e corresponsabilidades entre tais atores e instituições. No âmbito das *Residências em Saúde*, essas pactuações são desenvolvidas tanto pelas instituições proponentes dos *Programas*, para garantir cenários de aprendizagem com vistas ao desenvolvimento pleno das estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas, quanto na própria atuação profissional desenvolvida pelo residente no interior das atividades de *treinamento em serviço sob supervisão*.

Em relação à primeira acepção, Barreto *et al.* (2011) apontam a pactuação interinstitucional como uma diretriz para se pensar os processos de ensino-aprendizagem na sua prática diária tanto na formação da graduação, quanto na da pós-graduação, modalidade em que se insere a formação da residência. A própria *Lei nº 11.129*, de 30 de junho de 2005, que instituiu a *Residência em Área Profissional da Saúde*, já a caracteriza a partir seu caráter intersetorial, definindo Residência como "[...] 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" (BRASIL, 2005d, p. 1). Atualmente, diversas instituições proponentes dos *Programas de Residência em Saúde* não conseguem isoladamente ofertar toda a gama de atividades necessárias no processo formativo do residente. Desse modo, por exemplo, muitos *Programas* vinculados às Instituições de Ensino Superior (IES) realizam pactuações interinstitucionais com os Municípios e os Estados e/ou com o Ministério da Saúde para possibilitar que serviços vinculados ao *Sistema Único de Saúde* (SUS) sejam campos para o desenvolvimento das estratégias educacionais práticas (com o

treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde). Essas pactuações se darão por meio da celebração de convênios ou de acordos de cooperação técnico-científica, buscando o atendimento de interesses das partes com a integração ensino-serviço e beneficiando a formação integral do residente para uma atuação integral.

A busca da integralidade na atenção deve ser contemplada no movimento de articulação ensino-serviço, teoria-prática e ação-reflexão-ação. Para a construção da rede ensino-serviço, faz-se necessário que as instituições formadoras e os serviços de saúde dialoguem, negociem e estabeleçam parcerias permanentemente, proporcionando o compartilhamento de saberes numa construção coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; SAIPPA-OLIVEIRA; FERNANDEZ; KOIFMAN, 2010; SILVA; SENA, 2008). A diversificação dos cenários de práticas trata-se de um dos eixos estratégicos identificados pelo Ministério da Saúde como imprescindíveis para que a formação dos profissionais da saúde esteja sintonizada com as necessidades sociais e com abordagem integral do processo saúde-doença:

> Os cenários de ensino, portanto, devem ser diversificados, agregando-se ao processo, além dos equipamentos de saúde, os equipamentos educacionais e comunitários. A interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar os problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados compatíveis com seu grau de autonomia (BRASIL, 2007c, p, 27).

Saippa-Oliveira, Fernandez e Koifman (2010) apontam que o processo pedagógico operado em cenários múltiplos, seja em situações reais ou, até mesmo, simuladas, deve estar centrado no compartilhar experiências e vivências, por meio de uma supervisão dialogada que busque mudanças institucionais, apropriação ativa de saberes, fortalecimento das ações em equipe e produção de maneiras inovadoras de se organizar o trabalho em saúde. Portanto, entende-se que os cenários de aprendizagem possuem importância como *locus* da formação em saúde, espaço privilegiado para a incorporação da integralidade em saúde no processo de ensino-aprendizagem (MACEDO *et al.*, 2006). Desse modo, o estabelecimento de pactuações interinstitucionais ganha grande relevância na configuração dos *Programas das Residências em Saúde*, por propiciar o contato do residente com cenários de aprendizagem diversificados. Além da dimensão estruturante que as pactuações interinstitucionais/intersetoriais possuem na configuração dos *Programas de Residência* no tocante à integração ensino-serviço, elas também são desejadas na própria atuação prática profissional

desenvolvida pelo residente no interior das atividades de cuidado promovida por ele no cotidiano dos serviços de saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004b), identificando a necessidade de uma configuração de implicações recíprocas entre ensino, gestão, práticas de atenção e controle social para a política de formação, sugerem o conceito de “quadrilátero da formação” para a área da saúde. Esse conceito auxilia no entendimento de que a qualidade da formação é resultante da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários. Como “[...] cada face [do quadrilátero] libera e controla fluxos específicos e configura espaços-tempo com diferentes motivações [...] [e] [...] cada face comporta uma convocação pedagógica, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 47), a disputa de uma apreciação crítica de formação com vigor político para um processo de mudança de realidade exige a necessidade de ativar certos processos e controlar outros. Na ativação desses processos, a residência deve ser capaz de estabelecer pactuações não apenas interinstitucionais como, também, intersetoriais dado que se fazem necessárias para atingir o imperativo ético de se produzir saúde, o que engloba: o "[...] atendimento das necessidades de saúde das pessoas e das populações" (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 43), a “[...] escuta aos fluxos de vida na experiência concreta dos adoecimentos ou demandas por atenção à saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1409), a "[...] articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional” (SILVA; SENA, 2008, p. 52). Desse modo, partindo-se de uma compreensão ampliada de saúde, a articulação com outras instituições e setores deve ser instaurada para que seja possível promover um cuidado efetivo e com qualidade.

A *intersetorialidade* diz respeito à interação entre diversos setores no planejamento, na execução e no monitoramento de intervenções para enfrentar problemas complexos e necessidades da população, visando à superação da fragmentação das políticas públicas, ações técnicas e programas sociais. A articulação intersetorial é imprescindível para incidir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), dado que a atuação sobre muitos desses determinantes extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde, tornando obrigatória a ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais e sociais (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). A atenção integral demanda a organização de atividades articuladas do setor da saúde com outros setores implicados com o andar da vida: cultura, educação, assistência social,

trabalho, recreação e lazer, ação comunitária, apenas para citar alguns. Em síntese, as pactuações intersetoriais têm grande importância no contexto das *Residências em Saúde*. A construção cotidiana da interinstitucionalidade e da intersetorialidade é necessária para potencializar as possibilidades de atuação em rede, refletindo uma união de esforços que visa a processos formativos e de cuidado integrais.

JOGO

JOÃO ALFREDO MARTINS MARCHI

O jogo tem papel de estímulo às possibilidades criativas e corporais, as quais podem contribuir significativamente em diferentes áreas, como nas artes e na educação física, mas também na educação e na saúde, seja na formação ou no cuidado. Muitas são as vertentes pelas quais podemos definir e conceituar o jogo, desde sua semântica em diferentes culturas até seu entendimento frente a traduções entre uma língua e outra. Em nosso caso, utilizamos autores da filosofia, da sociologia, da psicologia e das artes. Iniciamos nossa discussão, partindo do jogo como elemento constituinte da cultura humana. Em seguida, associamos o jogo às culturas infantis, a fim de expor como podemos aprender com essa prática tão comum nas crianças. Na sequência, entramos no contexto do teatro e definimos os conceitos de jogo dramático, jogo teatral e algumas categorias de jogos, dos competitivos aos jogos de vertigem. Por fim, trazemos uma discussão que relaciona o jogo à brincadeira e a defendemos como uma prática metodológica lúdica potente para o e no trabalho de profissionais de distintas áreas.

Numa perspectiva que alia jogo à cultura, a partir de definição de Huizinga (2012, p. 3), entendemos que "[...] o jogo é mais antigo que a cultura, pois esta, mesmo em suas definições menos rigorosas, pressupõe sempre a sociedade humana", o jogo, tampouco, é apenas um fenômeno fisiológico ou um reflexo psicológico. Em outras palavras, a linguagem do jogo está presente na cultura em diversos grupos culturais e antecede a organização de práticas estético-artísticas do mundo das linguagens, letras e artes. É uma forma de comunicação que possui e produz sentidos, contempla significados e favorece ressignificações. Podemos dizer, ainda, que diferentes tipos de jogos podem também ser definidos a partir do conjunto de regras que os compõem. Para Huizinga (2012), as linguagens de diferentes comunidades, por exemplo, são forjadas a partir do jogo, ou seja, são definidas regras e, a partir delas, vão sendo cunhadas as palavras e seus significados. Sob essa perspectiva, a própria linguagem corporal é uma forma de jogo. Nela jogamos com o corpo para dar significado às nossas vontades, demonstrar emoções e para nos comunicarmos uns com os outros.

Não é fácil definir jogo, pois este "[...] não é passível de definição exata em termos lógicos,

biológicos ou estéticos" (p. 10). É como se existisse uma gama de aspectos que podem definir o que é jogo e, mais especificamente, o que é entendido como jogo em diferentes culturas. Temos, por exemplo, os jogos ritualísticos ainda praticados em diferentes tribos, em pequenas comunidades e em grupos de cultura não ocidental. Em contraponto, se pensarmos no século XXI, a tecnologia e os jogos eletrônicos são uma forma particular que está inserida na cultura e que possui igualmente regras e objetivos. É possível, então, dizer o que é jogo? Apesar dessa pluralidade de sentidos, um ponto em comum pode ser visto pelos limites de tempo e de espaço visto que o jogo é "jogado até o fim" (HUIZINGA, 2012, p. 12) e possui regras que o definem a partir do que é estabelecido e consentido pelo grupo que joga. Esse aspecto é uma importante definição que pode ser traduzida para diferentes tipos de jogos.

No sentido semântico, ainda sob o olhar de Huizinga (2012), vemos pelo menos quatro raízes verbais diferentes que têm como ponto de partida "[...] a ideia de movimento rápido, relação esta que se verifica em muitas outras línguas" (p. 37). A partir desse primeiro entendimento, podemos observar que, para além de estar presente em diferentes culturas, o jogo pressupõe, em maior ou menor grau, a ideia de movimento e uma potência para a sociabilidade. Nessa lógica, segundo Piccolo (2008), "[...] considerar os jogos como importante recurso sociológico significa acreditar em seu potencial de compreensão social". Para o autor, o jogo pode ser uma fonte da Sociologia por permitir o desvendamento e a compreensão da estrutura cotidiana de certo local e, desse modo, sua prática influi diretamente na vida das pessoas. A partir de uma tal definição, podemos pensar no jogo como uma forma de aproximação com o outro, como um instrumento para criar e ampliar as relações humanas e como uma forma de diálogo a partir do lúdico.

Desde o prisma sociológico referido, uma definição pertinente é a que aponta o jogo como característico das culturas infantis, sendo potente e amplamente experienciado e compartilhado entre as crianças. Segundo Barra (2015), as culturas infantis partem de um entendimento de que as crianças são uma categoria geracional assim como os adultos e que, na perspectiva da sociologia da infância, são vistas como sujeitos ativos e construtores de culturas e não como adultos em miniatura. Sarmento e Pinto (2004) é um dos primeiros autores a tratar desse conceito na década de 1990 e nos ensina que "[...] a identidade das crianças é também a identidade cultural, isto é, a capacidade de as crianças construírem culturas não redutíveis às culturas dos adultos" (p. 11) e elas o fazem, na maioria das vezes, a partir do jogo, da brincadeira. Dessa forma, podemos perceber que, embora as crianças se tornem adultos, a categoria geracional das crianças e de suas infâncias permanece. Assim, conforme

Barra (2015, p. 97), vemos que "[...] as crianças farão a partilha de seus saberes temporalmente e geograficamente, pois a transmissão de canções, rimas, jogos, lengalengas, brincadeiras [...] é passível de estar escrita nos saberes de uma geração de crianças para a seguinte geração".

Trazemos à tona tal discussão, pois, ao entendermos que as crianças são a categoria geracional que mais joga, devemos buscar subsídios em suas culturas para compreendermos a potencialidade do jogo e da brincadeira como instrumentos e como método para tratarmos de diferentes assuntos em diferentes áreas, a exemplo da educação, seja ela nas artes, no teatro, na pedagogia ou em quaisquer práticas formativas, e da saúde, seja na educação e promoção da saúde, seja na educação permanente em saúde, na clínica com grupos ou na atenção de segmentos geracionais em diversos ambientes de saúde (ambulatoriais e hospitalares). O jogo está relacionado com o prazer de jogar e de compartilhar. Esse assunto nos inquieta por vemos a necessidade de práticas, nas relações humanas, que considerem o prazer, a alegria, o riso e a sensibilidade, ainda mais se pensarmos no contexto do século XXI com todas as suas políticas, cada vez mais individualistas.

Ao vermos que as crianças ensinam por meio do jogo e da brincadeira (MARCHI, 2017), é possível utilizarmos tal princípio em nossas práticas, sejam ~~estas~~ artísticas, educacionais ou sanitárias, e como forma de nos aproximarmos uns dos outros em áreas que lidam, por exemplo, com pacientes e sujeitos com limitações físicas e linguísticas. Tal sugestão se dá pelo fato de o jogo colocar o corpo numa disponibilidade lúdica, e a ludicidade, como metodologia, ser uma ferramenta potente de transmissão de saberes, apropriação de si, descoberta de linguagens corporais e expressivas, exploração de limites e potências corporais, de comunicação, de interação, de construção de relações sociais e com as instituições. Sob essa perspectiva, vemos que uma das áreas que mais se beneficia do jogo é o teatro, seguida das artes de modo geral, assim como a educação física e a promoção da saúde.

No âmbito teatral, é possível afirmar que, "[...] se o ambiente permitir, pode-se aprender qualquer coisa, e se o indivíduo permitir, o ambiente lhe ensinará tudo o que ele tem para ensinar" (SPOLIN, 2010, p. 3). Para Spolin, a espontaneidade é um caminho potente para que os indivíduos se conheçam, experienciem e construam uma relação de escuta, respeito e afetividade entre o grupo do qual fazem parte e com o mediador deste grupo, pois, por meio da espontaneidade, "[...] somos *re-formados* em nós mesmos". Segundo a autora, "[...] a espontaneidade cria uma explosão que por um momento nos liberta de quadros de referência estáticos, da memória sufocada por velhos fatos e informações, de teorias não digeridas e técnicas que são na realidade descobertas

de outros" (SPOLIN, 2010, p. 4). A espontaneidade trazida, aqui, é a que nos permite entrar em estado de jogo, ou seja, é a que nos traz o prazer em jogar e que rompe com o medo de errar. Spolin afirma que, quando nos permitimos estar com o outro e em relação com o espaço, é possível criar uma atmosfera mais coletiva, colaborativa e que permite trocas mais sensíveis entre os sujeitos. Contudo, perguntamos: como atingir esta espontaneidade? Um caminho ao estado espontâneo é o jogo, que "[...] é uma forma natural de grupo que propicia o envolvimento e a liberdade pessoal necessária para a experiência" (p. 4). A autora ainda pontua que as habilidades necessárias para o jogo são desenvolvidas no próprio ato de jogar, ou seja, é preciso que nos aventuremos no jogo para podermos potencializar nossas relações humanas e para que tornemos nosso corpo mais disponível ao inesperado, ao novo, ao criativo, ao lúdico e, até mesmo, ao risível, pois rir também é uma forma de jogar e se comunicar com o outro.

Colavitto (2015, p. 47) concorda com tal afirmação e complementa tais conceitos ao inferir que "[...] a espontaneidade tem no jogo um aspecto fundamental e uma característica essencial da cultura da infância. O jogo, a espontaneidade e a infância são categorias que se intrincam e estabelecem diálogos próprios e em consonância". Para este autor, uma das inúmeras formas de trabalhar com o jogo é a partir da figura do palhaço, figura que se aproxima da criança e que, nessa perspectiva, fala a linguagem do jogo. Concordamos ainda que, "durante o jogo, o jogador é livre para alcançar seu objetivo da maneira que escolher […] Qualquer jogo é altamente social e propõe intrinsecamente um problema a ser solucionado" (SPOLIN, 2010, p. 4-5). O problema pode ser simples, como, por exemplo, descobrir novas formas de nos cumprimentarmos (será que consigo criar cinco formas diferentes de cumprimentar o outro? Será que consigo pensar em cumprimentos que não envolvam apenas as mãos? Será que é possível cumprimentar utilizando diferentes sons como estímulo?). Este exemplo serve para que visualizemos como é possível jogar em diferentes espaços e com diferentes sujeitos. Não devemos restringir o jogo e as práticas lúdicas apenas às crianças, pois, conforme nos mostra Huizinga (2012), é preciso reconhecermos não apenas o *homo sapiens* (aquele que pensa/sabe) e o *homo faber* (aquele que faz/atua), mas também o *homo ludens* (aquele que joga/brinca). Outro argumento que reforça o jogo como prática de relação, não somente com as crianças, está em "Faz assim ó: como as crianças ensinam e o que as escolas podem aprender com elas" (MARCHI, 2017), uma vez que, ao pesquisar crianças e adolescentes de circo, notou-se que, nesse espaço, os adultos também brincam e o brincar rompe com algumas hierarquias, tornando a convivência do grupo mais democrática, participativa e alegre.

No âmbito do teatro, é relevante apresentarmos as principais formas de jogo existentes, as quais se configuram em jogos dramáticos e jogos teatrais. Segundo Rosseto (2013), tais formas de jogo contribuem para a improvisação e podem ser transpostas para o cenário educativo em práticas lúdicas e dinâmicas. Entendemos que "[...] improvisar é criar, jogar, arriscar, transformar uma ideia num espaço privilegiado para as concepções poéticas e simbólicas" (p. 11). Tais trocas ocorrem, muitas vezes, de modo colaborativo, a partir de um trabalho de grupo, ou seja, o ato de improvisar por meio do jogo pode conferir "um espaço livre para o experimento", possibilitando "[...] colocar em cena novas maneiras de pensar, o que resulta numa expressão artístico-estética mais autônoma" (p. 17). No cenário das artes cênicas, uma das primeiras formas de jogo experienciadas é o jogo dramático. Pensado inicialmente por Peter Slade e desenvolvido para trabalhar o teatro com crianças, este método pode ser definido como um jogo em que todos jogam ao mesmo tempo "[...] com um fazer atrelado ao prazer da (re)criação da realidade" (ROSSETO, 2013, p. 23). No jogo dramático, não há hierarquia ou plateia, os jogadores recebem um estímulo como, por exemplo, caminhar com diferentes partes do pé no espaço em que se encontram, e, então, são estimulados a experimentar cada um à sua maneira o jogo. Não há uma ideia de certo ou errado no jogo dramático, mas sim como cada um consegue realizar tal proposta dentro da regra estabelecida. Esse tipo de jogo, no teatro, permite que os sujeitos rompam com alguns preconceitos sobre o fazer teatral e possibilita a criação dos primeiros vínculos no grupo que joga.

O jogo teatral, por sua vez, precede que tenha alguém jogando e alguém assistindo e, geralmente, apresenta "[...] problemas de atuação cênica a serem *resolvidos* pelos jogadores" (ROSSETO, 2013, p. 27). No teatro, após uma série de jogos dramáticos, os jogadores experienciam jogos em que precisam contar algo para a plateia como forma de treinar o jogo a partir de um olhar de fora, um exemplo é: após vivenciar, no coletivo, diferentes tipos de movimentos e sons onomatopeicos, os jogadores são divididos em grupos e cada grupo deve montar uma "máquina humana" utilizando, cada um, um movimento e um som. Os grupos então mostram sua máquina para a plateia para instigar quem assiste a identificar e/ou imaginar qual máquina foi feita. O exemplo acima é apenas uma das inúmeras possibilidades de jogos existentes, todavia, a trouxemos para o texto como forma de criar uma imagem sobre o que é o jogo teatral.

A partir desses dois tipos principais de jogos referidos, é possível acrescentar elementos a serem vistos como pré-textos para o jogo, como, por exemplo, imagens, fragmentos de texto, estímulos sensoriais, estímulos sonoros e elementos narrativos para que o corpo reaja, o sensório seja

ativado e o sensível atravesse o corpo. Esses elementos, dependendo do objetivo pensado, podem ser adaptados para práticas não teatrais, ou seja, como forma de estímulo à comunicação, como forma de criar um ambiente lúdico, como forma de estabelecer relações mais próximas entre os sujeitos de modo geral, em qualquer situação, ou, mais especificamente, entre um mediador (que pode ser um profissional de qualquer área) e o grupo com o qual está em contato.

Para além dos jogos dramáticos e teatrais, existem ainda outros tipos de jogos se pensarmos a partir de Callois, os quais podem ser resumidos a partir da análise feita por Piccolo (2008) como: agôn, alea, mimicry e ilinx. Os jogos da categoria agôn aparecem predominantemente ligados à ideia de competição, especificamente a esportiva. Atualmente, no século XXI, tais jogos podem ser vistos em eventos como as olimpíadas, campeonatos de diferentes esportes etc. Os jogos do tipo alea pressupõem ações passivas, ou seja, "[...] não fazendo uso de qualquer habilidade previamente adquirida, negando, assim, qualquer qualificação profissional" (PICCOLO, 2008, p. 4). Podem ser exemplificados, nessa categoria, os jogos colaborativos que têm como objetivo a não competitividade e o desenvolvimento de ações em grupo, sem a necessidade de um treino prévio para que o jogo possa ocorrer. A categoria mimicry é dos "[...] jogos fictícios em que os participantes adotam para si o papel de determinados personagens" (PICCOLO, 2008, p. 4). Eles podem ser vistos nas manifestações das crianças ao imitarem ações adultas, mas também nos jogos dramáticos e teatrais propostos nas improvisações. Por fim, os jogos da categoria ilinx "[...] assentam na busca de vertigem, com o intuito de destruir a estabilidade e percepção do corpo humano"[, buscam]"atingir uma espécie de espasmo, transe, afastamento súbito da realidade" (PICCOLO, 2008, p. 4). Os jogos vivenciados no circo, por exemplo, podem demonstrar uma máxima da categoria ilinx, pois estão compostos, muitas vezes, por saltos, giros, mudanças corporais muito rápidas de um ponto a outro.

Podemos ver, ainda, uma outra forma de experienciarmos o mundo do jogo: a partir das brincadeiras, pois convergimos com a ideia de Colavitto de que "o espaço da brincadeira é […] uma instância importante na construção da significação do mundo". Para Colavitto (2015, p. 50), "[...] esse espaço pode proporcionar um ambiente propício para um extraordinário desenvolvimento da imaginação, da cognição e da abstração, responsáveis pelo refinamento do pensamento humano". Brincadeira e jogo não se diferenciam em algumas línguas, como ocorre no inglês em que ambas as palavras são "play". Dessa forma, um olhar possível é pensarmos no brincar como uma ferramenta de excelência para jogarmos e estabelecermos relações mais humanas em diferentes áreas do conhecimento e de atuação profissional.

Muito do que as crianças sabem de suas culturas foi aprendido por intermédio da brincadeira e com outras crianças, sendo assim, um caminho para conhecermos melhor seus mundos é brincando (MARCHI, 2017). Müller (2002) reforça a ideia segundo a qual aprendemos muito mais das crianças pela brincadeira ao inferir que, não raro, é durante as brincadeiras que as crianças revelam vontades, segredos e criam relações de amizade e de vínculo. A brincadeira pode ser ainda uma ferramenta passível de adentrar outros espaços, como, por exemplo, ocorre com os Doutores da Alegria, que realizam intervenções lúdicas com palhaços no contexto hospitalar. Entretanto, para além da linguagem do palhaço, o simples fato de jogar e brincar em tais ambientes pode ser visto como uma forma potente de enfrentamento da hospitalização. Tal afirmação é o que nos mostram Motta e Enumo (2004) em seu artigo: eles identificaram que as crianças diagnosticadas com câncer, em tratamento no Serviço de Onco-Hematologia de um hospital infantil público do Espírito Santo, realizavam uma série de brincadeiras e jogos para subverter seu tempo de estadia no hospital. Outro resultado percebido, dessa vez por Sarmento e Pinto (2004), foi que as crianças citavam a brincadeira como algo que gostariam que estivesse presente dentro do hospital por se constituir em uma forma de lidar com a realidade pela utilização das práticas lúdicas.

Em última análise, é possível perceber a riqueza da pluralidade de experiências que compreendem o jogo e a brincadeira em diferentes contextos e experiências. Não é possível afirmar uma única definição para o conceito de jogo, da mesma forma, as relações entre jogo e brincadeira podem ser tão múltiplas quanto são multiculturais. Sendo assim, o que podemos observar é a potência do jogo como instrumento, como linguagem e como método para desenvolvermos habilidades catalisadoras de relações mais humanas e mais sensíveis entre os sujeitos. “Se brincamos e jogamos”, diz Huizinga (2012, p. 7), “e temos consciência disso, é porque somos mais do que simples seres racionais, pois o jogo é irracional”. Para o linguista e literato holandês, “[...] o jogo se baseia na manipulação de certas imagens, numa certa *imaginação* da realidade (ou seja, a transformação desta em imagens)”, então, nossa preocupação fundamental deve ser a de “[...] captar o valor e o significado dessas imagens e dessa *imaginação*” e, assim, “[...] observaremos a ação destas no próprio jogo, procurando [...] compreendê-lo como fator cultural da vida”.

JORNADA

Vera Lúcia Pasini
Daniela Dallegrave

A jornada ou carga horária semanal realizada nos programas de *Residências em Saúde* é um assunto de grande polêmica na atualidade. Pelo menos dois imperativos operam na discussão dessa temática: (1) a necessidade de intensa imersão na formação pelo trabalho; e (2) o entendimento de que, para aprender intensamente, é preciso descansar, realizar atividades de lazer, manter o corpo saudável e ativo. A uma primeira olhada para tais imperativos, não há percepção de qualquer contradição ou impossibilidade de coexistência. No entanto, quando a sua junção é expressada através da jornada semanal realizada nas atividades formativas, a fim de integralizar o mínimo total de 5.760 horas, referido conforme *Resolução nº 05/2014* (BRASIL, 2014a), da *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS), esse assunto toma grande proporções e diversos posicionamentos.

O parágrafo único que descreve o artigo indicativo da carga horária mínima define que "[...] o Profissional da Saúde Residente fará jus [...] a 30 (trinta) dias consecutivos de férias [...], por ano de atividade". Na *Resolução*, não há indicativo de carga horária semanal de atividades do residente. O primeiro documento emitido pelo Ministério da Educação (MEC) em que há uma menção à carga horária semanal é o material informativo intitulado *Perguntas e respostas sobre residência em saúde*, disponível no sítio do MEC. Tal informativo esclarece que a carga horária de *Programas de Residência* seria de 60 horas semanais, conforme deliberado pela CNRMS. A *Portaria Interministerial nº 506/2008* (BRASIL, 2008d) alterou especificamente o artigo 1º da *Portaria Interministerial nº 45/2007* (BRASIL, 2007a) para estabelecer a carga horária semanal de 60 horas, não mais "entre 40 e 60 horas semanais". A *Resolução CNRMS nº 2*, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a), que dispôs sobre as diretrizes gerais para os Programas de Residência em Saúde estabeleceu que a dedicação exclusiva do residente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais. Cabe destacar que as *Portarias Interministeriais nº 506/2008* e *nº 45/2007*, assim como *Resolução CNRMS nº 2/2012*,

foram revogadas pela *Portaria Interministerial nº 1077/2009* (BRASIL, 2009b), um documento imposto pela CNRMS, em que pesem as fortes oposições dos segmentos de base das *Residências em Saúde*.

Conforme a *Resolução nº 5*, também emitida pela CNRMS, em novembro de 2014 (BRASIL, 2014a), está expressa a definição de que os *Programas* terão "[...] duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas", sem especificação quanto à carga horária semanal, como se apresenta na *Portaria Interministerial nº 1077*, de novembro de 2009. Este assunto toma grandes proporções e diversos posicionamentos, especialmente em contextos de formação que não operam em regimes intensivos de trabalho, que incluem plantões noturnos e de finais de semana.

Na *Residência Médica*, a *Resolução nº 02/2006* (BRASIL, 2006a), da *Comissão Nacional de Residência Médica* (CNRM), define, para cada especialidade, a carga horária mínima da formação completa, bem como as quantidades anuais e a divisão percentual das atividades a serem realizadas durante a formação. Percebe-se que, para cada especialidade, há um direcionamento que se baliza pelas necessidades do processo pedagógico em questão. Se olharmos para os modos como se desenvolvem estes dois processos de formação pelo trabalho (das residências médica e multiprofissional em saúde), percebe-se que há uma burocratização excessiva, tanto na expressão escrita da carga horária a ser cumprida quanto na interpretação do disposto nas *Resoluções*, que se estende a todos os *Programas*, sem considerar as especificidades necessárias a cada percurso formativo e, mesmo, a posterior inserção dos residentes nos processos de trabalho vigentes em cada campo.

Dessa forma, atualmente, exige-se do residente, nas *Residências em Área Profissional da Saúde*, o limite permitido pela legislação brasileira para acumulação de carga horária em empregos públicos, isto é, 60 horas semanais. Essa quantidade de horas desafia os limites dos sujeitos envolvidos, e se traduz em exaustão e pouca disposição para um processo de aprendizagem ativa, em resposta aos modos como são prescritas e executadas as inserções nos espaços de ensino em serviço. Revisitando documentos antigos, encontramos a *Lei nº 6.932*, de 17 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente (BRASIL, 1981b) e, em seu artigo 4º, indica que haveria dois valores diferentes de bolsa para o médico residente: um para aqueles em regime de 40 (quarenta) horas; e outro, com adicional de 112,09%, para aqueles em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais. Esta redação se manteve vigente até 2006, quando foi

alterada pela *Lei nº 11.381*, que passa a estabelecer um valor único de bolsa, por "[...] regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais" (BRASIL, 2006d).

No contexto das *Residências em Saúde*, a *Portaria nº 45*, de 12 de janeiro de 2007, estabelecia que as *Residências Multiprofissionais em Saúde* seriam desenvolvidas com carga horária "[...] entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais" (BRASIL, 2007a). Posteriormente, a definição foi alterada pela *Portaria Interministerial nº 506* (BRASIL, 2008d) que passa a estabelecer a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais a ser cumprida pelos *Programas*, sendo a redação que irá se manter nos documentos posteriores, onde se expressa a respeito da carga horária (BRASIL, 2009b, 2010, 2012a, 2014a). Segundo o *Relatório do III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde*, evento realizado de 13 a 15 de outubro de 2008 (previamente à *Portaria Interministerial nº 1.077/2009*), essa foi uma discussão que gerou dissenso entre os atores envolvidos naquele momento, sendo que a proposição do *Fórum de Residentes* era "[...] pela redução da Carga Horária de 60 horas semanais, [sugerindo] permanecer como estava antes da publicação da Portaria Interministerial nº 506 que disciplinara a matéria, que era de 40 a 60 horas/semanais".

A *Carta de Florianópolis*, produzida no *V Encontro Nacional de Residências em Saúde* (ENRS), realizado em Florianópolis (SC), em outubro de 2015, reafirmou a indicação da necessidade de redução da carga horária de 60 horas semanais dos *Programas de Residência*, sem redução do valor da bolsa, destacando que o *Fórum Nacional de Residentes* reivindica 44h semanais, a serem cumpridas conforme o artigo 2º da *Resolução nº 05/2014*, da CNRMS, onde se estabelece que os programas "[...] serão desenvolvidos com 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas" (BRASIL, 2014a).

Uma pergunta difícil de ser respondida, mesmo por quem acompanha a constituição das *Residências* desde antes da *Lei nº 11.129* (BRASIL, 2005d), é a seguinte: como se chegou ao número de 60 horas semanais? Algumas suposições são possíveis no intuito de realizar uma reflexão aprofundada sobre o assunto. Desde uma suposição A considerada, para chegar ao número de 60 horas semanais, foi realizada a divisão do total de horas previstas para o programa e descritas na *Resolução CNRMS nº 05/2014* pelo período total previsto para a realização da residência. Assim, teria-se a seguinte equação: *Número de horas semanais = número de horas total (5.760)/número de semanas de*

formação (104)[1]. Nesse caso, o número de horas semanais equivaleria e 55,38 ou *55 horas e 20 minutos/semana*. Conclui-se que a suposição A não é verdadeira. Segundo uma outra suposição, a suposição B, para chegar ao número de 60 horas semanais, foi realizada a divisão do total de horas previstas para o programa e descritas na *Resolução nº 05/2014* pelo período total previsto para a realização da residência, excetuando-se os dois meses previstos para férias. Assim, teria-se a seguinte equação: *Número de horas semanais = número de horas total (5.760)/número de semanas de formação, excetuando-se o período de férias (96)*[2]. Note-se que, para este cálculo ser verdadeiro, os meses de férias considerados devem ser de 28 dias para que sejam calculadas exatamente 4 semanas. Nesse caso, o número de horas semanais corresponderia a 60 horas/semana.–Conclui-se que a suposição B poderia ser verdadeira, em um cálculo hipotético, com meses constituídos de semanas em quantidade hipotética. Ainda, há que se considerar que tanto o descanso semanal remunerado quanto o período de férias deveriam ser traduzidos em números de horas para fins de cálculo da jornada semanal.

A exigência de cumprimento de jornada semanal de 60 horas, portanto, segue sendo motivo de muitas discussões entre coordenadores de *Programas*, tutores, preceptores e residentes, significando mais do que simplesmente incluir ou retirar horas aos *Programas*. Na modificação de carga horária, implica discutir os objetivos do processo de formação, para que seja ajustada ao contexto de inserção pretendido para os egressos. Ao entendermos que precisamos produzir mudanças na relação que os profissionais estabelecem com o cuidado, precisamos também refletir que os processos ensino e aprendizagem estão atrelados a uma jornada semanal de 60 horas, em serviços que possuem outra organização nos seus processos de trabalho. Consideramos que esse é um tema sobre o qual ainda temos que nos debruçar, produzindo conhecimentos que possam subsidiar novos modos de conceber os processos de formação dos profissionais de saúde, para além do tempo em carga horária cumprida na formação em serviço, evitando-se o risco de simplesmente repetirmos modelos já estabelecidos, por falta de novas perspectivas e produções sobre o tema.

[1] Número de semanas de formação = semanas de 1 ano X 2 anos, ou seja, 52 X 2 = 104 semanas.

[2] Número de semanas de formação = semanas de 1 ano X 2 anos – período de férias, ou seja = 52 X 2 - 8 = 96 semanas.

LAPIDAR

Renata Castro Gusmão
Anna Letícia Ventre
Pedro Augusto Papini

Era uma vez o menino e a lápide:

Um menino um dia visitou a lápide de sua avó. Ficou a olhar para aquele estranho pedaço de inscrições na pedra, que contavam, em duas palavras, seu arcabouço de vida e tempo. Com olhar fixo, embaçado por uma lágrima que lhe escorria pelo rosto e chegava salgada em sua boca, tropeçou no pensamento: “Mas por que se chama lápide esse lugar?”.

E assim pensou este verbete.

Começou olhando o significado de lapidar no dicionário – atacar ou matar com pedras; facetar e polir pedras preciosas; aperfeiçoar, refinar; de lápide ou a ela relativo; próprio de lápide; gravado em lápide (MICHAELIS, 2009). Com esses significados na cachola, saiu para *desver* o mundo, como alguém que, em terras estrangeiras, é convocado a falar a língua do país, em vez de ficar balbuciando a partir das regras que se aprendem na escola. Ele gostava de inventar significados para as palavras, partindo das sensações que experimentava. Quando já tinha se encontrado muitas vezes com a mesma palavra, em contextos sempre diferentes, sentia-se mais seguro de seu sentido. Assim, aprendeu a questionar, a se aventurar, a não se contentar apenas com o dicionário, esse verbete com a lista de significados, geralmente estreita para dar conta das alterações de sentido em cada contexto e vaga em relação às nuances inalteráveis que cada contexto funda em cada caso (ADORNO, 2015, p. 30).

Foi se aventurando com as palavras, que o menino aprendeu sobre o lapidar. Pode ser o ato do escultor, que intervém nas pedras brutas (ou nas pedras brutais). Há pedras brutas que valem mais do que outras, como as brutas pedras de diamante. Brutas são as pepitas, como grandes são os desertos. Afinal, o que atribui preciosidade a algo/alguém? [pensava]. A talhadeira e a picareta podem ser tão relevantes quanto o olho e o estilete [suspirava]. Lembrou de ter escutado, nesse jogo de aparecer e

desaparecer da memória, que olhar é um ato de silêncio (BRUM, 1999), e pensou: “Seria também o lapidar um ato de silêncio?”.

Em silêncio, o menino voltou o olhar para a lápide de sua avó e, cheio de recordações, entendeu que lapidar também remete à gravação em uma lápide, de um corpo que ali jaz, um corpo morto, parado. Então, com seus despropósitos, o menino concluiu que lapidar pode ser lápide-morte e arte-vida. E, brincando com os sons, enuncia: “LA. PI. DAR.”: arte de refinar, de produzir farelos, de construir concavidades de olhar. Escolheu pensar no lapidar desse jeito.

Foi quando o menino olhou para si e, riscando a sensibilidade da noite, rememorou imagens de uma cena que um dia presenciou nas distâncias de seu olhar guloso, de um homem com afiadíssimos instrumentos que lapidava uma pedra de cristal, para transformá-la em pirâmide. Volta-lhe a sensação aventureira e de risco daqueles movimentos, ao mesmo tempo em que a fascinação da transformação o inundava. Sentia medo - medo pelos dedos do homem, medo dos farelos do homem que via dissolver-se com os farelos da pedra. Assim, como mais uma de suas peraltagens com as palavras, o menino pensou em lapidar o corpo, o seu corpo, para transformar-se, polir-se, refinar-se, a lapidação no sentido de refazimento do próprio corpo, a lapidação de uma arte inacabada de si.

*

Andando por essa historieta do menino e a lápide, lembramos da experiência das Residências e suas múltiplas facetas de experimentações. Jogando amarelinha com o sagrado e profano da vida – aquilo que pode inverter o objeto naturalizado, produzindo pistas para subversão e invenção, sublinhamos a possibilidade de profanar com a ética do lapidar-se e do brincar com as palavras. Questionamentos nos surgem como farpas: podemos dizer que as Residências convocam a uma Ética da Lapidação? Uma Ética da Experimentação? Do experimentar-se? Ética do correr risco? (Ar)riscar-se, transmutar o risco como pista para sustentar um inquietar-se com a vida, trazendo uma concavidade ao que jaz petrificado, revirando o amortecido e produzindo outros tecidos (a si mesmo, a práticas de cuidado). Exercício em si que pressupõe a relação com o outro. Também fomos tomados pelas desafiantes palavras de Foucault (2004, p. 306):

> É possível suspeitar que haja uma certa impossibilidade de constituir hoje uma ética do eu, quando talvez seja esta uma tarefa urgente, fundamental, politicamente indispensável, se for verdade que, afinal, não há outro ponto, primeiro e último, de resistência ao poder político senão na relação de si para consigo.

Apostamos no lapidar a si mesmo como cuidado de si, como função da relação ética com a alteridade, pensando que o ponto primeiro e último de resistência ao poder refere-se à relação consigo mesmo. Abrir-se à experiência de lapidação coloca-nos a viver na intimidade com um ser estranho, manter-nos sempre numa zona de inquietação, de não conhecimento. Pensando com Agamben (2007, p. 19) seria afinar o que Walter Benjamin nos lembra: "a palpitação especial das crianças" ao se fazerem esconder, de deixar a corda bamba das certezas a postos e permitir-se à trepidação.

Nesse contexto, considerando aqui que Cenários de Práticas e Residências possuem uma terceira margem comum - a possibilidade de se colocar em experimentação - podemos dizer que seus objetivos margeiam uma radical ética da experimentação/lapidação? Uma possibilidade de constituição de uma borda para a autoria no cuidado de si?

Sobre o cuidado de si, conversamos com as palavras de Foucault (2014), tal qual o menino com suas imagens-verbais. Não se trata de um exercício de solidão, mas, sim, uma verdadeira prática social, o trabalho de si para consigo e a comunicação com outrem – um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações recíprocas. Um pensamento que apresenta uma estreita correlação com o aprender/ensinar/fazer/pensar/sentir as práticas na área da saúde. Contorna Foucault (2014, p. 71): "Formar-se e cuidar-se são atividades solidárias" – ou, ao menos, deveriam ser [pensamos].

Nos cenários das *Residências*, o cuidado de si – como a lapidação – resulta dos mais variados encontros entre os atores envolvidos em uma residência – tutor-aluno-preceptor-usuário, serviços-instituições de ensino-gestão-usuário, entre outros. Um lapidar constante, uma arte-vida inacabada, de polimento permanente, de autoria individual e coletiva, de compartilhamento entre seus múltiplos atores e autores.

Nesse sentido, cabe às profissões da área da saúde proporem, sob a forma de um regime, uma estrutura voluntária e racional de conduta, definir uma maneira de viver, um modo de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com as diferentes atividades e com o meio. O próprio sujeito devia equipar-se desse saber do cuidado de si, do qual poderia se servir permanentemente, "[...] para no decorrer da vida e nas circunstâncias comuns ser seu próprio conselheiro de saúde" (FOUCAULT, 2014, p. 128).

Haverá sempre um "resíduo de profanidade" em toda coisa consagrada e uma sobra de sacralidade em todo objeto profanado. Mas, na ética fundamental de se deixar lapidar em experiência

com o outro, há poesias impensáveis a constar em nossa escritura inacabada de encontros com a vida, exercitando uma perspectiva de olhares glaucos, arenosos, míopes, turvos, unívocos que conduzem ao lapidar-se, para o refazimento do corpo, dos saberes, dos fazeres. Um polir-se, um refinar-se, para, assim, inventar-se: profissional, aluno, educador, gestor, usuário, serviço.

Nota: Esse verbete está — nas suas linhas e entrelinhas — em lapidação com a poesia de Manoel de Barros, que se encontra hibridizada em nosso escrito, seja em termos ´manoelescos´, seja em inspirações de transver o mundo das palavras.

LINHA DE CUIDADO

Allan Gomes de Lorena
Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Antes de qualquer coisa, há de se questionar o que *linha de cuidado* quer dizer ou de qual modo estamos construindo sentidos e significados para o *ato de cuidar*. Então, é um verbete que pode dizer muita coisa sobre a organização das redes de atenção à saúde. É porque tem a ver com uma circulação de saberes e diálogos que os profissionais de saúde aplicam no cotidiano do trabalho em saúde. Tem a ver, também, com o que a gestão municipal (ou os gestores) entende por linha de cuidado, porque é a partir daí que serão (re)organizados os processos de trabalho, discussão com os/as usuários/as, integração e compartilhamento entre os pontos de atenção do *Sistema Único de Saúde* (SUS), corresponsabilização da rede (ou da gestão do cuidado).

Enfim, não há como separar a discussão de implantar, planejar, elaborar uma linha de cuidado do debate sobre assistência à saúde e gestão: é uma dupla que não pode andar separada. Aliás *Linha de Cuidado* pode ser tomada e operada como um dispositivo da Gestão do Cuidado nas *Redes de Atenção à Saúde*. Portanto, podemos dizer que uma linha de cuidado supõe um processo de cogestão do cuidado em saúde, envolvendo todos os sujeitos implicados na construção desse tipo de cuidado, levando em consideração as necessidades sociais em saúde, e que pretende contribuir para promover a integralidade da atenção à saúde. Vale ressaltar que, em diferentes momentos, esses mesmos sujeitos podem assumir posições e atitudes distintas para alcançar um projeto terapêutico comum para determinada situação de saúde.

Estamos, aqui, marcando uma diferença. Muitas vezes, a montagem das linhas de cuidado é operada exclusivamente levando em conta o saber técnico-científico e as estações de cuidado disponíveis num dado sistema de saúde. Trabalhamos com a perspectiva de que, para cuidar sem subordinar, a participação dos usuários é tão fundamental na construção de uma linha de cuidado quanto é na construção de projetos terapêuticos singulares. Então, além da pactuação entre gestores e trabalhadores, é fundamental considerar, nesse processo, o que realmente os usuários querem para sua saúde ou como querem ser cuidadas/os.

Não pretendemos, aqui, produzir uma definição absoluta do que seja linha de cuidado, mas, produzir pistas ou trilhar caminhos que possam fazer sentido para a construção de um cuidado que olha para a vida dos sujeitos, considerando a identidade e a diferença do outro.

No dicionário, linha significa:

> *sf (lat linea)* 1 Fio de linho, de algodão, de seda etc., torcido e preparado para os trabalhos de costura. 2 Barbante, cordel, guita. 3 O linhol do sapateiro. 4 Fio ou par de fios metálicos que liga uma estação telegráfica ou telefônica com outra; o sistema todo desses fios. 5 Série de palavras escritas na mesma direção ou impressas através de uma página ou coluna. 6 Bel-art. Traço. 7 Qualquer traço, sulco, aresta, semelhantes a um fio, traçados com lápis, pena, estilete, ou formados pela natureza, como as linhas de uma rocha estratificada. 8 Biol. Estria, sulco, borda. 9 Cada um dos traços horizontais de que se compõe a imagem de televisão. 10 Grande viga transversa, ou cumeeira. 11 Traço visível ou imaginário que separa duas coisas contíguas. 12 Direção contínua em determinado sentido. 13 Direção marcada por uma série de pontos determinados sobre o terreno. 14 Fila, fileira. 15 Geom. Representação gráfica da extensão de uma só dimensão e que se pode considerar gerada pelo deslocamento de um ponto. 16 Geom. Interseção de dois planos (MICHAELIS, 2009).

E cuidado corresponde a:

> *adj (part de cuidar)* 1 Pensado, meditado, refletido: Gesto cuidado. 2 Bem trabalhado, bem feito, apurado: Cabelo cuidado. Antôn: descuidado. sm 1 Desvelo, diligência, solicitude, atenção. 2 Precaução, vigilância, atenção: Cuidado com os automóveis. 3 Conta, incumbência, responsabilidade: Pode deixá-lo ao meu cuidado. 4 Inquietação de espírito; preocupação. 5 Pessoa ou coisa objeto de desvelos, precauções ou inquietações. interj Atenção! cautela! Ao(s) cuidado(s) de: usado abreviadamente (A/C) nas remessas postais feitas ao destinatário por intermédio de outra pessoa a quem se envia a correspondência e à qual se solicita o obséquio de entregar-lhe. Estar com cuidado: estar inquieto, preocupado. Ter cuidado com: tratar ou manejar com precaução. Tomar cuidado: precaver-se; ter cautela (MICHAELIS, 2009).

Se uma linha pode ser usada para ser um fio de linho, palavras escritas na mesma direção, como linhas de rochas estratificadas, podem compor uma imagem entre o real e o imaginário, marcado por uma série de pontos de determinados terrenos gerados pelo deslocamento de um ponto. Assim sendo, o cuidado é para ser pensado, meditado, refletido por precaução, com responsabilidade, por intermédio de outra pessoa a quem se envia uma correspondência. No campo da saúde, uma linha de cuidado, muitas vezes, tem sido fabricada na perspectiva de controle. Quando, no encontro com o usuário, queremos que ele ande na linha (operar de uma forma que seja conveniente para o serviço) ou quando dizemos que o usuário precisa manter uma linha saudável para manter a sua saúde ou quando ficamos bravos com o usuário que saiu da linha (devido a um comportamento que não é conveniente para nós). Como uma linha de cuidado pode ser um

dispositivo entre a assistência e a gestão, os trabalhadores e os gestores para organizar as redes de atenção à saúde? E, como a residência pode desenvolver diálogos com a formação ensino-serviço-território?

Dissemos que não podemos oferecer respostas prontas ou absolutas, mas, podemos dar pistas e trilhas para seguir um caminho que, com certeza, pode formar outros caminhos rizomáticos e em fluxo para o cuidado em saúde. A linha de cuidado tem sido trabalhada na perspectiva de construir um caminho para os usuários junto aos serviços, supostamente considerando suas necessidades de saúde. O problema é que, em geral, essas necessidades são definidas unilateralmente, com base nos saberes da clínica e em uma certa racionalidade administrativa (FEUERWERKER, 2009), sem escutar os usuários em suas necessidades, que vão bem além disso. Além do mais, muitas vezes, são construídas também só com representantes da gestão dos diferentes serviços, sem envolver seus respectivos trabalhadores na montagem “dos percursos”.

Outro problema é tomar a linha como um protocolo pétreo: ela deve servir de base para um percurso “médio” dos usuários, para o estabelecimento de encontros e conversações entre trabalhadores que vão dar vida a essa linha e deve ser adaptada às condições concretas dos diferentes usuários, conferindo a ela ainda mais vida. Propomos que as linhas de cuidado e sua montagem sejam operadas como um dispositivo para interrogar as práticas de saúde, a organização do processo de trabalho nos diferentes espaços e a lógica orientadora das relações inter-serviços e inter-setoriais vigentes em determinado município, região etc.

O que tem muito a ver com a proposta da *Residência* e do seu cenário de formação, considerando que esta modalidade de especialização pelo trabalho está baseada no trabalho vivo. As tecnologias leves têm, dentro da organização do trabalho em saúde, a possibilidade de organizar a formação "em ato", no momento da produção do "encontro" entre trabalhador e usuário, apresentando-se extremamente interessantes. Elas pode ser usada hegemonicamente, subordinando as relações aos procedimentos, mas também podem ser usadas inventivamente, possibilitando a abertura para o desafio, para ampliar a escuta e produzir novas tecnologias de cuidado, ampliar a construção compartilhada de projetos terapêuticos e a participação do usuário (FEUERWERKER, 2009).

É uma cogestão do processo formativo, do ensino e da aprendizagem da *Residência em Saúde*. É uma questão ética-estética-política que se constitui na relação entre essas diferentes dimensões, ou seja, dimensão ética na implicação dos atores nos processos reflexivos e propositivos; dimensão

estética no que tange à extensão da criação e de composições para os itinerários formativos; dimensão política na corresponsabilização dos resultados produzidos (LORENA *et al.*, 2016). Tomar casos concretos, que exigem rede como dispositivo, para pensar a montagem de linhas de cuidado e da formação é interessante. Tem sido potente colocar os casos em análise, todos trabalhadores/ gestores envolvidos a conversar, escutando os usuários e seus familiares. Diferentes olhares que interrogam diferentes questões. A linha de cuidado pode quebrar dogmas e contribuir para somar ações dos diferentes serviços de saúde com ações intersetoriais com a cidadania, assistência, educação, trabalho, moradia e vice-versa.

Uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo intensivo de complementação, mas também de disputa. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores e gestores dos diferentes pontos de atenção – de saúde ou não[5]. Nesse sentido, o *Projeto Terapêutico Singular* (PTS) pode oferecer uma aliança poderosa para operacionalizar uma linha de cuidado, porque favorece vínculo e respeito às escolhas do usuário, ampliando a garantia do direito à saúde e possibilitando acompanhamento da situação de saúde. Pode servir para identificar riscos, diagnósticos e necessidades de várias ordens. E, mais importante, ainda, para um projeto terapêutico e linha de cuidado é: ser dispositivo para produção de vínculo entre profissionais de saúde e usuário, corresponsabilização e continuidade do cuidado. Construir uma linha de cuidado e incorporar a ideia da formação do residente com o ensino-serviço-território na perspectiva da integralidade na assistência à saúde significa: unificar ações de promoção da saúde, de prevenção a agravos, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos de que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela *Estratégia Saúde da Família* e outros dispositivos como o *Programa de Atenção Domiciliar*, até os de atenção especializada e hospitalar; e ainda requer uma opção de investimento na política de saúde e nas boas práticas dos profissionais (MERHY; ONOCKO, 1997).

Portanto, há três conceitos fundamentais que circunscrevem a discussão da linha de cuidado: integralidade, gestão do cuidado e redes de atenção. Assim, a produção científica de alguns autores pode auxiliar nesse processo de construção de um material do pensamento que contribua para o processo formativo dos diferentes sujeitos (residentes ou não), como os textos dos sanitaristas Gastão Campos, Luiz Cecílio, Ricardo Ceccim, Alcindo Ferla, Laura Feuerwerker, Túlio Franco, Deborah Malta e Emerson Merhy, entre outros. Consideramos disparadores os textos: *Modelos tecnoassistenciais em*

saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada (CECÍLIO, 1997), *Um dos grandes desafios para os gestores do SUS:* apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção (MERHY, 2006), *Linha de cuidado*: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde (CECCIM; FERLA, 2006), *Apoio matricial e equipe de referência:* uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007), *Linhas do cuidado integral*: uma proposta de organização da rede de saúde (FRANCO; FRANCO, 2008), *O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis* (MALTA; MERHY, 2010), *A cadeia do cuidado em saúde* (FEUERWERKER, 2011) e *Micropolítica e saúde* (FEUERWERKER, 2014). Esperamos que, com nossas provocações e com essas leituras, seja possível um novo olhar para construir instrumentos, ferramentas, dispositivos para o cuidado em saúde sob o foco da integralidade e das necessidades sociais em saúde.

Por fim, uma linha de cuidado é um método de dupla função: detectar a paisagem, suas mutações, indagando sobre sua potência produtiva, sua força de gerar o novo e a diferença e, ao mesmo tempo, criar vias de paisagem por meio dele (CAMPOS; DOMITTI, 2007), entendendo que a rede (componente da linha de cuidado) não é algo que está à parte dos serviços de saúde ou da produção de saúde. É um estado de fluxo e ações que pode funcionar ou não.

MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

Liara Saldanha Brites
Carla Cristiane Freire Corrêa
Cristianne Maria Famer Rocha

O *Movimento da Reforma Sanitária* é um movimento de luta pela democratização e universalização da saúde no Brasil. Teve início na década de 1970, em um período de luta contra a ditadura e de grande insatisfação da população com o sistema sanitário vigente no país, convergindo com o modelo preventivista ocorrido em outros países, como Itália, França e Alemanha (MELO, 2015; ESCOREL, 1999). A expressão *Reforma Sanitária* surgiu no Brasil em 1973, em um artigo sobre as origens da *Medicina Preventiva* (SILVA, 1973). Porém, foi só a partir da redemocratização do país e da realização da *8ª Conferência Nacional de Saúde* que essa expressão passou a ser utilizada, ao substituir o termo *democratização da saúde*, utilizado pelos movimentos sociais (PAIM, 2012).

O *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira* - também conhecido como *Movimento Sanitário*- teve forte contribuição da academia, com pesquisadores vinculados a instituições de ensino, particularmente no campo da medicina preventiva e social – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Escola Nacional de Saúde Pública, por exemplo, que realizaram mudanças estruturais no campo da saúde (como mudanças curriculares, departamentos de medicina preventiva e social, renovações no quadro de professores e nos objetos de pesquisa). Nesse investimento na formação de profissionais "sanitaristas" (militantes do *Movimento Sanitário*), foram criados os primeiros *Cursos de Saúde Pública* e as primeiras *Residências em Medicina Preventiva e Social* (MELO, 2015). De um lado movimentos sociais importantes, como os Movimentos do Custo da Vida, as associações de bairro, os conselhos comunitários, o Movimento Popular da Zona Leste (periferia de São Paulo), o Movimento Popular de Saúde (especialmente na Paraíba), as Ligas Camponesas e as Comunidades Eclesiais de Base (muitas identificadas com a Teologia da Libertação). De outro lado, o movimento de intelectuais e estudantes da área da saúde, que criaram espaços de debates importantes em torno das mudanças sociossanitárias necessárias. Despontam a criação do

Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), da *Associação Brasileira de Saúde Coletiva (*ABRASCO)[1] e da *Associação Brasileira da Rede UNIDA* (Rede UNIDA)[2], ou foram para a sociedade mobilizá-la para a importância da Reforma Sanitária. Esta teve como principais pontos: (1) uma reformulação mais profunda que transcendesse os limites de uma reforma administrativa e financeira; (2) um novo sistema nacional de saúde de forma imediata ou progressiva; (3) a separação entre "saúde" e "previdência", com a criação de um órgão único para a primeira, em nível federal; (4) a descentralização da gestão do setor; e (5) uma ampliação do conceito de saúde (MELO, 2015).

A organização entre profissionais na área da saúde, líderes comunitários e outros segmentos ligados à *Reforma* sensibilizou uma significativa parcela da população e outros movimentos sociais para discutir a democratização da saúde, cujos objetivos foram amplamente divulgados na *8ª Conferência Nacional de Saúde* - ocorrida em Brasília (DF), em março de 1986. O Relatório da *8ª Conferência* serviu, a seguir, de base para o reconhecimento da saúde como direito social na *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 1988, e a criação do *Sistema Único de Saúde* (MELO, 2015). Conhecer o *Movimento da Reforma Sanitária* é importante para analisar as suas condições de possibilidade, mas também suas contradições. E, seguindo Sérgio Arouca – um dos expoentes desse *Movimento* -, temos que compreendê-lo para além do setor da saúde:

> O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (AROUCA *apud* NASCIMENTO, 2001, p. 6).

A *Reforma Sanitária Brasileira* é mais ampla que o *Sistema Único de Saúde* e deve ser vista como processual, como algo vivo, que ainda faz parte das lutas sociais para a melhoria das condições de vida e saúde de brasileiros e brasileiras (PAIM, 2012). Portanto, é preciso buscar novas possibilidades de luta e resistência, sem esquecer os valores e princípios que sustenta(ra)m permanentemente a sua proposta, tais como a democracia, a liberdade, a justiça social e a emancipação dos sujeitos. Afinal, para que o *Movimento da Reforma Sanitária* continue em

[1] A ABRASCO começou como 'associação de pós-gradução', sendo predominante na pós-graduação as residências médicas em medicina preventiva e social e em administração sanitária, algumas com ingresso multiprofissional.

[2] A Associação Brasileira da Rede UNIDA atuou, nesse primeiro momento, com os Projetos de Integração Docente-Assistencial (Rede IDA) e Uma Nova Iniciativa: a integração com a comunidade (Rede UNI), congregando as áreas de saúde pública, medicina preventiva e social, saúde materno-infantil e saúde comunitária.

movimento ativo e dinâmico, novas e diversas estratégias precisam ser desenvolvidas e novos atores acionados, a fim de que seja possível ampliar as formas de se fazer saúde “para todos” no nosso país.

MUNDO DO TRABALHO

Lorrainy da Cruz Solano
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Uma característica marcante da formação por meio das *Residências em Saúde* é a sua inserção no mundo do trabalho. Não se trata apenas de adquirir competências e habilidades gerais de uma profissão ou competências e habilidades específicas de uma especialidade profissional, mas de adquirir apropriação do trabalhar em um campo de práticas ou setor de aplicação do conhecimento científico e/ou tecnológico. Esse campo de práticas ou setor de aplicação não existe em um universo da fantasia, é o mundo real do trabalho. O mundo do trabalho tampouco é apenas território de aplicação das práticas de saber convertidas em práticas do fazer. Sobre o mundo do trabalho, podemos e devemos tomar seu universo conflituoso atravessado por relações de poder e, no contemporâneo, sustentado por uma sociedade neoliberal que dita a reestruturação produtiva do setor da saúde em um modo de produção de tipo capitalista, envolvendo diferentes sujeitos que, a depender do lugar que ocupam, expressam diferentes intencionalidades. Os efeitos dessa reestruturação impactam na produção do ato de cuidar/tratar/escutar, modelando as práticas profissionais. No modo de produção capitalista, o trabalho em saúde, de potencialmente personalizado e único, vem esvaziado de sentido e repleto das demandas de mercado, cegando o trabalhador para a própria condição precária do trabalho que executa, na medida em que esse trabalho se materializa pela mercantilização das relações e pela organização produtivista e consumista do processo de trabalho em saúde (MERHY, 2007b).

Para entender esse universo, faz-se necessário reconhecer que todo fenômeno histórico-social consiste na expressão de uma malha de relações sociais que se transformam em relações de poder para além da relação capital-salário, ou da economia, sendo expressas por outros eixos como a raça, o gênero e a idade, interferindo no modo de pensar, sentir e estabelecer as relações consigo mesmo e com o coletivo. O poder está em permanente estado de conflito, em processos de distribuição e de redistribuição, inclusive os períodos históricos podem ser diferenciados, exatamente, em relação a tais processos (QUIJANO, 2010). O poder obriga a produzir verdades, como quem produz riquezas,

julgados, condenados e classificados para desempenhar tarefas e destinos sobre certos modos de viver. Verdades são discursos que trazem consigo efeitos específicos de poder. O poder funciona e se exerce em rede, fazendo dos sujeitos centros de transmissão (FOUCAULT, 1993). Assim, os indivíduos fazem a sociedade, que, por meio da cultura, faz os indivíduos em uma coprodução mútua, que liga a autonomia da sociedade a dos indivíduos numa simbiose. A sociedade é fenômeno de autoprodução permanente (MORIN, 2003).

Essa interligação entre indivíduos e sociedade, no modelo societal vigente, termina por proliferar o que a cientista indiana Vandana Shiva (2003) denomina por "monoculturas da mente", ou seja, o saber dominante aniquila as próprias condições para a existência de alternativas, destruindo outros saberes e hipervalorizando o mercado como fim maior. Os saberes hegemônicos são colonizadores, porque nascem de uma cultura dominadora que atua como política de eliminação; e não, por políticas de debate e diálogo que reflitam os projetos sociais de seus criadores historicamente identificáveis. As rachaduras desse sistema dominante de saber que mantém relação íntima com o economicismo, sem vínculo algum com as necessidades humanas, podem ser facilmente verificáveis frente ao fato de que 90% da produção de conhecimentos poderiam ser descartados sem nenhum risco de privação humana. Ao contrário: como uma grande parte desse saber é fonte de perigo e de ameaças à vida humana como, por exemplo, Chernobyl, o seu fim aumentaria as possibilidades de bem-estar humano. Outra parte consiste nas implicações políticas dessa arquitetura de saber dominante que inviabiliza toda e qualquer relação de igualdade e justiça, rompendo com a coesão entre as comunidades e polarizando a sociedade entre os que têm e os que não têm acesso, seja em relação ao sistema de poder ou aos sistemas de saber (SHIVA, 2003). Essa arquitetura de saber tem desdobramentos diretos no mundo do trabalho, que termina por perpetuar um modelo monocultural, produtor de verdades atravessadas por interesses políticos, partidários, pessoais e financeiros, que semeiam modos de organização da prestação de serviços de saúde que fortalecem o modelo biomédico.

Ao considerar o trabalho como algo fundante da vida, ponto de partida do processo de humanização, deve-se pensar, também, na transformação do próprio trabalho e do trabalhador em mercadoria na sociedade capitalista atual. Há uma necessidade de emancipação do trabalho por meio da elevação dos instrumentos produtivos à condição de patrimônio comum da sociedade. Ademais, é imperioso que o trabalho seja regulamentado pela comunidade, com a repartição equitativa do seu produto (ANTUNES, 2004). Uma visão ampliada de classe trabalhadora deve incluir todos aqueles e

aquelas que vendem sua força de trabalho em troca de salário, podendo ser denominada de classe-que-vive-do-trabalho, permitindo-se, assim, o reconhecimento das mutações que o mundo do trabalho vem sofrendo ao longo do processo histórico de organização societal (ANTUNES, 2009).

Cabe o questionamento de Morin (2015) quanto a ser possível transformar a luta de classes em cooperação de classes. O autor propõe uma reflexão acerca da crise de civilização que tem como cerne a degradação das solidariedades tradicionais, sejam elas educação, grande família, vizinhança ou trabalho. São crises da sociedade e da democracia acompanhadas pela crise política e econômica. Para o autor, os desdobramentos dessa crise podem ser percebidos na perda ou degradação do sentimento de pertencimento à humanidade; cita, por exemplo, o individualismo ("cuja autonomia relativa é menos responsável do que egocêntrica"), a generalização de comportamentos incivilizados ("a começar pela ausência de saudação e de cortesia"), a compartimentalização do trabalho ("dos escritórios, dos serviços, das tarefas"), uma generalizada ausência de religações e a "desmoralização ou angústias do presente e do futuro". Tais acontecimentos geram tensionamentos que jogam com as vidas, premiando uns, desclassificando outros, produzindo histórias e narrativas dos atores sociais que convivem no mundo do trabalho.

O mundo do trabalho no contexto das *Residências em Saúde* deveria ser o mundo da criação, da realização de sonhos e desejos de pessoas que aspiram por um mundo melhor para todos e todas, expressando uma das essências do estar vivo, do que nos move e do que nos faz vibrar e pulsar, de tal modo que a solidariedade alimentasse um andar a vida digno, livre e autônomo, vida regada por uma pluralidade de conhecimentos que permita o diálogo da ciência com a tradição. Da mesma forma, ampliando a conversa entre os diferentes saberes e práticas existentes nos territórios, seja hospitalar ou outro serviço assistencial de saúde, outros espaços existentes na comunidade da qual faz parte um *Programa de Residência* (igreja, escolas, outros) ou esferas de gestão e controle social. Esse caminho permitiria uma leitura de mundo capaz de compreender onde está inserido cada um de nós na perspectiva de seres históricos, políticos, sociais e culturais, permitindo uma compreensão de como a sociedade funciona. Caminho potente para religar clareza política e leitura de mundo no desenvolvimento do processo de mobilização e organização para as lutas em defesa dos direitos e na reivindicação da justiça (FREIRE, 2014).

O mundo do trabalho em saúde expõe intensamente os equívocos do modelo biomédico e os modos de produção das práticas profissionais que terminam por reproduzir as esteiras fabris e de fragmentação do produto final, o cuidado. Por exemplo, na assistência de enfermagem hospitalar, há a

coordenação por um profissional de nível superior e a execução por profissionais de nível técnico, separando quem irá verificar os sinais vitais, os curativos, a administração de medicamentos, os banhos no leito, os registros. Na atenção básica, acontece do mesmo modo, isto é, o profissional de nível técnico faz o preparo dos pacientes (verifica pressão arterial, medidas antropométricas e temperatura), em seguida o paciente aguarda seu atendimento por um profissional de nível superior (médico, enfermeiro, dentista etc.) que, ao término da consulta, *devolve* para que sejam dispensados medicamentos, agendadas outras consultas, exames ou procedimentos. São partes que rolam na esteira do trabalho em saúde, fragmentando o cuidado, o cuidador, o ser cuidado e o processo de trabalho. Merhy (2007b) explica que esse agir em saúde reproduz o que Taylor advogava quanto à necessidade permanente de capturar o trabalho vivo diante de um mundo definido pelo trabalho morto, utilizando tecnologias gerenciais que aprisionam o trabalhador, impedindo que exercite a liberdade e a autonomia, contrariamente ao terreno do trabalho vivo em ato.

O trabalho vivo em ato é o trabalho criador capaz de gerar algo novo como ato produtivo de coisas e pessoas. A condição de produtor de bens amarra o trabalhador a uma cadeia material dura e simbólica que impõe um valor referente simbólico produzido pelos vários atores sociais em suas relações, representando o funcionamento de uma sociedade historicamente fabricada pelos homens, tal como a capitalista da atual conjuntura (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Na explicação de Merhy e Feuerwerker (2009), o trabalho morto representa todos os produtos-meio que estão envolvidos num processo atual, mas que são resultantes de um trabalho humano anterior (por exemplo, as ferramentas, os protocolos, as rotinas). O trabalho morto é anterior ao trabalho em ato (vivo), sendo usado de forma a objetivar o que há para ser feito, com o mínimo de contato, interação. No trabalho em saúde, há um encontro do agente produtor portando suas ferramentas, conhecimentos e equipamentos com o agente consumidor com seus objetivos, conhecimentos e representações, o que ~~o~~ coloca o consumidor como demandante do ato produtivo (o encontro) e aquele que deveria determinar todo o processo assistencial. No campo da produção de um ato de saúde, entretanto, tem predominado o modelo assistencial organizado centralmente *para* e *por* núcleos cuidadores empobrecidos (profissional-centrado ou especialista-centrado), convertidos à produção de procedimentos, alienados de seu consumidor, fortalecendo o modelo biomédico hegemônico.

Emerge, então, como objetivo do trabalho em saúde, o imperativo de construir respostas frente ao processo saúde-doença que gerem rupturas, ampliando o diálogo entre a produção da vida e da técnica, criando conexões que permitam a integralidade e a interprofissionalidade, onde

"coletivos organizados" possam inventar a vida e o trabalho (CECCIM, 2005). Práticas interprofissionais que sejam colaborativas e compartilhadas, capazes de compor práticas cooperativas que articulem e integrem ações de saúde, aumentam a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde (CECCIM, 2017). A interprofissionalidade pode estar protocolada em regulamentos de atuação profissional nos serviços ou simplesmente emergir em ato no trabalho vivo entre duas ou mais profissões (CECCIM, 2004).

Na atual conjuntura de crises da sociedade, que envolve necessariamente o mundo do trabalho no campo da saúde, cabe pensar no que diz Morin (2015), isto é, que a crise remete a um sistema, cuja organização intensifica erros, ilusões, incertezas e incompreensões, podendo ser desintegradora e regressiva ou impulsionadora de forças inovadoras ou criadoras, que poderiam regenerar o sistema. Pode ser que, a partir de uma crise com várias degradações, se possa produzir o melhor, o pior ou um simples retorno à estabilidade anterior. Então, para o autor, a crise é necessária para provocar inquietações que irão se transformar em mudanças reais em nossa sociedade, pois só por meio de ininterruptas crises, se provoca a mobilização para fora da "zona de conforto" e nasce o desejo por transformação e a esperança por dias melhores. Assim, o trabalho deveria ser fonte inesgotável de realização de sonhos de um mundo melhor onde a cooperação e a solidariedade alimentassem as relações no trabalho como dimensão essencial da vida. O mundo do trabalho deveria ser "atelier", onde imaginação, criatividade e compromisso com a vida fossem matérias-primas de diferentes composições e que expressassem os sentidos do viver.

Os muros criados para dividir as pessoas – sejam elas usuários, trabalhadores, gestores, estudantes ou docentes – são reforçados no mundo do trabalho e precisam ser demolidos para que a responsabilidade sanitária inerente ao processo de trabalho em saúde não seja esvaziada de significado e nem ganhe representações verbalizadas como "não cumpro minha carga horária, porque preciso trabalhar em outros lugares para sobreviver" ou "não faço meu trabalho direito, porque o médico também não faz". Há um desafio cívico, ético, em meio à conjuntura contemporânea, que é o enfraquecimento da percepção global que gera um enfraquecimento do senso de responsabilidade, algo como cada um tender a ser responsável somente por sua atividade especializada, o que conflui para o enfraquecimento da solidariedade. Ao ampliar "[...] um modo de pensar, capaz de unir e solidarizar conhecimentos separados", somos capazes de desdobrar-nos "[...] em uma ética da união e da solidariedade entre humanos" (MORIN, 2004).

No mundo do trabalho sob o neoliberalismo, o trabalho vivo é objetivado (tornando-se trabalho morto) ou é tornado de tal forma rotineiro que a invenção é excepcional e mero indicador para a atualização das rotinas e processos regulares. O "treinamento em serviço sob supervisão" pode perfeitamente representar essa fragilização das forças vivas e compor o ajustamento da "educação" ao desenvolvimento padronizado de competências, captura do pensamento à tomada de decisões por evidências externas ao encontro ou à necessidade de encontro. Acomodar o mundo do trabalho em saúde de forma a "falsificar" o encontro vem sob a forma de mil arranjos: do acolhimento como equivalente à triagem, da linha de cuidado como equivalente a encaminhamento, do trabalho em equipe como somatório de olhares especialistas, do excesso de exames e procedimentos como integralidade do cuidado etc. Essas práticas, tomadas como exigência de qualidade do trabalho, terminam por recalcar, na constituição de um "sujeito do trabalho", aquilo que seria criação ou invenção. Numa educação científico-tecnológica (pós-graduação) em saúde, realizada em serviço, o desejável é não interditar as manifestações do trabalho vivo (criação de ferramentas, invenção de gestos profissionais, construção de práticas), nem estruturar uma jornada na qual a presença no trabalho seja requerida segundo o esquema no qual é solicitada até não poder mais. Para as *Residências em Saúde*, o mundo do trabalho é formativo, mas essa inserção requer atuação com densidade crítico-analítica. A presença intensiva do profissional de saúde em formação junto ao mundo do trabalho deve prover oportunidades pedagógicas que lhe assegurem a apreensão não apenas de competências técnicas, mas, também, políticas e relacionais.

Por fim, é razoável comentar que, se a realidade do mundo do trabalho hoje contempla a intensificação da exploração do trabalhador, também revela desemprego e precarização das relações de trabalho. A flexibilização das relações de trabalho e a desregulamentação dos direitos trabalhistas estão entre diversos aspectos nefastos da realidade do trabalho no mundo capitalista. Essas características também fazem com que profissionais de saúde busquem a residência como abrigo temporário ao desemprego e à baixa renda. Se os recém-formados têm na *Residência* uma oportunidade de especialização e aperfeiçoamento profissional, não apenas para esses, mas também para profissionais formados há mais tempo ou já empregados em alguma oferta trabalhista (da qual pedem afastamento temporário ou demissão), representa renda e trabalho alternativos à exclusão social e às más condições do emprego formal. O mundo do trabalho é (e deve ser) aliado do mudo do ensino, não porque concentra o exercício dos ofícios profissionais, mas porque é (e deve ser) mundo formativo, território de acolhimento de profissionais em formação, espaço de educação permanente e ambiente de desenvolvimento de saberes do trabalho e em ciência e tecnologia.

NARRATIVA(S)-PERCURSO(S)

Alexandre Amorim
Daniele Noal Gai

Verbete compartilhamento impostergável. Meio Manoel de Barros, meio Artaud e [por que não?] meio Dada. Somatórios imperfeitos. Pensamentos-periferia. Verbetes que podem parir verbetes. Criação de conceitos-máquina. Nunca apenas sinal, nunca somente ruído. Mas também. Busca faminta de fugas em linhas de uma escrita vazante. Transbordamentos narrativos — do caminhar, do pesquisar, do aprender. Acontecimentalizar escrituras com desimportâncias e minoridades. Tentativa exaustiva e incessante de produção de diferença. Intuições-intenções que emergem tal qual novas combinanças.

Materiais e procedimentos [em]possíveis de escritura(s): escutas; diários; pedaços de papel (depois de passarem meses esquecidos no fundo da mochila); esperanças; essa ou aquela anotação; mais esperanças; cacarecos; pequenos sentidos; restos; escombros; exercícios de resolução; proposições, mudanças; pequenos achados; achadouros; deveres; parafernálias; fotos; poesia; escrita com velocidade; escrita cartográfica; escrita literária; escrita etnometodológica; escrita política; ficções; posições; filiações; estilos; empiria; rabiscos; outros; estudo de conceitos diversos e (contra) produtivos; música(s); estudos de conceitos atualizados aos tempos, às políticas; às demandas; temáticas querençosas e possibilitadeiras; temas [ins]urgentes; mais diários; percursos e narrativas.

Diários de campo como registros de [des]caminhos que exigem do corpo narrar[-se]. Atravessamentos das escritas, escritas atravessadas, no entrecruzamento de narrativas de salas de aula, serviços de saúde e espaços de gestão pública, momentos de dor e movimentos de cuidado. Escritas do [in]dizível de si pondo para dançar a [dita] necessidade científica de certezas. Furos deleuzeanos nos tímpanos. Para potência de afirmação da vida, brechas nas regulações/normatizações [que se impõe cotidianamente] aos corpos.

Portfólios que possam se abrir [e se fechar] em dobras inusitadas. Mostras processuais de uma vida em meio do campo de um residente em residência. Quem reside tem ninho, tem pouso, tem morada, tanto quanto passagens e sobressaltos. Quem reside faz álbum, cartografa, edita, a-mostra. Sendo um instrumento metodológico, contém a potência de um dispositivo, como intervenção ética-

estética-política. Organizar para desorganizar. Flertar com possibilidades. Pensar como quem sangra — ou voa. Invencionática po[i]ética do que um regime de regras e juízos.

Trabalhos de Conclusão de Residência que posicionem os problemas de estudos em espaços-tempos não esperados, escrituras, os modos de escrita em um campo empírico-metodológico, mas que poetize[-se]. Textualidades que sejam motivo/causa para outras práticas e produções em *Residência*. Bem mais perguntas do que respostas. Nenhuma verdade a priori [ou mesmo a posteriori]. Autoria-residente que disserta junto com a orientação numa escrita de várias mãos, que favorece a passagem do novo. Composições, otimismos, pontos invisíveis, perspectivas contemporâneas. Produção de uma saúde outra na narração de percursos, sendo o próprio percurso uma trama narrativa. Devires minoritários, escrita[s] de corpo, no corpo, movimentos na margem, centrífugos, marginais, na fronteira. Histórias como algo de si, que acabam [sempre] por se tornarem novas histórias. Fabular[-se] antes tarde do que nunca. Para produzir narrativa(s)-percurso(s), entrar[-se] em estado de palavra vendo as coisas sem feitio, como o poeta dos pássaros, pedras e rãs. Produzir saúde criando palavras. Apalavrar: um desejo, um vira-a-ser, um corpo [sem-órgãos], uma paixão, uma vida.

NOMINAÇÃO

Eno Dias de Castro Filho
Carla Baumvol Berger

Segundo a *Lei nº 6.932* de 1981, a *Residência Médica* constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de presumida qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981b). A *Residência em Medicina de Família e Comunidade* é a denominação dos programas de residência médica para a área profissional da *Atenção Primária à Saúde* (APS). O médico de família e comunidade é o profissional que provê cuidados médicos integrais, continuados e contextualizados a pessoas de qualquer faixa etária ou gênero (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010). A denominação anterior da especialidade era *Medicina Geral Comunitária*. Essa área foi oficialmente reconhecida como especialidade pela *Comissão Nacional de Residência Médica* (CNRM) em 1981, pela publicação de uma resolução, podendo, a partir daí, formar médicos com esta designação (FALK, 2005). Foi reconhecida pelo *Conselho Federal de Medicina* como especialidade médica em outubro de 1986. Em 2001, após extenso debate e votação aberta nacionalmente entre os participantes da lista eletrônica de membros da, então, *Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária* (SBMGC), a especialidade muda seu nome para *Medicina de Família e Comunidade* (MFC) e, a SBMGC, para *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* (SBMFC).

No sistema de *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS), a MFC aparece com este conceito: especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família. É extensamente utilizada, no cotidiano, a forma mais curta de "medicina de família" para referir-se à MFC, constando até mesmo no DeCS com uma definição similar. Em documento produzido *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) e Confederação Íbero-Americana de Medicina de Família (CIMF), em relação ao perfil do médico de família e comunidade, há um esclarecimento no tocante à denominação da especialidade: "[...] na região Íbero-Americana, encontram-se em uso as

denominações de Medicina Familiar, Medicina Geral Familiar e Comunitária, Medicina de Família, Medicina de Família e Comunidade e Medicina Geral Integral, sendo também os nomes dos programas de residência médica na área" (ARIAS-CASTILLO *et al.*, 2010). O termo *Residência Médica em Saúde da Família*, por sua vez, não existe na normatização dos programas, na WONCA-CIMF ou no DeCS. Quando esse termo é usado se confunde o nome de uma estratégia governamental de implantação da APS (no Brasil) com o nome da especialidade médica que lhe é apropriada. Não deve ser utilizado para a área médica, embora seja comum e possa ser perfeitamente utilizado em *Residências Multiprofissionais em Saúde*. Já o termo *Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade* também não existe no DeCS, mas foi criado pelo relator do projeto de lei que deu origem à *Lei n 12.871* de 2013 (BRASIL, 2013). Deu causa a uma portaria conjunta dos *Ministérios da Saúde* e *da Educação* tendo em vista esclarecer tratar-se legalmente de termo equivalente ao reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina e Comissão Nacional de Residência Médica, e consagrado pela votação nacional da sociedade de especialidade: *Medicina de Família e Comunidade* (MFC).

O que está em questão aqui? A nominação de uma área profissional (área de ênfase, área de concentração ou área temática), área de especialidade profissional regulamentada (lista de especialidades admissíveis ao exercício profissional regulamentado, fiscalizado pelo conselho profissional e aceito pelas sociedades de especialistas), área de atuação (subdivisão das especialidades em domínios de aperfeiçoamento aprofundado, podendo ser de eleição aos especialistas e, por isso, confunde-se como subespecialidade), curso de especialização (pós-graduação 'lato sensu' de 360h, de caráter teórico ou teórico-prático, que confere certificado para determinado domínio ou área de atuação, sem correlação com a habilitação profissional especializada) e curso de aperfeiçoamento (cursos variados que atualizam para área de atuação, mas não conferem habilitação regulamentada, geralmente de 180h). As residências multiprofissionais, todas, têm nominação como área profissional (saúde da família, saúde da família e comunidade, saúde comunitária, por exemplo). Caso um médico esteja nesse tipo de residência não obterá o título de especialidade médica. Há acordo histórico entre CNRM e entidades médicas que definem listas de especialidades e áreas de atuação, com requisitos claros para fins de regulamentação profissional. Nesse caso, a nominação é objetiva, constante de acordos e resoluções e o titulo agrega valor de curso de pós-graduação e área profissional.

NÚCLEO DOCENTE-ASSISTENCIAL ESTRUTURANTE

Marianna Golembiewski Ribeiro Mendes

O *Núcleo Docente-Assistencial Estruturante* (NDAE) foi instituído pela *Resolução CNRMS nº 2*, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a). Sua principal função é acompanhar a criação, implantação e consolidação do *Projeto Pedagógico* (PP) do *Programa de Residência*, assessorando a *Comissão de Residência Multiprofissional* (COREMU) com proposições de ajustes e mudanças no *Projeto Pedagógico de Residência* (PPR). O NDAE é responsável por auxiliar a COREMU no planejamento, na execução e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas envolvidas no desenvolvimento do *Programa*. Além disso, deve colaborar com a promoção, em sua respectiva área de concentração, de novos processos de formação, atenção e gestão em saúde, objetivando elaborar e fortalecer ações integradas que podem se dar entre equipes, serviços e redes de atenção do SUS. Outra função dispensada ao NDAE é a composição e organização de grupos de pesquisa e de estudo orientados para a produção de conhecimento e de tecnologias, por meio de projetos que agreguem ensino e serviço, com vistas à qualificação do *Sistema Único de Saúde* (SUS).

O NDAE deve estar constituído por, no mínimo, cinco profissionais, incluindo o coordenador(a) do programa e representantes de preceptores, tutores e docentes. A representação de residentes não é prevista na composição do núcleo, ausência que recebe a seguinte justificativa na seção virtual *Perguntas e respostas sobre residência em saúde*, localizada no portal on-line do Ministério da Educação (MEC) — "O residente não participa do NDAE, pois esse núcleo tem a função essencial por responder e assessorar a COREMU sobre o projeto pedagógico do curso" (BRASIL, 2015e). O motivo pelo qual a posição de residente seria incompatível com a participação no NDAE, devido à sua "função essencial", no entanto, não é explicitado no trecho. Ainda assim, alguns *Programas de Residência* já contam com residentes na composição do NDAE.

Essa é uma conquista política importante para a qualificação dos *Programas de Residência*, visto que promove a participação dos residentes aos quais se dirige cada PPR em seu processo de elaboração. Além disso, abre oportunidade para que os residentes se envolvam nas outras iniciativas

de qualificação da formação elaboradas pelo NDAE. Por fim, vale destacar que os textos normativos constituem-se, atualmente, como principal fonte de informações acerca no NDAE. A literatura científica referente ao Núcleo é ainda bastante incipiente, o que, talvez, possa ser atribuído à novidade de sua criação. Em tudo o NDAE se inspira na proposta de Núcleos Docentes Estruturantes – NDE, previstos aos curso de graduação. O NDAE é como um núcleo de acompanhamento curricular e por deveriam passar todas as questões relativas ao currículo, aprendizagem, avaliação, aproveitamento de estudos, substituição de faltas e educação permanente do corpo docente-assistencial.

ORDENAMENTO

RICARDO BURG CECCIM

O Art. 200 da Carta Magna (BRASIL, 1988) define, dentre as competências do *Sistema Único de Saúde*, a atribuição de, "[...] nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde", além de "[...] em sua área de atuação, incrementar o desenvolvimento científico, tecnológico e a inovação". Em atendimento da Lei, portanto, o *Sistema Único de Saúde* precisa estabelecer diretrizes estruturantes setoriais (saúde) e intersetoriais (saúde; educação; ciência, tecnologia e inovação; trabalho) à política nacional de saúde, assim como à gestão do sistema de saúde que envolvam o "ordenamento" da formação dos recursos humanos da área. Essas diretrizes devem exercer abrangência à formulação e à implementação de uma política de recursos humanos a ser formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), em conjunto com o sistema educacional. A *Lei Orgânica da Saúde — Lei Federal nº 8.080/90* (BRASIL, 1990), como lei ordinária que orienta a implementação do capítulo da saúde na *Constituição Federal*, esclarece esse *ordenamento* em seu *Título IV - Dos Recursos Humanos*. A política deve ser construída segundo a *Lei Federal nº 8.142/90 — Lei da Participação Popular* (BRASIL, 1990a), atendidas as determinações da *Lei Federal nº 8.080/90*, isto é, levada à debate em conferências de saúde (regulares a cada quatro anos e com função deliberativa sobre diretrizes à política); negociada em conselhos de saúde (permanentes e deliberativos sobre aquilo que deve ser implementado e sobre como isto será avaliado); e pactuada em comissões intergestores de saúde (também permanentes, representando instância de deliberação sobre a forma de implementar as decisões dos Conselhos). As estratégias de gestão devem atender à "[...] organização de um sistema de formação de recursos humanos da área de saúde em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação" e à elaboração de "programas de qualificação e permanente aperfeiçoamento de pessoal".

A organização de um sistema de formação e a elaboração de programas de qualificação e permanente aperfeiçoamento tem sido apontadas, na afirmação do *Sistema Único de Saúde*, como escola (*sistema de saúde - escola*), além da gestão de escolas de saúde, de centros formadores, de institutos de ensino e pesquisa e de Departamentos, Diretorias ou Núcleos de "gestão da educação na

saúde". As estruturas mais tradicionais são as *Escolas de Saúde Pública* e as *Escolas Técnicas em Saúde*, nem sempre com função de ordenamento da formação de recursos humanos da saúde no respectivo âmbito de gestão do SUS, mas como instituições formadoras mantidas pelo setor da saúde. Já os departamentos, diretorias e núcleos têm sido criados exatamente para esta função. Os programas mais duradouros são os *Programas de Residência Médica* e, mais recentemente, os *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – Uni ou Multiprofissionais*. Em muitos municípios, se verifica a oferta das *Vivências e Estágios na Realidade do SUS* (VER-SUS), que se configuram como chamada à construção conjunta, com o movimento estudantil de graduação, de itinerários formativos em sistemas de saúde. A orientação à execução conta com o suporte da *Associação Brasileira da Rede UNIDA*, entidade científica da sociedade civil e integrante do *Fórum Nacional de Entidades Profissionais da Área da Saúde* – FENTAS[1], assim como da *Comissão Intersetorial de Recursos Humanos da Saúde* – CIRH[2].

O SUS É UMA ESCOLA

Conforme a *Lei nº 8.080/90*, os serviços públicos que integram o *Sistema Único de Saúde* constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, o que se convencionou designar, desde a *12ª Conferência Nacional de Saúde*, realizada em dezembro de 2003, como serviço-escola ou *Rede SUS-Escola* – uma distinção ao tradicional conceito de hospital universitário ou hospital escola, isto é, uma atualização de sentido: que migrou da noção inaugural de *hospital de ensino* para a noção contemporânea de *rede escola*, inclusiva de todas ações, serviços e instâncias de gestão, mediante normas apropriadas e especificadas em acordo dos sistemas de saúde e de ensino.

Mereceu destaque na Lei a "especialização na forma de treinamento em serviço sob supervisão", que são as Residências em Saúde. Estas, conforme a Lei, deverão ser regulamentadas por *Comissão Nacional* instituída de acordo com o Art. 12 da mesma *Lei*, garantida a participação das "entidades profissionais correspondentes" (Art. 30). As *Comissões Intersetoriais* estão previstas ao Art. 12 da *Lei*: estas devem estar inseridas no *Conselho de Saúde* da respectiva esfera de gestão do SUS, preservada, por conseguinte, a estipulação de "normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional", uma vez que assim foi previsto no Parágrafo Único do Art. 27. Ao rever o Art. 12,

[1] O *Fórum Nacional de Entidades Profissionais da Área da Saúde* reúne entidades de categoria profissional (conselhos federais e federações nacionais), comunidade científica e associações de ensino de interesse à na área da saúde, articulada para fim de interação das entidades profissionais com o *Conselho Nacional de Saúde*.

[2] Instância prevista em Lei implicada com o *Conselho Nacional de Saúde*.

tendo em mente as "especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão", pode-se estimar que as *Comissões de Residência em Saúde*, atualmente na *Secretaria de Educação Superior* do MEC, poderiam estar no CNS. Uma vez que são especializações realizadas no ambiente de trabalho, pode-se admitir que respondem mais precisamente aos artigos 39 a 42 da *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LDBEN) — *Lei Federal nº 9.694/96* (BRASIL, 1996), correspondendo às prerrogativas da educação profissional, mais que às prerrogativas previstas à educação superior (ou, vale pensar, mais exceções às *Residências em Saúde*, lembrando que estas exceções vêm da não revogação da *Lei da Residência Médica*, anterior à *Constituição de 1988* e às *Leis Orgânicas da Educação e da Saúde*, anterior a uma *Política Nacional de Educação e Desenvolvimento da Educação na Saúde* e anterior à formulação do conceito de educação profissional na *Política Nacional de Educação*, não se devendo confundir a *educação profissional técnica* com a *educação profissional e tecnológica*).

Diz o Art. 12, da *Lei nº 8.080/90*: "[...] serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil". O parágrafo único assevera: "[...] as comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde". Os artigos 39 a 42, da *Lei nº 9.694/96*, com a redação dada pela *Lei 11.741*, de 2008, e inclusões ou alterações do *Decreto nº 8.268*, de 2014, determinam: "[...] a educação profissional e tecnológica, no cumprimento dos objetivos da educação nacional, integra-se aos diferentes níveis e modalidades de educação e às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia". Os cursos de educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação serão organizados, no que concerne a objetivos, características e duração, às diretrizes curriculares nacionais estabelecidas pelo *Conselho Nacional de Educação*. A educação profissional observará a "organização por áreas profissionais", correspondendo às estruturas sócio-ocupacional e tecnológica, articulando esforços das áreas da educação, do trabalho e emprego, e da ciência e tecnologia, assumindo a centralidade do trabalho como princípio educativo e assumindo a indissociabilidade entre teoria e prática. Os cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores, incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização, em todos os níveis de escolaridade, poderão ser ofertados segundo itinerários formativos, objetivando o desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e social. O conhecimento que tiver sido adquirido por meio da "educação profissional e tecnológica, inclusive no trabalho", é passível de avaliação, reconhecimento e certificação tanto para o prosseguimento como para a conclusão de

estudos.

Discernindo, no ordenamento da formação, o componente específico do ensino, deve-se reconhecer a necessidade de atender à legislação educacional nacional, especialmente a *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*, lei ordinária que fornece diretrizes à execução do capítulo Educação na *Constituição Federal*. Nesse sentido, um "sistema de formação" deve ter o ensino ministrado com base nos princípios da garantia do padrão de qualidade; valorização da experiência extraescolar; vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais e consideração da diversidade etnicorracial (Art. 3º). Tal sistema de formação implica a garantia do "direito à educação" e do "direito à aprendizagem ao longo da vida". Cabe à União incumbir-se de baixar normas gerais sobre cursos de graduação e pós-graduação (Art. 9º). A educação profissional se desenvolve em articulação com o ensino regular ou por diferentes estratégias de educação continuada (estágios, treinamentos, extensão, qualificação, aperfeiçoamento, residência, especialização, mestrado, doutorado etc.), podendo ocorrer *em instituições especializadas* ou *no ambiente de trabalho* (Art. 40), sendo perfeitos exemplos as escolas técnicas do SUS, as escolas de saúde pública, os centros formadores e os ambientes de serviço designados rede-escola.

A educação profissional, no cumprimento dos objetivos da educação nacional, se integra aos diferentes níveis e modalidades de educação e às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia, abrangendo cursos de formação inicial e continuada, qualificação e aperfeiçoamento profissional; educação profissional técnica de nível médio; e educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação, atendendo objetivos, características e duração de acordo com diretrizes curriculares nacionais estabelecidas pelo *Conselho Nacional de Educação* (Art. 39). Quanto à educação superior, esta abrange "cursos e programas". Em cursos e programas estão os "cursos sequenciais" (por campo de saber, de diferentes níveis de abrangência, abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos pelas instituições de ensino, desde que tenham concluído o ensino médio ou equivalente); "cursos de graduação" (abertos a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo); "cursos de pós-graduação" (abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino); e "cursos de extensão" (abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos em cada caso pelas instituições de ensino), estando compreendidos, dentre os cursos de pós-graduação, aqueles "de especialização, de aperfeiçoamento ou outros" e programas de mestrado e doutorado (Art. 44).

Acima de tudo, em suma, o "ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde" vem para atender, nos termos da *Lei*, ao único objetivo de organizar "um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação", além do dever de elaborar "programas de qualificação e permanente aperfeiçoamento de pessoal". Na conjugação entre saúde e educação, o ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde envolve ensino, pesquisa, extensão, desenvolvimento científico e tecnológico, integração ensino-serviço-comunidade, aperfeiçoamento permanente e educação continuada, incluindo relações com a educação profissional e a educação superior.

O *Decreto Presidencial nº 9.235*, de 15 de dezembro de 2017, em artigo Art. 41 (BRASIL, 2017), determina que a abertura de cursos de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia devem ter parecer do Conselho Nacional de Saúde antes que tenham seu funcionamento autorizado pelo setor da Educação. O *Conselho Nacional de Educação* escuta o *Conselho Nacional de Saúde* antes de aprovar as *Diretrizes Curriculares Nacionais* dos cursos que arrolam o atributo de formar para a *Atenção à Saúde*. O *Ministério da Saúde* lança anualmente editais associados às *Fundações de Apoio à Pesquisa dos Estados* para o desenvolvimento de pesquisas no interesse do SUS e, igualmente, editais de criação de *Programas de Residência em Saúde*, assim como de bolsas institucionais para seleção de residentes em *Programas de Residência* aprovados pelas *Comissões Nacionais de Residência Médica e em Área Profissional da Saúde*.

Desde 2003, um conjunto de planos, programas e ações dão conta de afirmar a presença nacional objetiva do SUS no ordenamento da formação. Dentre as principais, as *Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde* – VER-SUS, o plano de interfaces entre o SUS e os cursos de graduação da área da saúde – AprenderSUS, a pesquisa sobre o ensino da integralidade nos cursos de graduação da área da saúde – EnsinaSUS, as *Residências Integradas/Multiprofissionais em Saúde*, o *Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* – Pró-Saúde, o *Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde* – PET-Saúde e o *Projeto de qualificação da integração ensino-serviço-comunidade* de forma articulada entre o *Sistema Único de Saúde* e as instituições de ensino – GraduaSUS, dentre outros (CECCIM, 2010a; BRASIL, 2015c). Desde 2015, conforme a *Portaria Interministerial nº 1.127* (BRASIL, 2015d), estão regulamentados *Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde* (COAPES), "[...] para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS". O COAPES foi a estratégia de formalização da integração ensino-serviço em todo o território nacional, servindo à garantia de acesso das instituições de ensino a todos

os estabelecimentos de saúde como cenários de prática "para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde" e ao estabelecimento de atribuições das partes na "operação da integração ensino-serviço-comunidade". A formalização envolve a designação de preceptores da rede de serviços de saúde, a previsão de planos de atividades contendo as diferentes atividades de ensino a serem desenvolvidas, as atribuições dos profissionais dos serviços e dos docentes, a relação quantitativa entre estudantes e docentes e entre estudante ou residente e preceptoria (de forma a atender à qualidade do ensino e da assistência) e uma proposta de avaliação com definição de metas e indicadores.

Por fim, relevante lembrar que o Art. 14 da *Lei Orgânica da Saúde* determina que sejam "[...] criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior". Estas Comissões foram instituídas com a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (BRASIL 2004f, 2007b, 2017e), primeiro como *Articulações Locorregionais Interinstitucionais de Educação na Saúde* — ou *Pólos de Educação Permanente em Saúde* (BRASIL, 2004b) — e, depois, como *Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde* – CIES. Conforme o parágrafo único do Art. 14, "[...] cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde, na esfera correspondente", todavia, esclarece que, além da formação (educação profissional e superior regulares) e da educação continuada (qualificação e aperfeiçoamento permanente), incluem-se propostas e ações "à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições". Os artigos 14-A e 14-B, incluídos pela *Lei Federal nº 12.466*, de 2011, introduziram na lei *Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite*: "[...] reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde". Essas *Comissões* têm por objetivo "[...] decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS", fazendo atender a política de saúde aprovada pelos respectivos conselhos de saúde; também definir diretrizes que desenhem os âmbitos nacional, regional e intermunicipal "[...] a respeito da organização das redes de *ações* e *serviços* de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das *ações* e *serviços* dos entes federados". Compete, a essas *Comissões*, "[...] fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados". Dentre as ações, a formação e educação permanente em saúde. Dentre os serviços, sua condição de serviços-escola. O que o artigo 14-B promove é o reconhecimento do *Conselho Nacional de Secretários de Saúde* (CONASS) e do *Conselho*

Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) "[...] como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde, assim como representam os entes municipais no âmbito estadual ("para tratar de matérias referentes à saúde". É o caso dos *Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde* (COSEMS), quando "[...] vinculados institucionalmente ao CONASEMS". CONASS e CONASEMS integram a *Comissão Intersetorial de Recursos Humanos* – CIRH, a *Comissão Nacional de Residência Médica* – CNRM, a *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* – CNRMS e as *Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde* – CIES.

PARA CONCLUIR

A saúde é o único setor das políticas sociais, na *Constituição Federal*, que tem a atribuição do ordenamento da formação de recursos humanos, também é o único setor definido como de "Relevância Pública". Outros setores, como o de Educação, de Previdência ou de Assistência Social, são de "Interesse Público". A Relevância Pública do sistema de saúde lhe dá particulares atribuições e prerrogativas, inclusive poder de polícia (política sanitária), podendo interditar práticas, condutas e instituições por avaliação de risco à saúde. Pode estabelecer fluxos emergenciais de interface entre setores em ocasiões de desastre e grave ameaça à vida e à saúde. Autua os setores público e privado, de âmbito assistencial, comercial, industrial ou de serviços pela geração de riscos à saúde individual ou coletiva, exercendo vigilância epidemiológica, sanitária, nutricional, em saúde do trabalhador e em saúde ambiental, aí incluídas a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano e a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde. As vigilâncias em saúde incluem imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos, equipamentos médico-odontológicos, órgãos para transplantes e a assistência terapêutica, inclusive farmacêutica. As atribuições do setor da saúde ainda incluem a recuperação de deficiências nutricionais, a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico, a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; a informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional. Essa sumarização dá conta das particularidades e exceptualizações do setor e a motivação para o ordenamento da formação, sem tornar-se o próprio sistema de formação.

A noção de “ordenamento”, objetivamente, não tem mínima correspondência com os conceitos de educação no trabalho depreendidos das propostas de *universidade corporativa*, *formação ‘in company'*, *treinamento em serviço*, *relação empresa-academia* ou *aprendizagem organizacional*.

A *Lei Complementar nº 141*, de 13 de janeiro de 2012, em seu Art. 3º (BRASIL, 2012), deixa clara a propriedade de investimento de recursos financeiros do SUS na capacitação do pessoal de saúde, no desenvolvimento científico e tecnológico dessa área e no controle de qualidade promovido por suas instituições. O SUS deve ordenar a formação dos recursos humanos da saúde e os recursos para isso devem estar previstos no orçamento do setor, assim como tais ações devem constar das leis orçamentárias e planejamento plurianual. A realidade atual envolve órgãos específicos nos Ministérios da Saúde e da Educação: no primeiro, a estrutura de uma *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*, com um *Departamento de Gestão da Educação na Saúde* (a partir de 2003); no segundo, a estrutura de uma *Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde*, junto à *Secretaria de Educação Superior* (a partir de 2013), única área com esta prerrogativa no setor da Educação. O “ordenamento dos recursos humanos da área da saúde” envolve ações setoriais e intersetoriais, envolve educação profissional técnica, educação profissional tecnológica e educação superior, abrange o contato com a graduação, a residência, especializações e demais programas de pós-graduação, educação continuada e a educação permanente em saúde, estabelecendo políticas e iniciativas de governo para garantir que os trabalhadores sejam e estejam qualificados para o atendimento às demandas da saúde.

ORIENTADOR

Malviluci Campos Pereira
Ana Celina de Souza
Paula Gonçalves Filippon

O orientador é todo aquele trabalhador que, inserido nos cenários de ação previstos pelos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde*, compartilha do ambiente de formação dos residentes e participa da formação com orientações de apoio. Ao buscar o termo, no contexto das iniciativas diversas de formação no *Sistema Único de Saúde* (SUS), este surge como a "função de orientador de serviço" (BRASIL, 2006c; MARTINS *et al.*, 2010), ou seja, um 'orientador' que está presente nos cenários de prática. O orientador de serviço aparece na Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005d), que cita a previsão de bolsas, e é definido pela a Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, como:

> [...] orientação de serviço: função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de instrutoria, devendo reportar-se ao tutor, sempre que necessário (BRASIL, 2005a).

Alguns programas de residência utilizam a denominação 'orientador de campo' para o trabalhador que, pertencente às equipes locais de saúde, se relaciona com o residente no dia a dia do trabalho. Em um estudo que compara quatro programas de *Residência em Área Profissional da Saúde*, modalidade multiprofissional, as autoras apresentam três caracterizações para o orientador de campo: 1. profissional inserido na equipe em que o residente atua; 2. profissional do serviço que auxilia na orientação de uma pesquisa devido seu saber reconhecido sobre determinado tema; 3. profissional de supervisão de atividade prática dentro do ambiente de trabalho, estando relacionado à função de preceptoria de campo (MARTINS *et al.*, 2010).

Esta figura é formalmente identificada dentro de alguns programas, em outros não designa uma ocupação específica, mas qualquer trabalhador apresentado como de referência em informação,

supervisão, acompanhamento ou assessoramento, duradouro ou provisório, de modo contínuo ou episódico, pode ocupar essa designação. Podem ser profissionais ligados aos serviços e que estão inseridos nos cenários de forma permanente ou como apoio matricial, com função de orientação das atividades práticas pelo contato no dia a dia do trabalho (FUNK *et al.*, 2014; SOUZA, 2014). Na maioria das vezes, estes profissionais aparecem relacionados à mesma profissão, mas cita-se orientador 'de campo' e 'de núcleo', num sentido de que profissionais de mesma ou de diversas categorias podem dar orientações a respeito do agir em saúde para uma ou várias profissões (TRENTIN; FAJARDO, 2014; FRANÇA *et al.*, 2014).

Considerando que a aprendizagem nas *Residências em Saúde* acontece em equipe, mediada pela integralidade nos campos de prática, pelo contexto dos serviços e de redes, tomaremos como orientador todos os trabalhadores que (re)constroem o processo de trabalho sobre o qual ensinam. Para produzir orientação de campo são necessários processos de trabalho horizontais, transdisciplinares e que sejam dinâmicos e porosos às relações cotidianas de ensino e serviço. Contudo, processos de trabalho verticais também produzem orientadores de campo, por vezes tomados por uma perspectiva fragmentada e burocratizada de cuidado. Estes podem participar também do percurso formativo impulsionando a produção de crítica ao processo de trabalho.

Orientadores são aqueles trabalhadores com os quais os residentes: (1) compartilham os fazeres do dia a dia; (2) dividem atendimento e atuação conjunta; (3) discutem a organização do processo de trabalho; (4) planejam colaborativamente as ações de saúde; (5) implementam e avaliam o cuidado em saúde. É fundamental considerar os pormenores e os bastidores da cena de cuidado como elementos essenciais na formação dos residentes, os orientadores estão distribuídos pelas cenas de atenção, gestão e participação social. Nessa medida, os orientadores podem ser vistos também como *Griôs*, elementos da cosmologia quilombola que contam as histórias. Neste caso, histórias constituintes das equipes, dos fluxos de trabalho, daquilo que parece às vezes invisível, do modo como as pessoas produzem saúde e se construíram como agentes do processo de trabalho nesse setor.

Todavia, podem ser confusas as atribuições do orientador, particularmente diante da intenção de diferir precisamente entre as funções de preceptor, tutor, orientador e professor. Pode-se, em princípio, assumir que integram o corpo docente-assistencial e que estão nos mesmos cenários que os preceptores, por isso 'orientadores de serviço', mas existem ainda os orientadores de pesquisa ou *Trabalho de Conclusão de Residência* (TCR), que atuam junto ao componente curricular teórico. Os

orientadores de trabalho de conclusão de residência são profissionais dos serviços ou das instituições de ensino que exercem apoio em metodologia ou quanto às temáticas eleitas para discussão ou reflexão pelo residente. Diferentemente do orientador de serviço, que pode ser qualquer trabalhador dos cenários de atuação do residente, com ou sem formação no âmbito da graduação, ainda que predominantemente sejam esses que recebam tal designação, o orientador principal do TCR deve ter no mínimo a titulação de mestrado, assim, requerido na expectativa de que possua as competências necessárias para acompanhar e auxiliar a leitura e escrita no âmbito formação pós-graduada 'lato sensu'. Entretanto, ao indicarmos, no caso do TCR, orientador metodológico e orientador temático, admitimos a colaboração de orientador, não somente de leitura e escrita de trabalho acadêmico, mas de suporte às reflexões, críticas e atenção aos pormenores e bastidores de uma prática, podendo ser aquele que atende a esses requisitos, independentemente de quaisquer outros.

Sem a pretensão de definir precisamente, podemos ensejar que orientadores de serviço, orientadores de pesquisa e orientadores de TCR estão em cena nos *programas de residência*, podendo expressar apoio nos seguintes âmbitos: campo da saúde ou dos serviços onde a residência transcorre; núcleo profissional respectivo de cada categoria profissional com vaga nos respectivos programas de residência; planejamento e execução de ações de cunho pedagógico e/ou investigativo em saúde, tendo em vista uma intervenção determinada ou a realização do trabalho final da residência. As designações que mais ouvimos são: orientador de campo, orientador de núcleo, orientador metodológico, orientador temático, orientador de serviço e orientador de TCR. O que importa, contudo, é que, em cena, requeremos todos a presença e vizinhança de orientadores que nos inspirem confiança e desenvolvam nossa confiança.

PESQUISAR-COM

Cinira Magali Fortuna
José Renato Gatto Júnior
Simone Santana da Silva

Termos se constroem, desconstroem e reconstroem. São, portanto, vivos e estão em movimento. Nascem de uma provisoriedade estabelecida entre a vivência dos autores, sentimentos e reflexões. Antes de propormos uma provisória definição para o *Pesquisar-Com*, optamos por explicitar como pensamos. Pesquisar pode ser entendido como a ação de produção de conhecimento intencional circunstanciada por uma instituição a que denominamos "pesquisa". Segundo Lourau (2014), a instituição é um conjunto de normas e regras que influencia e sofre influência do modo como as pessoas se relacionam e participam frente às mesmas. Elas são formadas pela conjugação das práticas e saberes históricos dos indivíduos e grupos com as normas sociais já vigentes. Assim, as instituições regulam a vida das pessoas em seus fazeres e saberes. Podemos afirmar metaforicamente, então, que a instituição *pesquisa* tem poder para segurar nossas mãos quando escrevemos. Ademais, é importante considerar que, exatamente devido ao caráter dialético das instituições, é nelas que se produzem subjetividades. Então, se a *pesquisa* é uma instituição, a quais normas e regras estamos nos referindo?

No modo instituído, ou seja, "considerado verdadeiro", a *pesquisa* é realizada por alguém autorizado pelos pares (residentes, mestrandos, doutorandos, preceptores, mestres e doutores), reconhecido socialmente como capaz e formado para tal por meio de processos acadêmicos. No modo instituído, a *pesquisa* prevê uma oposição entre o pesquisador e aquilo que ele pesquisa, havendo uma busca pela objetividade. Muitos dos aspectos vividos nos "bastidores" de uma investigação não são considerados como parte do processo de produção do conhecimento. Ainda no modo instituído de se pesquisar, as etapas da investigação são separadas: revisão de literatura, produção de projeto de pesquisa, coleta de dados, análise de dados, escrita final sobre os achados. Em geral, a estrutura recomendada dessa escrita é ordenada por: introdução, justificativa, objetivos, método, resultados, discussão, conclusão e referências – o que denota certa encomenda que já existe antes mesmo de a

pesquisa ser iniciada e ~~o~~ que impulsiona o pesquisador a formatar o processo investigativo para responder a essa encomenda.

Para autores da Análise Institucional (LOURAU, 2004; SAMSON, 2013; MONCEAU, 2005), as *pesquisas* respondem a encomendas sociais que influenciam diretamente em seus resultados. Nesse sentido, a cientificidade de uma *pesquisa* é, antes de tudo, baseada numa análise das condições de sua produção. A própria escrita acadêmica interfere nesse processo por meio do "efeito Goody". Dominique Samson (2013), ao se apoiar em René Lourau (sociólogo francês) e Jack Goody (antropólogo inglês), constrói excelente reflexão sobre os efeitos na e pela escrita em pesquisas. Samson destaca a importância de visitar os efeitos na e pela escrita por meio da análise das implicações institucionais ao escrever e publicar. Refere, então, que sempre há encomendas e demandas que subjazem e controlam a escrita para responder a determinados fins coincidentes com as formas hegemônicas de ciência e de pesquisa.

Essas encomendas e demandas institucionais acabam por fabricar a perspectiva pela qual o pesquisador implementará o percurso de pesquisa desde o seu início até a sua forma e conteúdo de apresentação dos resultados. Samson exemplifica este efeito quando de pesquisas qualitativas que utilizam gráficos e tabelas para organizar e analisar os dados, assemelhando-se muito à lógica de pesquisas baseadas no paradigma quantitativo, cartesiano e positivista de fazer pesquisa. Esta situação descontextualiza os dados e apoia a manutenção de um processo que visa à institucionalização dessa perspectiva como "a verdadeira" forma de se fazer e escrever pesquisas. Diante disso, o paradigma clássico possui grande capacidade de colocar as implicações do pesquisador em segundo plano em nome da objetividade. Samson, assim como outros autores institucionalistas, defende a importância de colocar esses efeitos em análise, para desvelar as encomendas e demandas das instituições, assim como as implicações do pesquisador, que podem estar influenciando-o nas escolhas.

O conceito de implicação ultrapassa a ideia de engajamento e se refere às relações que desenvolvemos com e nas instituições. Monceau (2015) afirma que implicados estamos todos, a questão é saber como estamos implicados. Se a instituição *pesquisa* prevê esse modo estruturado de pesquisar, nela há movimentos instituintes, ou seja, que negam o instituído, que buscam romper com os modos predominantes. Consideramos que o *pesquisar-com* pode ser um movimento nessa direção, pois pretende romper com alguns aspectos instituídos na instituição pesquisa. A seguir, desenvolveremos alguns aspectos desse modo de pesquisar.

A PESQUISA-COM

Essa é uma forma de pesquisar relacionada com as pesquisas qualitativas e considera que os participantes da pesquisa ocupam um *lugar especial* na produção do conhecimento. Não são fontes de dados a serem acessadas pelo pesquisador, mas agentes que, na interação, produzem conhecimentos. A própria terminologia "coleta de dados" é interrogada, pois se considera que os dados são "produzidos" na interação (diálogo) do pesquisador com os participantes da investigação, com os autores que compõem a base epistemológica (aqui nos referimos ao encontro dialógico com a teoria), com autores de outras pesquisas e referências bibliográficas, conversas informais, leituras e interações da vida em geral, não se restringindo somente ao cenário da pesquisa. Mesmo a escolha do que pesquisamos é guiada pelas nossas experiências, pela história e pelo contexto em que vivemos.

Quando pesquisamos, estamos em um processo de afetar e ser afetado que precisa ser reconhecido. Uma pesquisa interessante que nos convida a pensar sobre esse aspecto da pesquisa é a da antropóloga Jeanne Favret-Saada que investigou sobre a feitiçaria na Bretanha francesa e publicou, em 1977, com o título *Les mots, la mort, les sorts: la sorcellerie dans le bocage* (As palavras, a morte e os feitiços: a feitiçaria no Bocage). A autora mostra que conseguiu desenvolver sua pesquisa no momento em que se permitiu ser afetada pela feitiçaria. Ela afirma, em um artigo traduzido por Paula Siqueira, que, "[...] nos encontros com os enfeitiçados e desenfeitiçadores, deixei-me afetar, sem procurar pesquisar, nem mesmo compreender e reter" (FAVRET-SAADA, 2005, p. 158). Ela foi viver naquela comunidade e passou tempos sem conseguir se aproximar de seu tema de estudos, pois se utilizasse as técnicas tradicionais de pesquisa, como entrevistas com padres, médicos, pessoas da comunidade, não produziria novas possibilidades de leitura sobre o tema: teria como resposta que a feitiçaria era uma crendice. A pesquisadora foi descobrindo isso na medida em que foi vivendo a pesquisa. Em um dado momento, aconteceram alguns fatos, em sua vida cotidiana, que fizeram com que a comunidade a considerasse enfeitiçada e ela se permitiu vivenciar sessões de desenfeitiçamento. Note-se que, em seus dizeres, ela colocou-se em um estado de vivenciar sem querer controlar, pesquisar, reter ou compreender. Esse estado de flutuação e de desterritório é difícil de ser sustentado e vivido pelo pesquisador, pois vai contra o instituído modo de funcionar da instituição pesquisa.

Nesse sentido, a expressão *Pesquisa-Com* valoriza a produção de conhecimento a partir de variados modos possíveis de relação entre o que é pesquisado e o pesquisador, bem como reconhece a existência de diferentes caminhos para a aprendizagem e a produção de conhecimento. Aposta,

ainda, como referem Abrãao *et al.* (2013), na constituição do pesquisador e daquilo que ele pesquisa a partir de uma implicação que é intrínseca à produção do conhecimento, o que confirma, assim, a impossibilidade de neutralidade (frequentemente evidenciada nos contextos das pesquisas). Os autores tomam o conceito de "pesquisador in-mundo", em que o pesquisador se mistura e se contamina com a pesquisa, seus cenários de mundo, de vida, de produção de sentidos e seu processo a partir dos encontros possíveis. A implicação está, nesse contexto, associada à relação do pesquisador com a pesquisa, ao conjunto de vínculos e relações mantidas com as instituições.

Lourau (2004) dialoga sobre o conceito de implicação a partir do questionamento da própria prática do pesquisador e o movimento de produções envolvido (saberes e poderes, produção de sujeitos, motivações e até investimentos). Salientamos que a análise de tais implicações, realizada individual e coletivamente, é fundamental para o agir do pesquisador na perspectiva de produção de um conhecimento interessado, atento às transformações e suas possibilidades. Reconhecemos que há um desafio nesse exercício de análise dada a dificuldade intrínseca ~~no~~ ao processo de se desterritorializar~~-se~~ e realizar a manutenção dos poderes envolvidos no ato de pesquisar. Nesse caminho, destacamos que não intencionamos qualificar a *Pesquisa-Com* como melhor estratégia de pesquisa, mas apresentar modos possíveis a partir da valorização de diferentes estratégias (e da subjetividade) na produção de conhecimento, como, por exemplo: pesquisa-ação, pesquisa intervenção, pesquisa colaborativa, pesquisa participante e pesquisa socioclínica. Os quadros teórico-metodológicos dessas modalidades de pesquisa são diversos e, em geral, se baseiam nas ciências sociais.

Com relação à *pesquisa-ação*, esta abordagem de pesquisa coloca sua ênfase no agir, um agir que visa transformações na realidade imediata por meio de uma forte participação social. Para tanto, preza-se que os objetivos sejam construídos no campo de atuação juntamente pelo pesquisador e pelos participantes. Notadamente, os resultados almejados envolvem um movimento cíclico e espiralado de conhecer e transformar, buscando a tomada de conhecimento sobre as questões sociais imediatas ao mesmo tempo em que se provoca transformações de ordem social por meio da participação coletiva (DICK, 2002; BRANDÃO, 1987).

As abordagens denominadas *pesquisa participante* têm enfatizado a problematização dos papéis de pesquisador e de participantes nos processos de pesquisa, pretendendo uma ressignificação e colocação do participante como co-pesquisador no diagnóstico e solução de problemáticas de suas vidas. Para tanto, pesquisadores (pesquisador e participantes), ao encontrarem os problemas juntos,

devem ainda estabelecer estratégias de transformação para superação desses problemas. Nesse caminho, entretanto, é considerado, como fundamental, o processo de transformação dos sujeitos, das práticas e das relações entre pesquisador e participantes. Outra ênfase dessa abordagem é a disponibilidade, a todo o momento e largamente, do conhecimento produzido (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 1983; THIOLLENT, 2011).

A *pesquisa intervenção* não se ocupa da transformação imediata; se ocupa de imergir na amplitude qualitativa da vida coletiva. Assim, sua abordagem se pauta em intervenções de ordem socioanalíticas e socioclínicas, que têm como primazia a gênese teórica e social dos conceitos – o que é sumamente refutado pelas pesquisas de caráter positivista. Nesse sentido, a transformação foca na realidade sociopolítica, utilizando-se de intervenção micropolítica na experiência social. Sua ênfase é considerar que a subjetividade e as interferências são condição *sine qua non* para o processo de conhecer. Isso caracterizou o *slogan* dessa abordagem de pesquisa como "transformar para conhecer", o que é exatamente o oposto daquele das pesquisas positivistas hegemônicas e fortemente instituídas, isto é, "conhecer para transformar" (SANTOS, 1987; RODRIGUES; SOUZA, 1987; STENGERS, 1990; COIMBRA, 1995; AGUIAR, 2003; MONCEAU, 2005; 2013).

Por fim, apontamos que *pesquisar-com* está relacionado com o movimento em que a produção de conhecimento se baseia em experiências contextualizadas, acessadas por meio da reflexividade dos envolvidos para a produção de conhecimentos relacionados com o contexto social maior. Tal aspecto difere das perspectivas que buscam uma resposta em curto prazo e dentro de uma compreensão da normatividade a favor da consolidação, cada vez maior, das perspectivas até então naturalizadas e que dão prosseguimento à ordem instituída (MONCEAU; SOULIÈRE, 2017). Portanto, a *pesquisa-com*, diferentemente da *pesquisa-sobre*, se ocupa de ir a campo com um olhar diferente, buscando construir dispositivos de investigação que sejam capazes de provocar e perceber os elementos que não são considerados ou percebidos pelas perspectivas hegemônicas de pesquisa. Parte-se, desse modo, de uma visão que se afasta das concepções de pesquisa baseadas nos saberes dos *experts* e feitas longe das pessoas, para uma visão de democratização da produção de conhecimentos, o que se operacionaliza por meio de reflexões críticas sobre relações de poder quanto à inserção do pesquisador, do participante, para construir um processo de pesquisa baseado no interesse comum daquilo que precisa ser conhecido e transformado. Essa abordagem pressupõe compartilhamento das tomadas de decisão desde a concepção até a implementação e a escrita dos resultados da pesquisa (MONCEAU; SOULIÈRE, 2016, 2017).

PROVISÃO DE PROFISSIONAIS

Hêider Aurélio Pinto
Felipe Proenço de Oliveira

A *Constituição Federal*, promulgada em 1988, em seu artigo 6º diz, textualmente, que o *Sistema Único de Saúde* (SUS) deve ser responsável pela ordenação da formação de recursos humanos em saúde. Para cumprir a *Constituição*, o SUS deveria planejar e agir para que a formação dos trabalhadores de saúde respondesse às necessidades da população e do sistema. Assim, deveriam ser formados trabalhadores na quantidade, profissões e especialidades necessárias a cada região de saúde. Além disso, a formação, tanto na graduação quanto na pós-graduação, e a educação permanente dos profissionais deveria ampliar a potência dos mesmos em concretizar, nos espaços de atenção, gestão, educação e participação do SUS, seus princípios e diretrizes. Essa atribuição não é uma especificidade do Estado no Brasil, planejar a necessidade e o perfil de profissionais é o que fazem diversos países da *Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico* (OCDE), que reúne 34 países, principalmente da Europa, mas também da América, Ásia e Oceania.

A criação, em 2003, da *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde* (SGTES) foi um marco na construção de condições para que o *Ministério da Saúde* (MS) pudesse efetivamente avançar na construção de políticas nacionais de gestão da educação na saúde e de regulação e gestão do trabalho. Mais recentemente, em 2013, a criação do *Departamento de Planejamento e Regulação do Provimento dos Profissionais de Saúde* (DEPREPS), no processo de criação e implantação do *Programa Mais Médicos* (PMM), reforçou ainda mais essa intenção e representou avanço na efetiva capacidade do MS de atuar mais decididamente no planejamento e regulação da provisão de profissionais no país. Com a *Lei nº 12.871* de 2013, que criou o PMM, a abertura de cursos da área da saúde, e não só da medicina (como está claro no parágrafo sexto do Art. 3º), passou a poder ser regulada em função das necessidades sociais e do sistema de saúde brasileiro. É também essa lei que deixa clara a necessidade de revisão do processo de formação em saúde, por meio de novas diretrizes

curriculares que apontem para um egresso da graduação mais preparado para responder às necessidades de saúde da população.

Além de dotar o Estado e, em especial, o SUS de mais capacidade de regular a abertura de escolas (por exemplo: somente onde há necessidade) e de mudar a formação em saúde, a *Lei nº 12.871* expressou uma importante visão quanto ao processo da especialização em serviço na modalidade *Residência*. A *Residência* foi apontada como uma etapa importante e indispensável na formação de trabalhadores altamente qualificados no campo profissional. Necessariamente ligada aos serviços da redes do SUS, a *Residência* deveria também ter uma oferta que respeitasse algumas características objetivas: (1) maior abrangência possível, garantindo, ao maior número de egressos, vagas nos *Programas de Residência*. No caso da medicina, a lei determinou a universalização das vagas até 2018; (2) definição das vagas em cada especialidade conforme a necessidade de cada região. No caso da medicina, isso tornou-se possível com a criação do *Cadastro Nacional de Especialistas* e, para as demais profissões de saúde, com a *Plataforma da Força de Trabalho em Saúde*; (3) definição do perfil de profissional que se quer por meio de um itinerário específico de formação. No caso da medicina, essa definição passou pela determinação de que praticamente todos os especialistas teriam como uma etapa de sua formação cursar integral ou parcialmente a *Residência em Medicina de Família e Comunidade*; (4) integração, qualificação e orientação, em função do perfil esperado, dos instrumentos de avaliação: de ingresso, de aproveitamento do educando e do *Programa*, entre outros; (5) gestão da *Residência* pelo SUS e integrada à rede; (6) investimento na preceptoria.

Na *Lei nº 12.871*, tudo isso foi expresso para a medicina, mas a SGTES e, em especial, o DEPREPS, tomaram esses marcos como os referenciais para uma política de formação em serviço no Brasil para o conjunto das profissões, reconhecendo que as *Residências* também cumprem papel no provimento, mas entendendo que seu papel maior é na formação e mudança do perfil dos profissionais de acordo com as necessidades da população e do sistema de saúde. A nova legislação e a reafirmação e reforço das *Residências* como prioridades da SGTES potencializaram, ainda mais, o percurso que já vinha sendo seguido há alguns anos e que fizeram do Ministério da Saúde o maior financiador do país de bolsas tanto de *Residência Médica* quanto de *Residência em Área Profissional da Saúde – multi ou uniprofissionais* no ano de 2016.

No caso das *Residências em Área Profissional da Saúde*, a SGTES compreendeu, desde cedo, que deveria ser a principal impulsionadora das mesmas. Além de cumprirem os papéis descritos acima, as *Residências em Área Profissional da Saúde* impulsionam experiências inovadoras e formam

importantes quadros para atuação nos mais diversos espaços do SUS, seja nos serviços, na gestão ou na formação de profissionais. É necessário destacar, também, que o MS sempre priorizou as *Residências Multiprofissionais* como modo de promover adequada formação da equipe de saúde, sem perda em cada núcleo profissional específico. A Residência representa consistente investimento na construção de um campo de atuação ampliado: atenção integral ao usuário, intervenção no processo saúde-doença (nos âmbitos individual e coletivo) e constituição de uma caixa de ferramentas potente para atuar nos âmbitos da atenção, gestão, educação e participação social, além da organização e exercício de um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

O *trabalho em equipe*, que as *Residências* buscam desenvolver e para o qual pretendem preparar os residentes, prioriza a atenção integral, o benefício ao usuário e o desenvolvimento profissional dos membros da equipe em vez de reforçar a fragmentação e gerar conflitos se pautando por lógicas econômico-corporativas que tentam fazer com que cada profissão, legalmente, se aproprie exclusivamente de procedimentos bem remunerados no mercado ou que garantem importante legitimidade social. Com relação a isso, há um descompasso entre o que ocorre no Brasil e em vários países da OCDE. Aqui, em 2013, foi necessário a Presidenta Dilma vetar os artigos da *Lei do Ato Médico*, que buscavam transformar em procedimentos médicos práticas profissionais desenvolvidas por diversas profissões, algumas, inclusive, trazidas ao Brasil por outras profissões, como a acupuntura, por exemplo. Essas medidas não se restringem à medicina e podem também ser ilustradas com atos da enfermagem, buscando limitar ações dos técnicos em enfermagem, por exemplo.

De modo inverso, em diversos países da OCDE são seguidas recomendações internacionais, a exemplo de documentos da *Organização Mundial de Saúde*, que recomendam o "compartilhamento de tarefas" entre os profissionais de saúde. Tal tema não é só importante para a formação multiprofissional, é central nos cálculos de quantos profissionais e de quais profissões são necessários em uma dada região. A depender do escopo de práticas, pode-se precisar de mais ou menos médicos psiquiatras ou psicólogos na organização da rede de saúde mental de uma determinada região; mais ou menos médicos gineco-obstetras ou enfermeiros obstetras na rede de atenção ao parto; ou, ainda, mais ou menos médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem nas redes de atenção à saúde na atenção básica, domiciliar e especializada.

Vale, por fim, destacar o papel da *Residência* como parte do conjunto da *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*, tendo que estar articulada às demais formações previstas, e como

estratégia de potencialização da educação e desenvolvimento profissional realizada nos serviços de saúde na medida em que contribui sobremaneira para fazer com que os serviços e espaços de gestão, nos quais estão os residentes e preceptores, se constituam cada vez mais como espaços de formação na perspectiva do SUS-escola. A *Residência* é um importante dispositivo disparador de práticas educativas/formativas, entre outros motivos, por exigir uma vivência mais intensa no serviço, com mais autonomia nas atividades profissionais, e com a necessidade de o residente problematizar de maneira permanente a organização do processo de trabalho e do cuidado, estimulando a transformação dos serviços de maneira solidária com as equipes.

PORTFÓLIO

Valéria Leite Soares
Lenilma Bento de Araújo Meneses
Jordane Reis de Meneses
José da Paz Oliveira Alvarenga
Adriene Jacinto Pereira
Anderson Rio Branco de Menezes

As *Diretrizes Curriculares Nacionais* dos cursos de graduação da área da saúde têm como objetivos levar o aluno a aprender a aprender, ou seja, desenvolver autonomia intelectual criativa e crítica. Tal desenvolvimento implica 4 tipos de aprendizagem: o aprender-conhecer, relativo aos conhecimentos formais; o aprender-ser, relativo ao tornar-se ou à subjetivação; o aprender-fazer, relativo ao domínio de habilidades; e o aprender-conviver, relativo ao viver juntos, à solidariedade e à constituição de comunidades de troca. Como produto dessa formação, a competência para a atenção integral à saúde e qualidade no atendimento prestado, em consonância com os princípios do *Sistema Único de Saúde* (SUS), aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001). Elas foram idealizadas a partir das demandas do atual cenário de trabalho, que requer um profissional com perfil crítico-reflexivo, capaz de trabalhar em equipe de forma a atender às necessidades e demandas em saúde. Sendo assim, novos modos de pensar o ensino e a aprendizagem foram surgindo, mudando de um modelo conteudista de avaliação somativa e classificatória para um modelo ativo de aprendizagem, embasado em conhecimentos, habilidades e valores relacionados com a vivência de campo, com um trabalho em que a problematização precisa ser acompanhada pela resolutividade (LANA; BIRNER, 2015). Dessa maneira, o portfólio avaliativo apresenta-se como ferramenta que procura focar-se em resultados centrados no processo; não, na forma pontual e quantitativa utilizada nas avaliações tradicionais (COTTA; MENDONÇA; COSTA, 2011).

Ao adentrar em um *Programa de Residência Integrada em Saúde*, ou espaço prático e teórico, concretizam-se as problematizações, fomentando a necessidade de diálogo, de conhecimento, de novas competências e de compartilhamentos para atender às necessidades de usuários e comunidade, incluindo as do serviço. Torna-se, então, inevitável incrementar processos de aprendizagem ativas e significativas, nas quais residentes, preceptores, tutores, coordenadores,

trabalhadores, gestores e docentes, entre outros envolvidos sejam protagonistas e (co)responsáveis por novos saberes e práticas, apontando para um fazer pedagógico gerador de autonomia, criatividade, competências e habilidades.

O *portfólio avaliativo* é um instrumento reflexivo pedagógico que envolve criatividade, elaboração crítica e aprendizagem. De forma individualizada ou grupal, ele requer o uso da autonomia e modos ativos de posicionamento e escrita narrativa para a sua construção. O papel ativo e comprometido da narrativa, de forma individual ou em grupo, no que se refere à construção dos portfólios, estimula o exercício crítico e ação de pensamento sobre a realidade concreta e vivida desde o modo como a prática sanitária se apresenta nos serviços de saúde até suas ressonâncias e efeitos nas comunidades. Também estimula o trabalho em equipe e a criatividade, a convivência e a tolerância, assim como habilidades importantes para o exercício profissional e cidadão, como as de comunicação, documentação e educação (COTTA *et al.*, 2012).

A utilização do *portfólio avaliativo*, como instrumento de acompanhamento nas residências em saúde, promove diálogo entre o preceptor e o residente, na medida em que é compartilhado com o corpo docente-assistencial e enriquecido por novas informações, novas perspectivas e continuado suporte afetivo e pessoal para a formação profissional. Lana e Birner (2014) chamam a atenção para os benefícios do uso do *portfólio* como método avaliativo e de aprendizagem, mas também para atender à exigência que implica na formação de profissionais qualificados com características como: criatividade, dedicação e olhar ampliado e diferenciado na e para a saúde. As autores citam o quanto este instrumento possibilita um pensar crítico-reflexivo que culmina em mudanças comportamentais nas práticas desenvolvidas pelos residentes diante das atividades profissionais preconizadas pelo *Projeto Pedagógico de Residência*. Somado a isso, o *portfólio* busca formar um profissional não identificado com o modelo tradicional do fazer em saúde.

Outra perspectiva, ao usar o *portfólio avaliativo* como instrumento pedagógico, é que, ao possibilitar a reflexão da prática, a coordenação e docentes integrantes do *Programa de Residência* identificam as necessidades de aprendizagem e de acompanhamento do desenvolvimento dos desempenhos, ocorrendo a construção do conhecimento em ato, nos cenários de prática. O *portfólio* está ancorado na antropologia, com dados etnográficos, e na educação como *portfólio reflexivo*. Trata-se de estratégia para a construção da narratividade e do conhecimento reflexivo. Nele, o residente documenta, registra e estrutura as ações, as tarefas e a própria aprendizagem por meio de um discurso narrativo, elaborado de forma contínua e reflexiva nas atividades da prática profissional e nas

vivências. Auxilia a sistematização do processo de avaliação das experiências de ensino e aprendizagem. Cotta *et al.* (2012) citam que o portfólio faz com que o discente junte suas opiniões, dúvidas, dificuldades, reações aos conteúdos e aos textos estudados e às técnicas de ensino, sentimentos e situações vividas nas relações interpessoais, colaborando para a avaliação do estudante, do educador, dos conteúdos e das metodologias de ensino e de aprendizagem.

PRECEPTORIA

Malviluci Campos Pereira
Jane Iandora Heringer Padilha
Sandra Corrêa da Silva
Ana Celina de Souza

A palavra preceptor tem origem no latim *praecipio*, "mandar com império aos que lhe são inferiores", sendo também aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde o século XVI, é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor; aquele que tem a incumbência de acompanhar, instruir e orientar uma criança ou adolescente, podendo ser qualificado ainda como aquele que contribui na formação, um mentor ou mestre (HOUAISS, 2008).

A partir da prática médica, tal termo passou a representar o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. estudaram as diversas nomeações dadas aos profissionais que exercem o trabalho de formação no ensino do residente, percebendo que diferentes denominações são dadas a essa função. Na *Resolução CNRM nº 005/2004*, de 08 de junho de 2004, que dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica (BRASIL, 2004a), existe uma equivalência entre as designações preceptoria e tutoria. Tal equivalência se aplica também às residências das demais profissões e às multiprofissionais. Botti e Rego (2008) ressaltando que esses fazeres não têm significado definitivo, mas são construídos por suas relações com os fatos. Os autores encontraram percepções diversas quanto ao fazer da preceptoria relacionado, por um lado, à função de ensinamento da clínica a partir de situações reais, integrando os conceitos e valores do ensino e do trabalho a partir da aquisição de habilidades e de competências, e, por outro, à função de ensinar, aconselhar, inspirar e influenciar, auxiliando na formação ética dos novos profissionais.

Em relação aos *Programas de Aperfeiçoamento ou Especialização em Serviço*, a *Portaria nº 1.111/GM*, de 05 de julho de 2005, caracteriza a preceptoria como uma "[...] supervisão docente-assistencial em área específica de atuação ou especialidade profissional", com a função de organização do processo de aprendizagem e orientação técnica aos profissionais (BRASIL, 2005a). Conforme a *Resolução CNRMS nº 2*, de 13 de abril de 2012, o preceptor configura-se como o trabalhador que

realiza a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve a formação. Além disso, esse documento o caracteriza como referência para o residente em sua área profissional, no desempenho das atividades práticas no cotidiano da atenção e gestão em saúde, tendo a função de: (1) acompanhar o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas; (2) facilitar a integração com a equipe de saúde e usuários; (3) participar na produção de conhecimento e de tecnologias para qualificação do SUS; (4) responsabilizar-se pela formação dos residentes; (5) identificar e proporcionar a aquisição das competências, participando do processo avaliativo do residente e da avaliação na implementação do *Projeto Pedagógico de Residência* (BRASIL, 2012a). Percebe-se uma modificação nessa atividade, com enfoque maior na orientação técnica caracterizada pela presença nos serviços.

Como apontado, no cotidiano do trabalho, o trabalhador-preceptor passa a acompanhar, orientar, planejar e executar outras funções que, até então, não faziam parte da sua rotina, sendo que os espaços e tempos para supervisão podem variar de acordo com a necessidade e a oportunidade (FAJARDO, 2014; HENK, FAJARDO, 2014). Trentin e Fajardo (2014) indicam que a constituição deste novo modo de atuação não é simples, tendo em vista que a produção de conhecimento conserva características históricas do processo de formação dos profissionais, centrados em saberes especializados e fragmentados. Para tanto, é necessário que trabalhadores tenham espaço para análise e criação de modelos diversos de atenção à saúde e organização dos serviços. Os preceptores são desafiados a recriar, causando tensionamento e provocando a avaliação constante da prática, potencializando a sua transformação como decorrência da assistência e do ensino (BARROS, 2010).

Assinalamos, aqui, uma ação em um não lugar de docência convencional e sua função de compartilhamento de experiências de trabalho e de apoio pedagógico e cuidador ao residente (SOUZA, 2014; DALLEGRAVE, 2013). É na relação com o outro que o preceptor restabelece seus conhecimentos e suas experiências (FAJARDO, 2011) e, a partir disso, cria inovações. Apontamos, aqui, o preceptor como uma parte constituinte da relação pedagógica e da criação nos cenários de prática. Como aquele que está entre os processos de trabalho e de formação, seus encaixes e desencaixes, tensionando e sendo tensionado, por um lado, pelos colegas e, por outro, pelas inquietudes dos residentes.

Fazer preceptoria é, também, produzir práticas pedagógicas. Ao trabalhador que assume essa função cabe a busca por se tornar preceptor, encontrando seu modo de instigar o processo de aprendizagem com e entre os residentes. As prescrições legais cumprem com as necessidades da

burocracia administrativo-pedagógica das *Residências em Saúde*, no entanto o preceptor e a preceptoria têm potencial para ir além de tais atribuições. O potencial está em colocar em análise suas vivências, partindo do apoio pedagógico e cuidador ofertado aos residentes. Ao apoiar os residentes em seu percurso formativo, o preceptor percorre as linhas entre o seu conhecimento especializado e as experiências do trabalho em saúde, entre a teoria e a prática, reconstruindo-se a si mesmo.

PROCESSO DE TRABALHO

Thiele da Costa Muller Castro
Carla Garcia Bottega

O trabalho é um tema muito relevante, pois ocupa lugar central na vida dos sujeitos que passam, em sua idade adulta, a depender de sua produção para estabelecer relações sociais e financeiras em sua comunidade. Colocar em discussão o trabalho na área da saúde é assunto mais delicado ainda, cheio de experimentações e afetos, o trabalhar se faz fonte de prazer e também de sofrimento. A *Residência em Área Profissional da Saúde*, que objetiva formar trabalhadores para o *Sistema Único de Saúde* (SUS), integrando serviço, ensino, gestão e participação, se faz espaço político que permite a reflexão sobre os processos de trabalho e a experimentação de novas formas do trabalhar e acolher os usuários.

São visíveis as intensas modificações que o trabalho sofreu pelo menos nas últimas quatro décadas. Diminuição no número de empregos, aumento de serviços, precarização dos contratos e flexibilização de leis trabalhistas, entre outras mudanças. Ao mesmo tempo, como referência social, tem sido questionado, ressignificado, criticado e resgatado, por alguns teóricos. Uns chegam a colocar em xeque a centralidade do trabalho, mas é visível o aumento da sua exploração. Todas essas transformações influenciam, direta ou indiretamente, o trabalhador empregado ou sem emprego e suas famílias, e impactam diretamente a subjetividade do trabalhador.

As discussões sobre o *processo de trabalho em saúde* tem seus estudos iniciais, segundo Peduzzi e Schraiber (2009), com a professora Maria Cecília Ferro Donnangelo e sua abordagem da profissão médica, do mercado de trabalho e da medicina como prática técnica e social. Esses estudos se constituíram como importantes referenciais, principalmente em relação às políticas e à reestruturação da assistência, levados para o SUS, bem como para o adensamento de temáticas sobre mercado, profissões e práticas de saúde. Já nos anos 1990, as discussões se relacionavam, segundo Peduzzi e Schaiber (2009, p. 325), "[...] às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho", mas de outra parte, remetiam "[...] às questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos,

cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional-usuário ou as relações entre os profissionais".

Mendes Gonçalves formulou o conceito de *processo de trabalho em saúde* a partir da análise do processo de trabalho médico. Ele afirma que todo trabalho é um processo, no qual existe um antes, uma energia intencional que se aplica e produz um depois, tudo isso inter-relacionado com a vida social (MENDES GONÇALVES *apud* PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009). Os conceitos de intencionalidade e finalidade passam a andar juntos com o conceito de modelos tecnoassistenciais, apresentados pela construção de Merhy (1997; 2002). Campos (1998) acrescenta aspectos importantes a essa discussão com seu clássico texto *O Anti-Taylor*, no qual o autor analisa a construção do sistema de saúde dentro de uma lógica burocratizada e taylorizada e, portanto, com emperramentos para alcançar, em sua plenitude, os objetivos de implantação do SUS. Em suas reflexões, vemos que o modelo de saúde não escapa da fragmentação do trabalho em sua estrutura de composição hierárquica e piramidal (CAMPOS, 1998; FRANCO; MERHY, 2013b). São departamentos, seções, serviços e unidades, que, por mais que proponham o atendimento em complexidade de rede, não dão conta da articulação necessária para a atenção integral em saúde. Além das estruturas físicas, também estão presentes as divisões por áreas profissionais e hierárquicas, nem sempre levando em conta as composições necessárias inter e transdisciplinares.

Muitas das dificuldades de novas propostas de atenção à saúde dizem respeito à forma de organização do trabalho nessa área, tão diversa de outras, bem como da implicação do profissional de saúde em sua implantação. Assim, o cuidado em saúde e a construção de redes de atenção pressupõem uma modificação ou transformação das estruturas e relações presentes, assimilando novas informações e tecnologias, para o desenvolvimento de mudanças e superação de situações impostas pela realidade, como as transformações no trabalho nas últimas décadas, que se refletem nos serviços de saúde, nos profissionais e nos usuários-trabalhadores.

Ao falar em tecnologias, Franco e Merhy (2013b, p. 140), apontam que

> [...] nossas observações têm concluído que para além dos instrumentos e conhecimento técnico, lugar de tecnologias mais estruturadas, há um outro, o das relações, que tem se verificado como fundamental para a produção do cuidado. Partimos do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende do Trabalho Vivo em Ato, isto é, o trabalho no momento em que este está se produzindo.

Para a *Residência em Saúde*, a reflexão sobre os processos de trabalho é assunto caro, pois existe uma potência da Residência e do Residente para pensar os processos de trabalho, que favorecem a construção de espaços coletivos de discussão e deliberação no trabalho, propiciando um maior engajamento e protagonismo dos sujeitos envolvidos. A inserção do Residente nos serviços de saúde, ainda como profissional/aluno, permite que ele consiga produzir uma crítica menos implicada referente aos processos, podendo construir possibilidades de melhorias no cotidiano do trabalho, pois a experiência de um curso de aperfeiçoamento, que propõe a formação em serviço, possibilita aos Residentes realizar um percurso que se estende das aulas ao cotidiano dos serviços de saúde, incluindo discussões em que se costuram a prática com a teoria. A *Residência* possibilita o repensar de formas já instituídas nos processos de trabalho, juntamente com usuários, trabalhadores e gestores. É por meio da reflexão crítica sobre sua amplitude que o profissional em formação em serviço consegue perceber as formas de ser e de se relacionar com o todo, com o local e o global, pensando em sua inserção. De acordo com Peduzzzi e Schraiber (2009, p. 325), o processo de trabalho em saúde

> [...] é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho.

Por isso, o processo de trabalho em saúde envolve vários elementos: o trabalhador, o usuário, a gestão, o ambiente de trabalho, a equipe, as relações interpessoais, o trabalho prescrito, a comunidade em que o serviço está inserido, a rede de serviços da saúde e, ainda, as demais redes que serão constituídas entre as políticas que vão refletir diretamente na experiência que todos os envolvidos terão ao entrar em contato com o serviço de saúde. Além disso, a rede de saúde não é só composta pelas estruturas físicas ou específicas desta área, mas também por outras presentes nesta composição de rede ampliada, como as religiosas, comunitárias, esportivas e da assistência social. Nesse sentido, o processo de trabalho é constituído a partir do encontro entre a subjetividade dos sujeitos envolvidos, os objetivos e as condições que se apresentam.

Existem algumas pistas que facilitam o pensar nos processos de trabalho em saúde, a primeira delas é o conhecimento sobre o trabalho prescrito e o real. O trabalho prescrito é a forma como ele é pensado através de suas normativas e regulamentações, enquanto o trabalho real é a forma como realmente é executado pelo trabalhador em seu cotidiano. Para Dejours (2004, p. 64), existe uma atividade de interpretação para elaborar o trabalho real, sendo que a "[...] organização real do trabalho é um produto das relações sociais". Percebe-se que o que está prescrito nunca é suficiente:

quanto mais normas e leis estiverem regulamentando a forma de execução, mais se tornará inexecutável. O trabalho é sempre de concepção e, por definição, humano, mobilizando o sujeito em algo para que a tecnologia e as máquinas não são suficientes.

As relações interpessoais são a segunda pista de compreensão sobre o tema. Não existe trabalho em saúde que não esteja permeado pelas relações interpessoais, sendo elas entre a equipe, entre a rede, profissionais, usuários e gestores. As relações interpessoais, segundo Dejours (2004), são chave para se pensar na saúde dos trabalhadores e na relação do prazer com o trabalho. Para Silva e Caballero (2010, p. 67), o trabalho na área da saúde "[...] é um lugar intrinsecamente permeado por tensões, próprias dos processos de disputa e pactuações de projetos de vida que estão em relação e que produzem esses lugares onde estão inseridos".

Para que os sujeitos envolvidos possam transcender a falta de recursos financeiros, humanos e estruturais encontrada na maioria dos serviços de saúde, a cooperação se faz algo fundamental no processo, sendo esta a terceira pista para pensarmos o conceito de *processo de trabalho*. Onde a cooperação acontece, existe a grande possibilidade de as pessoas encontrarem prazer no trabalho e, consequentemente, terem saúde. Um *processo de trabalho* que permita saúde implica no desenvolvimento das atividades em um lugar onde as pessoas conseguem ter uma visão da complexidade de se trabalhar em um serviço de saúde, tendo um aparato de diretrizes e dispositivos que foram pensados, justamente, para uma atitude que implique um compromisso coletivo de potência. Potência por supor os encontros entre os usuários e profissionais da saúde como geradores de um novo, de uma outra possibilidade de ser e estar naquele território. Território de respeito, político e ético, no qual a produção gera experimentações de prazer para todos os envolvidos.

Para a cooperação ser efetiva, é necessário que o trabalhador esteja disposto a renunciar a alguns aspectos subjetivos e a consentir com o coletivo. A partir da visibilidade do fazer do trabalhador, da confiança no grupo e da cooperação, é possível negociar e construir novos acordos normativos e éticos. Além disso, essa visibilidade também proporciona o reconhecimento do trabalhador pelo seu trabalho. Nesse sentido, a cooperação, a confiança e o reconhecimento são elementos do trabalho que não podem ser prescritos, sendo, portanto, construções que vão se efetivando pelo estabelecimento das relações entre os diversos atores envolvidos no processo de trabalho. Como a confiança está relacionada à ética, é preciso conhecer do outro as regras e acordos que ele respeita e a que se submete. Já a cooperação é, a partir desse conhecimento, a construção de acordos e regras comuns. Para que uma regra possa se tornar uma regra de trabalho, ela precisa ser

técnica, social, ética e de linguagem, mas tem que ser construída no coletivo, entre os trabalhadores, dando visibilidade ao que acontece no trabalho.

É possível observar que o *processo de trabalho* funciona quando os trabalhadores mobilizam sua inteligência, individual ou coletivamente, em benefício da organização do trabalho. Vale salientar, contudo, que é necessária a construção de um espaço em que os trabalhadores possam discutir o trabalho, resolver e deliberar coletivamente. A *Residência* é uma aposta de que o sujeito-residente, logrando não só discutir sobre seu trabalho, mas também deliberar sobre ele, conseguirá transformar a organização do mesmo. A transformação possível compreende elaborar condições a partir das quais os trabalhadores possam gerenciar seu sofrimento, objetivando sua saúde e bem-estar geral. A transformação do sofrimento em criatividade passa pelo uso da palavra, em um espaço público de discussão. A criação e/ou retomada desses espaços, que podem se dar em espaços de formação, propicia que o trabalhador elabore as questões relativas ao trabalho coletivamente, trazendo para a 'roda' dimensões importantes e não prescritas no trabalho, como a solidariedade, a confiança e a cooperação.

Assim, o *processo de trabalho em saúde* pressupõe a produção de ações de cuidado com o outro, sendo que esta produção é permeada por todos elementos citados anteriormente, que criam uma realidade que incide diretamente na saúde, tanto dos usuários quanto dos profissionais. É o sujeito que realiza o trabalho vivo em ato, que pensa sua produção e coloca sua subjetividade em ação, que é sujeito ativo no processo de trabalho, mas também passivo quando visto sob a ótica do ambiente e das relações.

Contudo, o *processo de trabalho em saúde* é uma trama tecida com linhas identificadas com o modo de produzir bons encontros entre usuários, trabalhadores e gestores, objetivando uma resolutividade, pressupondo cuidado e respeito, numa posição ético-política de um trabalho vivo. O Residente pode concluir este período de formação mais apto a ser sujeito reflexivo sobre o processo de trabalho, sua inserção na rede, sua corresponsabilização sobre o prazer e o sofrimento dos trabalhadores e a potencialidade resolutiva. As instituições de saúde são espaços de produção de sujeitos, no sentido em que influenciam no crescimento pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde, assim como dos usuários e dos gestores. A aposta na construção por meio do coletivo, acreditando na criatividade, inventividade, autonomia e consequente satisfação de todos os envolvidos no processo de trabalho, é uma das propostas à altura dos desafios.

PROJETO PEDAGÓGICO SINGULAR

DANIELA DALLEGRAVE
RICARDO BURG CECCIM

Considerado o comprometimento radical com aquele que está sob cuidado de saúde, visto a partir das suas particularidades, nasceu a noção de Projeto Terapêutico Singular, uma oposição aos protocolos terapêuticos universais (embasados em evidências do diagnóstico, mas com pouco embasamento no "andar da clínica", os efeitos ou consequências da interação, dos particulares modos de vida e das diversas inscrições subjetivas e objetivas no mundo de relações). Para as *Residências em Saúde* ensaiamos a reformulação da ferramenta em *Projeto Pedagógico Singular*[1].

Figura 1 — Imagem problematizadora do conceito de *Projeto Pedagógico Singular*



Fonte: Material produzido pelos autores.

[1] Este verbete foi adaptado da pesquisa de uma tese de doutoramento (DALLEGRAVE, 2013).

No cuidado em saúde, o *Projeto Terapêutico Singular* (PTS) organiza o fazer profissional, priorizando a responsabilização e articulação do cuidado com diferentes setores. Para o PTS se desenvolver, é necessário que o profissional da saúde assuma um compromisso ético profundo e reconheça a limitação dos saberes, especialmente o científico.

No caso dos *Projeto Pedagógico Singular nas Residências*, a centralidade estaria nas aprendizagens, considerando os indivíduos que estão sendo formados, suas trajetórias individuais e suas necessidades percebidas de formação. Embora este seja um termo muito utilizado nas conversas entre os atores das *Residências*, não há consenso sobre o que significa. O que há são modos de compreender como uma tal ideia poderia qualificar o aprender com o trabalho em saúde. A partir dessa ideia de um *Projeto Pedagógico Singular* (PPS), não faria sentido a determinação de tempo total para formação, nem a definição prévia de um currículo-programa, com disciplinas ou outros modos tradicionais pensados para a educação, como os eixos ou módulos, ou séries a serem percorridas por um grupo, onde todos deveriam sair com as mesmas competências, para se ter um certo perfil de egressos.

O PPS, seguindo os saberes já organizados pelo *Projeto Terapêutico Singular*, poderia ser caracterizado pela organização de um currículo de *Residência* que partisse dos saberes e das experiências já acumulados pelo(s) residente(s), levando-o(s) por caminhos que provocassem desaprendizagem do já instituído e reorganização do saber em novos modos de olhar para as situações cotidianas. O PPS seria, então, um conjunto de ações pedagógicas, um arranjo gestor e operador da aprendizagem, resultante de discussão e construção coletiva, protagonizado pelo aprendiz – o residente – e com a proposta de ultrapassar os saberes já sedimentados, possibilitando a emergência da problematização, do estranhamento, do desconforto intelectual.

Nesse *Projeto Pedagógico Singular*, a produção de um perfil profissional egresso só seria possível se estivesse pautada na construção da autonomia do profissional, que aprende ao dar vida às intensidades do trabalho e do aprender. Além disso, um *Projeto Pedagógico Singular* deve ser sustentável, na medida em que possibilita um reconhecimento de si, pelo residente que aprende, também na aposta de que ele aprende com o mundo do trabalho e, a partir de seu protagonismo, é capaz de ensinar os outros a aprenderem. O PPS teria enfoque na pessoa, para que ela tivesse apropriação do seu processo de aprendizagem no trabalho, e também uma inserção social, na medida

em que propõe autonomia em relação à maquinaria escolar, aposta na sustentabilidade para além do tempo de *Residência* e amplia o número de pessoas envolvidas nos *Projetos Pedagógicos Singulares*.

Pensar em um *Programa de Residência*, com a declarada priorização das necessidades de formação e um projeto formativo pactuado com os residentes, seria como propor uma profunda reflexão sobre a trajetória de aprendizado do profissional durante a universidade, ou sobre a trajetória de trabalho até ali, caso estivéssemos tratando de profissionais que quisessem se expor a uma situação em que há uma proteção ao status de *em formação*. Seria, nesse caso, responsabilidade dos programas a certificação e, principalmente, o acompanhamento dos itinerários pedagógicos. Um *Itinerário Pedagógico* estaria a serviço de um *Projeto Pedagógico Singular*. Desse acompanhamento derivariam outras responsabilidades, pois não há, como diz Schwartz (2010), possibilidade de separar quem faz uma experiência, um aprendizado que é do corpo, investido de sentimentos, de reflexão, de pensar a si mesmo em face de uma situação de trabalho.

A concepção de *Itinerários Pedagógicos* se assemelha a de *Itinerários Terapêuticos*. Um itinerário terapêutico não se reduz ao conjunto de serviços ofertados para determinado tratamento, precisa da consideração de necessidades para poder privilegiar particularidades, valores culturais e concepções de tratamento e cura. Nesse sentido, um itinerário difere de um caminho. No caminho, está descrita só uma possibilidade de chegar a determinado destino que, nesse caso, informaria o perfil de egresso ao profissional. A partir de uma percepção de itinerário pedagógico, estariam em causa alguns traçados com pontos de passagem importantes, mas com a possibilidade de múltiplas constituições de caminhos, isto é, de currículos-formação singulares. A constituição do *Projeto Pedagógico Singular* contemplaria os pontos de passagem definidos pelo itinerário comum a um conjunto de residentes, estaria aberto à possibilidade de outras viagens, outras descobertas, em que o residente seguisse vetores de desterritorialização próprios e acordos diversos com preceptores e tutores sobre percursos, experiências e devolutivas. Dentre as responsabilidades do *Programa de Residência*, estaria, ainda, possibilitar vivências em diferentes processos de trabalho, com diferentes profissionais, em lugares diversos.

QUADRILÁTERO

Heloisa Helena Rousselet de Alencar

QUADRILÁTERO é substantivo, é masculino, é singular. No universo da geometria plana, é polígono, isto é, figura plana formada por quatro lados, o que significa que se trata de algo em formato bidimensional – chapado como uma lâmina, uma superfície sem altura, sem volume. No universo militar, representa posição estratégica, em que há quatro pontos fortificados que dão sustentação – interação entre "pontos", relação de apoio entre as partes. No universo urbano, quarteirões são quadriláteros, ocupados por imóveis, que, por sua vez costumam ser ocupados por gente – interação dentro do espaço, sugerindo volume e movimento.

No universo da Educação na Saúde, o conceito desenvolvido por Ceccim e Feuerwerker (2004a), denominado de *quadrilátero da educação na saúde*, guarda ressonância com os significados antes descritos, no entanto transborda a condição bidimensional de "plano" e evidencia a interação viva e multifacetada que emerge do cotidiano do trabalho em saúde. Na formulação conceitual desenvolvida pelos autores, as quatro faces do polígono – formação, gestão, atenção e participação – liberam e controlam, cada uma, fluxos peculiares, dispondo de interlocutores específicos e configurando espaços-tempos com diferentes motivações. Dessa forma, o *quadrilátero* em inter-ação, que assim se postula, não guarda uma forma geométrica plana específica, na medida em que a energia resultante dos processos que emergem das relações entre os quatro elementos modula o seu próprio formato. Os autores assinalam a necessidade de formar profissionais que possam atuar positivamente no avanço das práticas assistenciais em saúde para direções distintas do modelo biomédico e curativista, mediante construção participativa de projetos terapêuticos e de promoção da saúde.

No âmbito do ensino na saúde, a formação dos profissionais não pode manter-se alienada em relação aos processos de mudança na gestão do setor, nem refém dos sistemas de estruturação do cuidado com base corporativista, biologicista ou tecnicista. No mais das vezes, o ensino mostra-se impermeável ao controle social no sistema de saúde e à participação de usuários e movimentos sociais na formação profissional e a formação submetida ao estilo da transmissão cujo centro é o livro-

texto e o professor. Nesse sentido, a formação profissional em saúde necessita ser mais orgânica à sociedade, de mérito científico com real relevância social. Por um lado, a atenção não pode se restringir ao domínio de habilidades em fisiopatologia, à busca de evidências ou ao consumo de serviços médicos, procedimentos e medicamentos, supervalorizando a especialização e o alto custo. A organização do cuidado em saúde deve promover um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário seja determinante da qualidade da resposta assistencial. O trabalho em saúde exige educação permanente, que pressupõe aprendizagem significativa, isto é, que promove e produz sentidos, a partir da reflexão crítica sobre as práticas e a própria organização do trabalho, possibilitando a sua transformação. De outro lado, a tarefa da gestão do SUS, além de participar efetivamente dos debates do campo da formação e neles incidir, é garantir as condições para que a complexa e abrangente estrutura assistencial, de vigilância em saúde e de gestão, se abra para uma nova e inquietante missão: a de proporcionar o substrato para os processos de aprendizagem *em ato*, tanto dos que estão em formação, quanto daqueles que tem a responsabilidade profissional de produzirem o cuidado e as ações em saúde. Dessa forma, é compromisso da gestão do SUS transformar sua rede em uma *rede-escola*.

Por fim, o quadrilátero diz respeito ao controle social, na realidade, buscando incluir nos processos educativos o reconhecimento das necessidades e demandas sociais, as quais interferem diretamente nos resultados e na avaliação dos usuários em relação aos serviços oferecidos. Incluir a comunidade no debate sobre a organização dos serviços, dos sistemas de atenção e regulação e da integração entre ensino e serviço é condição estratégica para transformar e direcionar a formação e a educação na saúde numa perspectiva ética e de interesse social.

QORPO

Ni Brisant

Parque de diversão
de cada vivente

Único
aprendiz de si

Às vezes e simultaneamente:
amor e trégua
esconderijo e estandarte
rascunho e definitivo
limite e infinitos

Templo de encruzilhadas
Qorpo é copo
de onde a alma
t
r
a
n
s
b
o
r
d
a

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE[1]

Ricardo Burg Ceccim
Alcindo Antônio Ferla

No Brasil, de todas as políticas sociais, apenas as ações e os serviços de saúde foram considerados pela *Constituição Federal* como de *relevância pública*, o que obriga o Estado à adoção de uma organização setorial com toda a amplitude política que possa dar contorno e determinação a esse setor[2]. O "ordenamento da formação de recursos humanos na área de saúde" foi previsto de forma explícita no inciso III, do Art. 200, da *Constituição Federal*, como uma competência do *Sistema Único de Saúde*. Para que esse *ordenamento da formação* se faça, são requeridas, entretanto, políticas de regulação, de apoio e de fomento à educação no âmbito do ensino; da pesquisa; da extensão educativa, inclusive da prestação de serviços de saúde em ambiente educativo; da documentação; da prospecção de serviços, considerando o desenvolvimento tecnológico e as necessidades de saúde da população no curso do tempo; da cooperação técnica interinstitucional e da ação educativa em ambientes de gestão e prestação de serviços de saúde.

O projeto da *Reforma Sanitária Brasileira*, entabulado pela *Constituição Federal*, colocou em cena a preocupação com a construção de um *Sistema de Saúde Único*, de acesso universal, sob gestão descentralizada, orientado pelo atendimento integral e mediante controle social. Desse projeto, surgem importantes preocupações com a educação dos profissionais e com a integração dos sistemas de ensino e de saúde. O atendimento integral, ainda que referido à estrutura organizacional no

[1] Versão reduzida e modificada do texto originalmente publicado em 2007, sob o título "Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de Integralidade da Atenção à Saúde", no livro *Construção da Integralidade:* cotidiano, saberes e práticas em saúde, organizado por Roseni Pinheiro e Ruben Araujo Mattos. A escolha de usar o texto de 2007 decorre da preservação da precedência de uso da terminologia "integrada" no interior de uma política pública de formação por meio de *Residências na Área da Saúde*, no caso a *Escola de Saúde Pública* do Rio Grande do Sul.

[2] A ordem social, segundo a *Constituição Federal do Brasil*, inclui a seguridade social (saúde, previdência e assistência social), o desenvolvimento da pessoa e do processo civilizatório (educação, cultura e desporto), o desenvolvimento científico (ciência, pesquisa e capacitação tecnológica), a manifestação do pensamento (criação, expressão e informação), o ambiente ecologicamente equilibrado, o reconhecimento da população indígena e sua organização social e a proteção especial da família, da criança, do adolescente e do idoso.

tocante à hierarquização e regionalização da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do Sistema de Saúde, requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática interprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e de prática e a incorporação da escuta ao andar da vida, tanto na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, como na orientação terapêutica ou de proteção das condições produtoras da própria vida. Os problemas de saúde não são jamais senão componentes de uma história de vida e de uma história de relações, são elos e produzem efeitos na rede complexa de produção da vida. Qualquer sinal, sintoma ou doença, em si ou em agentes de nossas relações, são produzidos e produzem *vivências* em nós, não podendo, estas vivências, serem descartadas nas ações do cuidado e tratamento, seja porque requerem elas mesmas uma intervenção terapêutica, seja porque seu reconhecimento redesenha o projeto terapêutico de cada caso ou situação sob atenção.

A *Reforma Sanitária*, desde sua constituição jurídico-institucional, vem propondo profundas alterações na formulação e implementação das políticas de saúde, entretanto, o mesmo não tem sido observado quanto às políticas educacionais de interesse para o setor. Apesar de não restar dúvida de que um profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações no perfil ético, técnico e institucional do pessoal que irá atuar e preencher os cargos de comando no setor reformado, nenhuma reforma se fará sem alterar a qualidade das relações de cuidado à saúde, sob pena de se aperfeiçoar a organização técnica do Sistema e não se gerar nos usuários das ações e serviços ou na população a *sensação* do cuidado. Se não são órgãos fisiológicos ou aparelhos orgânicos que sofrem, mas pessoas, histórias de vida e projetos em experimentação do mundo, então não basta a oferta de uma rede técnica de prestação de serviços, mas uma *cadeia de cuidado progressivo à saúde* (CECÍLIO, 1999).

Tratando-se o coletivo de trabalhadores da saúde, de um coletivo de pessoas, portanto, em processo de produção de si e do mundo, os mesmos não podem ser tomados apenas sob o constructo da designação *recursos humanos em saúde*, da mesma forma com que se toma os recursos materiais, recursos financeiros ou recursos físicos e tecnológicos para organizar o trabalho e as respostas assistenciais do setor. Embora a formação e o desenvolvimento venham sendo entendidos como subordinados à técnica, à ciência régia (aos paradigmas científicos) ou à capacitação operacional, sua condição de componente da educação – educação formal, educação continuada, educação permanente –, obriga-nos a refletir sobre a produção de competências, mas também sobre a produção de subjetividade dos trabalhadores. Os trabalhadores de saúde são indivíduos em processo

de subjetivação, tanto pelo próprio trabalho – como um território de experimentação de si, de relações profissionais e de contato com a alteridade despertada pelos usuários das ações e serviços profissionais –, quanto pela educação pelo trabalho – cenário de desafios ao pensamento e à reinvenção de si, dos saberes e das práticas.

Sabemos que para ser profissional de saúde é preciso estar legitimado por um processo de habilitação formalizado em regras educacionais (formação) com capacidade de reprodução social e que cada projeto formalizado de habilitação configura um rol de conhecimentos e de práticas com caráter técnico e com um perfil de atuação socioinstitucional. Pode-se dizer que a formação habilita trabalhadores (operadores sociais do trabalho) para determinado ofício em diferentes níveis de operação do trabalho (generalistas, especialistas ou pesquisadores), mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas ou perspectivas, novas descobertas, a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas em saúde ou a abertura para novos perfis de atuação socioinstitucional. Assim, os programas de desenvolvimento profissional são determinantes tanto da manutenção, como da melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Deve-se, contudo, perceber que a preservação do caráter identitário das profissões instaura um preconceito moral, atestado pela disputa por um padrão estável e de renovação pela reposição socioinstitucional sempre idêntica, como um ideal "do bem", afastando-se a produção de efetivas inovações e de uma nova subjetivação, refutando-se a produção de novidade ética, técnica e institucional.

Ao falar de *subjetivação* estamos afirmando, como em Foucault, Deleuze ou Guattari, não o sujeito, mas a produção de subjetividade. Em lugar de uma política da identidade (reafirmação do sujeito), a busca pelo inventivo de si e pelo inventivo do mundo. Ao anunciar que não há sujeito, Foucault nos informa que o que há é "uma produção de subjetividade" e que "a subjetividade deve ser produzida, quando chega o momento, justamente porque não há sujeito" (DELEUZE, 1992, p. 132). Foucault (1993, p. 27-36) diz que o saber "mesmo na ordem histórica, não significa reencontrar e, sobretudo, não significa reencontrar-nos" e que a obstinação em dissipar nossa identidade libera a paixão do conhecimento (esta não corre o risco de prevenir a criação em nome da fidelidade às identidades). É aqui que detectamos a experimentação como elemento integrante e necessário à produção de subjetividade e de competências. "Pensar é sempre experimentar", afirma Deleuze (1992, p. 132), "não interpretar, mas experimentar, e a experimentação é sempre o atual, o nascimento, o novo, o que está em vias de se fazer". A coragem está em pensar com o "fora do

pensamento", em "pensar o impensável" (FOUCAULT, 1990, p. 17-23). Quando Foucault fala em experimentação, fala da colocação do pensamento em contato com o exterior, em relação com o fora (*pensée du dehors*) e o exterior como instância soberana do saber. Pensar com o fora do pensamento é permitir-se pensar fora das amarras morais, fora do pensamento racional-explicativo, deixar-se saber pelo contato, pelas sensações de descoberta e aprendizagem. Esse pensamento, capaz de revisitar o *logos* da ciência e da técnica em saúde em que nos formamos é da ordem de um supremo rigor, que não recusa a coerência lógica, mas topa e acolhe a reinvenção, a ressingularização das práticas (GUATTARI, 1993).

Um plano de experimentação é um plano de composição entre o conhecido de si e o desconhecido de si, é quando a percepção se liberta da relação sujeito-objeto e há uma passagem de um a outro e uma inseparabilidade *in actu* de ser o que *já se é* e o que *ainda não se é*, é um estado de *entre* ou *no meio*. É um plano onde a interpretação é substituída pela contaminação, fazendo – da zona de vizinhança entre dois corpos – um corpo de co-presença (baseado em Deleuze e Guattari, 1997, p. 63-81). Ao supor que a atenção integral à saúde se faz por um *modelo* de saberes e de práticas, pela configuração de um *logos* da assistência, extasia-se as aprendizagens, as descobertas e as inovações. Qualquer modelo se define pelo esforço da permanência ou imposição de vigência, donde sua resistência à mudança. Quando se fala em educação dos profissionais de saúde, há necessidade de ousar uma resistência aos modelos identitários e a abertura à criação.

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO EM SAÚDE

O debate sobre a formação e o desenvolvimento na área da saúde como ação estratégica para a condução da agenda de renovação e reforma no setor da saúde parte, portanto, do entendimento de que uma profunda reforma setorial, como uma profunda renovação das organizações de saúde, não se faz sem uma política de educação para o setor. Embora uma política de educação para o setor da saúde envolva a formação dos profissionais da educação superior e da educação técnica, a formação de professores, a formação de agentes sociais para a gestão de políticas públicas de saúde, a inserção temática da saúde na escola básica, a produção do conhecimento e a constituição das ações e serviços de saúde como campo de práticas para o ensino e para a pesquisa, este texto exemplifica uma experiência e abordagem: *a especialização em serviço, sob orientação profissional*, que é como se caracteriza a principal modalidade de formação de especialistas requeridos pela atenção de saúde. A experiência relatada é a da criação da *Residência Integrada em Saúde* pela *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul* em 1999.

A criação da *Residência Integrada em Saúde* se deu pela *Portaria SES/RS nº 16*, de 1º de outubro de 1999, e pela *Lei Estadual nº 11.789*, de 17 de maio de 2002. Trata-se de uma Residência designada como Integrada e não como Multiprofissional por estabelecer a integração dos *Programas de Residência Médica* com os *Programas de Aperfeiçoamento Especializado* (especialização em área profissional); a integração entre trabalho e educação (trabalho educativo); a integração de diferentes profissões da saúde como Equipe de Saúde (campo e núcleo de conhecimentos e de práticas profissionais em articulação permanente), a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS e a integração do campo das ciências biológicas e sociais com a área de humanidades para alcançar a *Atenção Integral à Saúde*[3].

Na área da saúde, a educação em serviço é uma das formas de desenvolver o *aperfeiçoamento especializado*, tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional. O contato continuado dos profissionais com os usuários das ações e serviços de saúde, atuando em equipes com trabalho coletivo e corresponsável, permite o cruzamento dos saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a cada um conforme sua necessidade e levando em conta as necessidades epidemiológicas e sociais da população. A *Residência Integrada em Saúde* foi constituída como uma modalidade de educação profissional pós-graduada multiprofissional, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante educação pelo trabalho, mantendo orientação técnica direta e orientação docente em sala de aula. No caso da *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul*, cada residência oferecida atendeu ao conjunto das determinações da *Comissão Nacional de Residência Médica*, mas configurou-se como *Residência Integrada em Saúde* em todas as suas estruturas. É o caso das *Comissões de Residência Médica* por local de profissionalização, uma exigência nacional, que foram tornadas *Comissões de Residência Multiprofissional Especializada* (mantendo-se a sigla Coreme) e que vieram cumprir o desígnio de uma reforma das residências médicas para que se adequassem à reforma sanitária nos moldes brasileiros: trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinaridade, especialização em serviço, base

[3] A escolha por não usar aspas quando se trata de trechos idênticos aos constantes na Portaria, Lei ou Regulamento da *Residência Integrada em Saúde* da *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul* se deve ao fato de tais trechos terem sido retirados de estudos de um dos autores do presente texto, bem como das diversas apresentações assinadas na abertura dos processos seletivos à *Residência Integrada em Saúde* de 1999 a 2002. Ressalte-se, entretanto, que a Portaria, Lei e Regimento não foram instrumentos autorais, posto que resultantes de comissões, grupos de discussão e assembleias que envolveram docentes e residentes, além da direção e do assessoramento técnico da *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul*.

epidemiológica para o planejamento, utilização da educação popular em saúde para a interação com os grupos sociais, medindo-se pela satisfação do usuário.

Fundamentada nos princípios do *Sistema Único de Saúde* (SUS), a *Residência Integrada em Saúde* orienta e acompanha atividades de atenção integral à saúde em serviços assistenciais da rede pública (própria, contratada ou conveniada do SUS) e orienta e acompanha atividades de estudo e reflexão sobre a prática de atendimento e atuação no Sistema e nos serviços de saúde. A *Residência Integrada em Saúde* foi proposta com funcionamento articulado às diferentes estratégias de educação permanente dos trabalhadores dos ambientes de ensino constituídos como locais credenciados de profissionalização, sendo cada área de especialidade denominada como *ênfase*. Uma vez que tem por finalidade desenvolver trabalho educativo interdisciplinar, mediante atuação em *Equipe de Saúde*, ficou proposto que suas ações deveriam envolver o cruzamento dos diferentes saberes que configuram os diversos núcleos de conhecimento das profissões, oferecendo oportunidade de debate das políticas e estratégias de organização da gestão e da atenção à saúde e promovendo o desenvolvimento da autonomia dos usuários das ações e serviços de saúde. A compreensão da autonomia dos indivíduos e da responsabilidade dos profissionais da saúde pelo processo de promoção, prevenção, manutenção e recuperação de saúde é entendida como fundamental nesta proposta de formação, devendo integrar contextos culturais e vivenciais e possibilitar a inserção de temáticas sociais abrangentes.

A *Residência Integrada em Saúde* foi criada para acolher a necessidade de especializar os profissionais para a atuação no SUS, mas buscando desenvolver aprendizagens para a atenção integral à saúde (acolhimento dos usuários, estabelecimento de vínculos terapêuticos, responsabilização pelo cuidado à saúde necessário em cada caso ou condição de vida, ampliação permanente da resolutividade da ação assistencial e estímulo continuado à autonomia das pessoas na gestão da proteção da sua saúde individual e coletiva). Deve-se apontar que a *Residência Integrada em Saúde* tem marco no trabalho em equipe e no compartilhamento de práticas de diagnóstico e terapêutica, assim, na condição de uma residência uniprofissional, médica ou de qualquer categoria profissional da saúde, se não puder ser organizada em formato multiprofissional, pode prover currículos integrados (entre diferentes residências), tutoria, preceptoria e orientação em serviço das várias profissões, vivências e/ou estágios programados em intercâmbio de residentes das diferentes categorias de graduação. Por exemplo, vivências em comum de residentes em enfermagem obstétrica e residentes em medicina de família e comunidade no âmbito do pré-natal em atenção básica e de ambos no

acompanhamento do parto natural em centros de parto normal ou casas de parto. Outro exemplo, as vivências em comum de residentes em cirurgia bucomaxilofacial e residentes em fonoaudiologia na terapia intensiva, atuando juntos no pré e pós cirúrgico envolvendo a cavidade oral e nos cuidados de internos em intensivismo ou internação hospitalar. Também será *integrada* a residência que deliberadamente se ocupe das interfaces formação técnica e formação para o sistema de saúde, formação para a área de especialidade e para o apoio matricial ao generalista ou vice-e-versa, formação para a atuação biomédica e para a atuação psicossocial, formação para a intervenção e para a gestão da clínica etc.

ORGANIZAÇÃO PEDAGÓGICA E COMPOSIÇÃO DO CORPO DOCENTE DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

A *Residência Integrada em Saúde* é desenvolvida em dois anos para todos os profissionais ingressantes, podendo ser complementada por terceiro ano *opcional*, cujas vagas são preenchidas a partir de novo processo seletivo[4]. A carga horária anual prevista é de, no mínimo, 2.880 horas e de, no máximo, 3.200 horas em todas as ênfases/especialidades, sendo 10 a 20% deste total correspondente às atividades de reflexão teórica e 80 a 90% às atividades de formação em serviço, incluído, neste total, o mês de férias. A totalidade teórico-prática é contextualizada e viabilizada por um conjunto de ações que incluem seminários, oficinas, estudos de caso, aulas teóricas e pesquisa, articuladas com as práticas de atenção à saúde. O currículo básico das ênfases/especialidades é organizado sob o domínio de campo da atenção à saúde e habilitação no núcleo específico de conhecimentos e de práticas profissionais, contemplando a singularidade dos serviços e a diversidade das realidades. Os residentes devem familiarizar-se com os conceitos da administração e planificação em saúde, das ciências sociais em saúde e da epidemiologia, vigilância e promoção da saúde, desenvolvendo aprendizagens da clínica e sobre pronto atendimento (novamente a concepção de *integrada*). O terceiro ano *opcional* na experiência particular é de duas naturezas: Gestão no setor da saúde ou Educação no setor da saúde. O "básico" na residência é a Atenção, dominado este aspecto, pode-se desenvolver mais especialmente conhecimentos e práticas para coordenação de políticas, serviços e sistemas ou para o ensino, formação e organização pedagógica da educação permanente em saúde.

[4] Exceção ocorre para os residentes médicos e cirurgiões-dentistas cujas especialidades requeiram período de residência maior de dois anos em determinada especialidade. Não está claro se toda e qualquer residência requer o mínimo de 2 anos, menos ou mais que 2 anos. O terceiro ano, na formulação aqui apresentada, faz parte de uma concepção política estratégica: a gestão da educação na saúde para o SUS.

A *preceptoria* (acompanhamento e orientação profissional na educação em serviço), na *Residência Integrada em Saúde*, se faz por orientação de conhecimentos do campo da saúde; por *orientadores dos núcleos de saberes e de práticas* que aprofundem a resolutividade dos cuidados assistenciais e de promoção à saúde; por *orientadores de pesquisa* que têm a função de desenvolver o processo de pensamento e expressão reflexiva; por *orientadores técnico-docentes* que fazem a abordagem dos conteúdos teóricos de estudo e reflexão sobre a prática de gestão e atenção à saúde, além de *apoiadores de ensino em serviço*, constituídos pelo conjunto dos trabalhadores de cada local credenciado de profissionalização.

O *orientador de campo* é o orientador de referência para o residente, devendo trabalhar diariamente na unidade de aprendizagem em serviço[5], pertencendo à equipe local de assistência à saúde. O orientador de campo é o responsável por promover a integração entre os diferentes residentes, destes com a *Equipe de Saúde* local e com a população usuária de cada unidade de aprendizagem em serviço. Cabe ao orientador de campo a articulação dos recursos de ensino em serviço, sendo, por isso, referência para o residente na perspectiva do campo de saberes e de práticas da saúde. O *orientador de núcleo* é o profissional responsável pela orientação técnico-profissional, sendo referência para o residente no âmbito de cada profissão, instrumentando-o no núcleo de conhecimento necessário ao exercício da sua prática profissional específica. Cabe ao orientador de núcleo a integração ensino-serviço em uma perspectiva de trabalho interdisciplinar. Os orientadores por núcleo de conhecimento não se restringem apenas ao estabelecimento de vínculo entre trabalhadores da mesma profissão, são também aqueles profissionais técnico-científicos habilitados nas várias áreas de atuação ou de conhecimento especializado em cada ambiente de serviço e que apoiam os residentes, instrumentando-os para a maior resolutividade de cada prática profissional. O *orientador de pesquisa* é o profissional convidado e/ou indicado pelo residente e aprovado pelo *Conselho de Ensino e Pesquisa do Programa*, para o acompanhamento do processo de investigação e reflexão sistemática desencadeado durante a residência e que estabelecerá a orientação e o acompanhamento do trabalho de conclusão. O orientador de pesquisa deve, preferencialmente, ser oriundo do corpo técnico-docente (orientador de campo, de núcleo ou técnico-docente) da instituição proponente, mantenedora ou conveniada. O *orientador técnico-docente* é o responsável pelas atividades de formação teórica dos residentes, a quem compete articular estratégias para a prática de reflexão, embasamento e aprofundamento conceitual a respeito das atividades e ações de gestão e

[5] A unidade de aprendizagem em serviço é a instância de serviço específico, componente dos vários locais credenciados de aprendizagem.

atenção à saúde. Os *apoiadores de ensino em serviço* são todos os trabalhadores de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes onde se desenvolve o *Programa* e têm papel de apoio instrucional, devendo reportar-se ao orientador de campo sempre que necessário. Essa nomenclatura reúne toda a ação docente-assistencial sob a designação "preceptores". Para os diversos serviços, programas e regulamentos entram em cena as designações preceptor e tutor, assim como a gestão de programas ganha a figura de núcleo docente-assistencial estruturante.

CONCLUSÕES

Toda a ação de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde retorna imediatamente à população na forma da qualificação do trabalho. A formação e o desenvolvimento em saúde estão afetos basicamente ao impacto na saúde coletiva e à efetividade do Sistema de Saúde. Tanto do ponto de vista técnico-operacional, como gerencial ou conceitual, a formação e o desenvolvimento objetivam à qualificação dos serviços prestados à população, à valorização e defesa da saúde individual e coletiva e à melhoria das condições de vida, incluindo-se esta política entre as demais que são determinantes para o alcance de altos níveis de desenvolvimento social e humano. Realizar a educação dos profissionais de saúde na montagem do projeto de Integralidade e Humanização é saber mudar e mudar-se, saber convocar o pensamento e a experimentação. A educação tem seu maior vigor nos efeitos de mudança na subjetividade, isto é, na aquisição de competências técnicas por um processo educativo, opera-se, também, processos de subjetivação. As vivências da *Residência Integrada em Saúde* passam por desenvolver possibilidades de apropriação subjetiva e coletiva de experiências de aprendizagem ética, técnica e institucional. O fato de ser pensada como espaço multiprofissional, de caráter interdisciplinar e de estabelecer a inserção da formação na gestão do Sistema e no exercício do controle social pelos *Conselhos de Saúde* amplia sua aproximação do projeto de integralidade e humanização. O projeto da integralidade da atenção à saúde, no tocante a formação e desenvolvimento profissional, implica restabelecer a interação ensino-gestão-serviço-controle social, tensionando os projetos de formação à melhor escuta das pessoas que recorrem/usufruem/usam aos/os serviços de saúde. A mudança nas práticas e a mudança na formação são duas faces do mesmo movimento de produção da atenção integral à saúde. A mudança nas práticas não se esgota na relação assistencial direta (a prestação dos cuidados terapêuticos), mas prolonga-se pela organização do processo de trabalho e qualidade da permeabilidade da rede de serviços e da gestão ao controle social e participação popular.

Cecílio (2001, p. 116) afirma que "[…] toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender a necessidades de saúde". Para o autor, esta escuta e correspondência às necessidades sentidas são mais importantes *que* "[...] a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente". Embora devamos ter claro que a integralidade da atenção pertence e deve pertencer ao conjunto do sistema de saúde, com acesso assegurado ao conjunto de tecnologias do cuidado de que se precise a cada situação, – como ressalva Merhy (1997) sobre o direito de melhorar e prolongar a vida –, bem como às relações intersetoriais da saúde com as demais políticas sociais, ela também é resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. Uma relevante novidade emergente da experiência é a oportunidade cotidiana da educação interprofissional e da prática colaborativa interprofissional. É por isso que precisamos gerar oportunidades dessa aprendizagem real: pensamento e experimentação *in actu*/*in loco* como a experiência de uma *Residência Integrada em Saúde*.

RESIDÊNCIA MÉDICA

LAURA CAMARGO MACRUZ FEUERWERKER

O que é: modalidade de formação em serviço, oficialmente considerada pela categoria médica como o melhor modo de formar especialistas. *Sua história:* a área da saúde foi pioneira na proposição da formação em serviço (na esteira, é claro, das corporações de ofício). Em 1848, a *Associação Médica Americana* propôs um sistema de instrução médica baseada no ensino clínico nos hospitais (ELIAS, 1987). No Brasil, as primeiras residências começaram no pós-guerra, em torno de 1945. Originalmente, a *Residência* previa um mergulho tão intensivo que os residentes moravam no hospital. Dedicação completa. Disponibilidade total. Vivência (de situações, cenas, relações), experiência (na construção do raciocínio clínico e no manejo de situações) e adestramento (sobretudo em técnicas, como as cirúrgicas) (ELIAS, 1987).

Os *Programas de Residência Médica* começaram a crescer e se multiplicar nos anos 1960/1970, juntamente com o *boom* da especialização e do assalariamento na medicina. O mercado de trabalho passou a contratar médicos pelas especialidades. No *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS), por exemplo, o principal empregador de médicos para a assistência à saúde antes da criação do *Sistema Único de Saúde*, os concursos não eram para "médico", mas para médico clínico, médico pediatra, médico ginecologista e assim por diante. Esse momento da história registrava grande competição no mercado de trabalho, intensificada pelo processo de assalariamento dos médicos a que se somava o fato de que a especialização por meio da residência agregava valor (COHN, 1980; DONNANGELO, 1975).

As *Residências Médicas* foram sendo produzidas dentro da lógica de cada especialidade, com as atividades que faziam sentido dentro de cada uma delas, como parte do processo de inserção dos médicos mais jovens nos grupos especializados. *Residências Médicas* também foram produzidas como parte do itinerário para adentrar certos nichos do mercado de trabalho pelas mãos do professor, do chefe da clínica, da liderança de especialidade. Por isso mesmo, *Residências Médicas* eram criadas e funcionavam dentro dos hospitais de domínio dos professores e dos chefes das clínicas. Ser chefe de um serviço que tinha residentes era sinal de prestígio. Então, a abertura de *Programas de Residência*

dizia respeito a razões internas à corporação, suas lógicas, relações de poder, prestígio e mercado, sem levar em conta as necessidades de saúde (SCHRAIBER, 1993; FEUERWERKER, 1998).

Depois de um período de expansão desordenada de programas, em plena ditadura militar, em que as mais estranhas relações eram admitidas – havia quem pagasse para trabalhar, quem trabalhasse de graça e quem recebesse para trabalhar; havia *Programas* bem organizados do ponto de vista da formação (em relação aos critérios de cada especialidade, é claro) e outros que eram puro trabalho sem formação –, os residentes entram em cena e criam outras pautas para a *Residência* (ELIAS, 1987). Em 1977, os residentes, já muito numerosos e organizados em associações por hospital, por estado e nacionalmente, entraram em greve. Reivindicavam regulamentação, tanto em relação aos aspectos didáticos, como em relação aos aspectos trabalhistas, já que eram profissionais formados, trabalhando (mas aprendendo também) (ELIAS, 1987).

Os residentes em seu movimento constituíram uma nova força, que discutia a *Residência Médica* a partir de dois eixos – o da aprendizagem e o do trabalho – e articulava o debate da formação com a proposição de um sistema nacional de saúde (MATTOS; MOURA, 1973; BACHA, 1975), ou seja, articulavam formação médica e necessidades de saúde e de políticas públicas de saúde. Nesse período, como parte da luta contra a ditadura, houve um importante investimento na construção de um movimento médico articulado com as lutas sociais e democráticas – a *Renovação Médica*. O movimento dos residentes era parte desse processo, por isso mesmo foram também participantes ativos do *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira* (ESCOREL, 1999). Em sua luta pela regulamentação, houve conquistas.

A *Residência Médica* foi oficialmente criada por meio de um decreto presidencial (BRASIL, 1977), que também criou uma *Comissão Nacional* no âmbito do *Ministério da Educação* (MEC) para regulamentar o processo, caracterizando-o como "formação em serviço", que fazia jus à remuneração por meio de bolsa[1]. Vitória parcial dos residentes ao conquistar o reconhecimento da dupla constitutividade da *Residência* – educação e trabalho – e, relativamente, de seus direitos nesses dois campos. Relativamente porque a carga de trabalho prevista é abusiva (60 horas) e, em função das relações hierárquicas, pouco espaço havia, e há, para contestações em relação à lógica do trabalho e da aprendizagem (FEUERWERKER, 1998).

Em relação à articulação da formação com as necessidades em saúde e com a construção de

[1] Importante relembrar que não havia o SUS, tampouco fundamento legal ao ordenamento da formação por este setor.

um sistema nacional de saúde, os residentes também tiveram uma conquista parcial. Nos primeiros anos de funcionamento da *Comissão Nacional de Residência Médica* (CNRM), houve a priorização da abertura de vagas nas áreas básicas (clínica médica, ginecologia-obstetrícia, cirurgia geral e pediatria), fundamentais para responder aos problemas de saúde mais frequentes, trabalhando nas unidades básicas e centros de saúde já existentes em vários lugares do país, mas, na sequência, proliferaram os *Programas* nas demais especialidades, sem conexão alguma com as necessidades de saúde.

Em relação à lógica da formação, prevaleceu sempre a força da corporação em sintonia com a lógica do mercado, incipiente em relação ao mercado de trabalho, mas em franco crescimento do ponto de vista da incorporação tecnológica no trabalho médico (FEUERWERKER, 1998). Isso se refletia na composição da CNRM, com representantes do *Ministério da Educação*, do *Ministério da Saúde*, do *Ministério da Previdência e Assistência Social*, das *Forças Armadas* e um representante de cada uma das principais entidades médicas: *Conselho Federal de Medicina*, *Associação Médica Brasileira*, *Associação Brasileira de Ensino Médico*, *Federação Nacional dos Médicos* (que reúne os sindicatos) e ~~a~~ *Associação Nacional dos Médicos Residentes*. Cinco a quatro para as entidades de corporação (BRASIL, 1977). Nada a estranhar, afinal a *Residência* tinha sido – e seguiria sendo – construída por dentro da lógica da corporação médica, segundo seus preceitos e necessidades, sempre em sintonia com o mercado. Só que, a partir da regulamentação, por conta da reivindicação da remuneração, da importância dos residentes na prestação de serviços nos principais hospitais públicos do país e do poder da corporação, a *Residência* ganhou um estatuto de política de formação e passou a ser regulamentada pela *Comissão Nacional*, o *Ministério da Educação* se responsabilizando pelo pagamento das bolsas. Claro que havia o risco de um efeito colateral: os Ministérios poderiam eventualmente desejar sintonizar a *Residência Médica* com alguma outra política (educacional ou de saúde), mas o MEC estava bem afinado com as entidades médicas e ainda não havia o SUS, portanto, esse combate demorou a ser iniciado (FEUERWERKER, 1998).

A existência da *Residência Médica* cumpria vários propósitos por dentro da corporação médica, para os hospitais e para o mercado privado da saúde, mas também evidenciava um conceito fundamental dentro da formação médica: o de que a prática era decisiva no processo de formação médica (tanto em termos da prática profissional como da categoria). Não por outra razão, ainda durante a graduação, as práticas já ocupavam lugar importante, sobretudo no final dos cursos – o internato (“estágio curricular”) nessa época já era obrigatório para os cursos médicos, com duração ao menos de um ano. Nas melhores escolas, já havia internato com dois anos de duração, realizado com

a mesma lógica da *Residência*: mergulho intensivo, dedicação total, quase sem férias. Essa prática profissional, na *Residência Médica*, construída na convivência com os mestres e sob a mais rígida hierarquia, incluía não só a formação técnica e científica, mas também a formação ética dos futuros especialistas. Padrões de exercício profissional eram assim reafirmados e transmitidos, designa-se aí o chamado "padrão ouro" (SOUZA, 1985; FEUERWERKER, 1998).

Assim, durante um longo período, os médicos foram a única categoria profissional a ter seu processo interno de reprodução transformado em política, financiado nacionalmente com recursos públicos e sob controle da corporação (FEUERWERKER, 1998). Vamos dizer que a força que se apropriava do tema *Residência* era o modelo médico-hegemônico, produzindo como valor a formação hospitalar orientada para o mercado. Depois da criação do SUS, especialmente depois do investimento na expansão da *Atenção Básica* via *Saúde da Família*, o problema do desencontro entre a formação dos profissionais de saúde, principalmente os médicos, e as políticas e necessidades do SUS começou a ser reconhecido pelos gestores da saúde. Ênfase no "pelos gestores", pois já havia outros segmentos mobilizados e batalhando por mudanças na formação nos espaços locais e também para tornar esse um objeto de políticas (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; FEUERWERKER, 2002). O problema em relação aos médicos e à *Saúde da Família* não era pequeno, nem de simples resolução. Como vimos, o processo de especialização via *Residência Médica* estava orientado pela própria corporação. Para o trabalho na *Atenção Básica* produzia clínicos, pediatras e gineco-obstetras. Essas eram, juntamente com a cirurgia geral, as especialidades "básicas", com inserção no SUS, mas também na saúde suplementar. Ora, a *Saúde da Família* pedia um profissional inexistente no mercado brasileiro: o médico de família, e não foram poucos os problemas enfrentados pelas equipes em função do despreparo dos médicos para esse papel (e também dos enfermeiros, mas o dos médicos chamava muito mais atenção).

Em 2003, no início do governo Lula, foi criada, no âmbito do *Ministério da Saúde*, a *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde* (SGTES), marcando a decisão política de dar alguma resposta a dois campos de problemas ainda não tratados na construção do SUS: o tema dos planos de carreira, cargos e salários para os trabalhadores do SUS e o tema da formação para o SUS. Essa secretaria estava organizada em dois Departamentos: *Departamento de Gestão da Educação na Saúde* (DEGES) e *Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde* (DEGERTS) (BRASIL, 2004b). O DEGES foi marcado pela decisão de produzir políticas em diálogo com muitos atores externos ao *Ministério da Saúde*, com maior potência de agenciamento de estudantes, docentes, trabalhadores e

movimentos sociais do que dos gestores do SUS de modo geral, embora houvesse esforços nesse sentido (REZENDE, 2013; FEUERWERKER, 2014). As relações com a *Comissão Nacional de Residência Médica* eram bastante difíceis. Não havia permeabilidade para adoção de qualquer medida regulatória, que promovesse reorientação da expansão das *Residências Médicas* no sentido das necessidades do sistema de saúde. Abrir novas vagas com critério de necessidade, localizar programas nos lugares do país que mais precisavam destes ou daqueles especialistas, diversificar os cenários de práticas durante a formação etc. Nenhuma dessas propostas era bem recebida pelas entidades da corporação. Nada a estranhar, considerando o domínio total da categoria sobre a *Residência Médica*, até então, e o papel estratégico que esse processo formativo cumpre na conformação da lógica corporativa e de mercado. O MEC pendia mais para o lado dos médicos, em função de uma infinidade de relações e elos políticos construídos ao longo do tempo.

No *Ministério da Saúde*, a equipe do DEGES só acumulou finalmente forças para fazer algum enfrentamento mais efetivo em relação às resistências do MEC quando conseguiu, a partir de um estudo preliminar sobre as necessidades de especialistas médicos no Brasil, apresentar o problema da falta de médicos especialistas e de sua má distribuição de forma inequívoca (BRASIL, 2005; FEUERWERKER, 2006). A partir desse estudo e de outros que vinham sendo realizados, foi também possível formular uma proposta de provimento de médicos por meio da abertura descentralizada de *Programas de Residência* em todo o país que, juntamente com outras proposições relacionadas à formação de graduação em medicina, compunham uma proposta de "serviço civil" (BRASIL, 2005, 2005b, 2005f, 2005g). Essa última proposta respondia a um tema considerado prioritário pela Presidência da República, que, desde o início do governo, pautava a necessidade de se criar algum tipo de serviço civil obrigatório para enfrentar a dificuldade do provimento de médicos.

A partir da troca de ministro da saúde em julho de 2005, houve mudanças na orientação política da SGTES. Todas as medidas que haviam sido aprovadas no âmbito da *Comissão Nacional de Residência Médica* no sentido da ampliação e descentralização dos programas de residência, com ênfase nas prioridades identificadas pelo SUS, ficaram congeladas (embora nunca revogadas). O tema da *Residência Médica* só voltou a ser pautado vários anos depois, em 2009, quando foi criado o *Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência* (BRASIL, 2009; FEUERWERKER, 2014).

Um paradoxo atual: vale ressaltar que foi a partir desse movimento iniciado em 2005, retomado com o *Pró-Residência* e radicalizado com o *Programa Mais Médicos* (PMM), de 2013, que

previu a expansão intensiva da *Residência Médica*, inclusive favorecendo a abertura de *Programas* por parte dos municípios, que a *Residência Médica*, importante para a formação de especialistas, passou a ser estratégica ao provimento de profissionais para o SUS, segundo as necessidades dos municípios e com financiamento federal (bolsas pagas pelos *Ministérios da Saúde* e da *Educação*).

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Carla Cristiane Freire Corrêa
Liara Saldanha Brites
Cristianne Maria Famer Rocha
Juliana Tavares Ferreira

Em 1976, foi criada no Brasil, pela *Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul* (SES/RS), junto à *Unidade Sanitária São José do Murialdo*, a primeira *Residência Médica em Medicina Comunitária* (Saúde Comunitária). Sua proposta incluía formar profissionais com uma visão integrada entre clínica médica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para a atenção resolutiva às necessidades de saúde da comunidade. Dois anos depois, a *Residência* do *Murialdo* se tornou multiprofissional (BRASIL, 2006c). Inaugura-se, assim, a *Residência Multiprofissional em Saúde* (RMS), uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, cuja finalidade é desenvolver competências dos profissionais de saúde para o trabalho no *Sistema Único de Saúde* (SUS), segundo Nascimento e Oliveira (2010). É uma alternativa potente para promover mudanças nas práticas em saúde, de forma a favorecer um trabalho com trocas de saberes e experiências, uma formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

As RMS tiveram sua regulamentação a partir da promulgação da *Lei nº 11.129* de 2005. São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem distintas profissões da área da saúde: ciências da saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Saúde Coletiva e Terapia ocupacional), ciências biológicas (Biologia e Biomedicina), ciências agrárias (Medicina Veterinária), ciências humanas (Psicologia), ciências exatas (Física e Física Médica) e ciências sociais aplicadas (Serviço Social), dentre as atuais profissões com vaga nas residências. Os *Programas de Residência* se propõem a dar conta de uma carência que ainda existe nas formações em saúde, no âmbito da graduação, onde os conteúdos e competências são fragmentados e não condizem com a realidade em que vivemos e as necessidades que se fazem presentes na saúde da população usuária. A estrutura de formação que a *Residência* oferece nos coloca diante de uma aposta que certamente

fará a diferença na formação dos profissionais de saúde. De acordo com Nascimento e Quevedo (2008, p. 48):

> É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltada para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolam o âmbito puramente científico/clínico.

Os *Programas de Residência* são desenvolvidos no regime de Dedicação Exclusiva, com carga horária mínima de 5.760 horas, 60 horas por semana (BRASIL, 2006c). Considerando-se as premissas do SUS, almejam-se profissionais de saúde capazes de exercer o cuidado de forma integral, agregando ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, com foco para além do indivíduo, atentando para indivíduos, família e comunidade, de forma humanizada e acolhedora. A potencialidade dos Programas de RMS rompe com o paradigma tradicional da formação dos profissionais em saúde e de suas práticas e aposta na formação em serviço de forma multiprofissional, interdisciplinar, dinâmica e atenta às questões socioeconômicas e culturais da população, com abertura para a participação social e para o trabalho em equipe, qualificando as formas de cuidado em saúde que queremos.

Para que efetivamente a *Residência* cumpra seu papel e possa atuar de forma potente para a formação em saúde, é necessária uma dinâmica de constante reformatação e ressignificação de condutas pedagógicas pelo tutor que, nesse contexto, atua como orientador no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, pelo preceptor, que atua como supervisor por área específica de atuação ou de especialidade profissional, e pelo residente, que é considerado um estudante-trabalhador que desenvolverá ações de ensino-aprendizagem-trabalho nos serviços de saúde (BRASIL, 2005a). A reformatação e ressignificação de condutas pedagógicas nas *Residências* é algo inovador e desafiador, pois imprime, no mundo do trabalho em saúde, no cotidiano das equipes, uma outra lógica de atuação. A saber, uma lógica de constantes questionamentos, reflexões e novas proposições sobre o processo de trabalho e sobre as relações que se estabelecem entre os integrantes da equipe e com o usuário do serviço de saúde. Coloca-se em suspenso os saberes e práticas naturalizadas, assim como a relação com o território, para pensar o contexto daquele lugar, as histórias de vida, numa perspectiva de construção conjunta de novas possibilidades de atuação e de relacionar-se que estejam implicadas com a produção de autonomia e empoderamento de todos os sujeitos que fazem parte desse processo (PASINI; GUARESCHI, 2010).

Assim, um *Programa de Residência* deve estar afinado e atuando conforme a *Educação Permanente em Saúde* (EPS). E, para isso, a contínua reformatação e ressignificação de condutas pedagógicas é essencial de modo a garantir a processualidade nas relações de trabalho e entre os trabalhadores. Viver o processo dinâmico da *Residência* de forma criativa, humanizada, crítica e reflexiva, estar aberto ao diálogo e à construção coletiva é fundamental para esses atores que compõem o cenário de uma *Residência em Saúde*. A aposta é por espaços múltiplos e coletivos, com ideias, serviços e pessoas que sejam autores da construção do modelo de atenção à saúde disposto no SUS. A formação dos profissionais da saúde precisa estar pautada em novas tecnologias de cuidado à saúde, com reflexão acerca do processo de trabalho cotidiano, nas trocas, no acolhimento, na escuta. A *Residência* tem potência suficiente para instrumentalizar as práticas profissionais nos serviços de saúde e formar profissionais atentos a esse caráter mais amplo e holístico do ser humano. A *Residência*, com sua formação coletiva de trabalho, acredita na constituição do sujeito como profissional, a partir de suas vivências e desejos, e traz possibilidades fabulosas para o crescimento profissional e pessoal de quem passa por tal processo de formação.

SELEÇÃO

Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz
Sandra Costa Prudente

Objetiva-se verificar os aspectos mais relevantes que qualificam ou tornam mais vulneráveis os editais dos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde* – multi e uniprofissionais, por meio de discussão reflexiva relacionada aos artigos consultados e aos marcos legais. Pretende-se detalhar o uso do edital em processos seletivos públicos às *Residências* e a relevância de, ao se cumprir os preceitos legais, as instituições proponentes atentarem para a inserção de informações que lhes garantam mais segurança e ao candidato, assim como mais isonomia dos processos seletivos uns com os outros. Ressalta-se que o *Edital* é o documento de regulação da seleção, usado para ordenar todas as informações pertinentes às condições de oferta dos *Programas*, esclarecimento quanto às áreas de concentração, necessidade de pré-requisitos, número de vagas, tempo previsto de duração, condições de frequência e modelo de certificação. A quantidade de vagas abertas e seus requisitos, critérios de aptidão ao concurso pelas vagas, oportunidade de interposição de recursos em face do *Edital*, bem como as instruções específicas referentes à bolsa, conteúdo das provas e paradigma de correção, além de outros dados que se tornam condição para assegurar a qualificação do processo e evitar possíveis vieses que fragilizariam a seleção.

Edital é um substantivo masculino, que vem do Latim *edictum* e significa "proclamação, ordem legal". O particípio passado é *edicere*, "proclamar". Sua função é dar ciência, por meio de um instrumento legal e de forma escrita, amplamente acessível à população, de comunicados de ordem oficial, sejam: avisos, discriminações, citações, anúncios, divulgações. É o documento que faz a comunicação de uma resolução oficial de interesse geral (público), objetivando concursos públicos, editais de contratos, editais de exoneração, editais de licitação de obras ou serviços, entre outros. O edital deve servir a que todos os atos que regem o concurso público sejam seguidos.

PROLEGÔMENOS

O edital não é apenas o instrumento que convoca os candidatos interessados em participar do certame, dele devem constar todas as regras que poderão ser aplicadas ao concurso a que se destina. É o instrumento que vincula, reciprocamente, a instituição proponente de *Programas de Residência* e os candidatos, nos ditames por ele fixados. Todavia, por se tratar de ato normativo deve obediência aos princípios constitucionais e legais. Deve estar pautado pelo direito, e não meramente pela lei em sentido formal. A seleção pública para o preenchimento das vagas para os *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde* – modalidades *Uni* e *Multiprofissional*, destina-se a profissionais de saúde brasileiros graduados no Brasil, bem como brasileiros e estrangeiros portadores de diploma revalidado por instituições credenciadas pelo *Ministério da Educação* (MEC), de acordo com as normas da *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS), na conformidade da legislação pertinente em vigor, e as instruções especiais, parte integrante de cada *Edital* (BRASIL, 2012a).

Em referência aos *Editais* normatizados pela *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS), esclarecemos os itens obrigatórios: (1) instruções para preenchimento do formulário de inscrição; (2) local de inscrição; (3) valor e forma de pagamento da taxa de inscrição; (4) período, data e horário de início e encerramento das provas; (5) alerta sobre ler e aceitar o edital; (6) período de matrícula e requisitos à matrícula; (7) data de início do Programa. O processo somente poderá ocorrer a partir da publicação do *Edital*, incluindo uma etapa eliminatória: prova teórica, formada por questões de conhecimento do *Sistema Único de Saúde* (SUS), das políticas públicas de saúde, do perfil de saúde da população brasileira (epidemiologia, demografia e cultura), mais as questões pertinentes ao conhecimento da área de concentração, essas podendo ser abrangentes apenas do campo ou abranger o campo e o núcleo profissional, neste caso, uma prova diferente para cada categoria profissional com vaga na residência (podem ser 2 cadernos de provas, por exemplo).

Cada programa pode eleger a inclusão de prova prática, prova de títulos e arguição de memorial ou currículo. Não devem haver instrumentos subjetivos de avaliação. A afronta a qualquer princípio, em razão de sua indiscutível carga normativa, é entendida como desrespeito ao princípio da legalidade em sentido amplo. Para não ser restritivo, o edital só poderá prever obstáculos estritamente relacionados com a natureza e as atribuições das funções a serem desempenhadas na Residência e para o acesso à formação sob a forma de treinamento em serviço sob supervisão. Deve-se alertar que a prova de títulos pode ser mais contraproducente que sua não utilização, pois o melhor

candidato à residência não é o profissional mais titulado, mas justamente o recém-graduado, o mais jovem, aquele com menos qualificações para o ingresso e disputa de vagas no mercado de trabalho. A entrevista, quando usada, deve limitar-se à arguição do currículo e, eventualmente, ao memorial descritivo que acompanhe o currículo (relativo ao mesmo, não aos interesses pela Residência, esses estão na adesão ao *Edital*). Qualquer instrumento avaliativo requer planilha de pontuação a ser disponibilizada em caso de recurso à revisão/reconsideração interposto pelo candidato.

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO

Para ingressar nas *Residências* [...] *em Área Profissional da Saúde*, o candidato deve ter aprovação em processo seletivo público, realizado pela instituição que ofereça essa modalidade de curso de especialização (treinamento em serviço sob supervisão). Para o ingresso, são requisitos mínimos: (1) ter diploma de graduação ou comprovante equivalente, atendendo às carreiras previstas pela CNRMS; (2) estar inscrito no conselho profissional correspondente, se profissão regulamentada e com prerrogativas de lei do exercício profissional; (3) dedicar-se exclusivamente ao curso (não estar em qualquer outro exercício ocupacional durante a frequência ao Programa de Residência).

A *Residência em Área Profissional da Saúde* tem duração de 02 anos, com carga horária total de 5.760 horas, organizada em atividades teóricas, teórico-práticas e práticas, distribuídas em 60 horas semanais. O residente tem direito a uma folga semanal; 30 dias consecutivos de férias por ano, que podem ser fracionadas em dois períodos de 15 dias. Os *Programas de Residência* devem ser desenvolvidos com 80% da carga horária total sob a forma de atividades práticas e teórico-práticas e 20% sob a forma de atividades teóricas, contando com a supervisão de um preceptor (supervisor/apoiador na assistência) e um tutor (supervisor/apoiador nos conteúdos epistemológicos).

Os residentes recebem uma bolsa, financiada pelo *Ministério da Educação* (MEC) ou pelo *Ministério da Saúde* (MS). Aquelas do MEC são exclusivas para as instituições ligadas ao MEC e aquelas do MS às instituições do SUS. O valor da bolsa é definido pelo Governo Federal por meio de portaria interministerial, o valor acompanha a remuneração dos servidores públicos federais. Os residentes são considerados pelo INSS como contribuintes individuais, sendo retido na fonte 11% do valor da bolsa a título de contribuição previdenciária compulsória. O Auxílio Moradia é um benefício concedido por algumas instituições proponentes (universidades, secretarias estaduais ou municipais de saúde). O valor do Auxílio Moradia é estabelecido pela própria instituição proponente, em geral por percentual da bolsa.

O critério de seleção estará a cargo de cada Instituição Proponente, que definirá no *Edital* de seleção pública como ocorrerá seu processo seletivo (etapas, tipos de provas, pesos). A instituição responsável pelo *Programa de Residência* deverá assegurar ampla publicidade ao seu Edital. O conhecimento de língua estrangeira pode ser um requisito a critério de cada instituição, porém, não é de praxe esse requisito nos *Editais* para seleção aos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde*. As taxas de inscrição não são regulamentadas quanto à prestação de contas. A finalidade de cobrança de taxa de inscrição em processo seletivo é para o seu próprio custeio (pagamento de bancas de elaboração da prova e correção de questões dissertativas ou avaliação de desempenho em provas práticas, impressão das provas, aluguel de salas para o dia de provas etc.). A utilização e a prestação de contas seguem as normas de cada instituição/órgão financiador (BRASIL, 2011b). Um alerta importante é relativo ao sigilo absoluto sobre as questões de prova (elaboração, formatação, impressão, conservação dos impressos até o dia de realização da prova, por exemplo).

EDITAL DO PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

As *Diretrizes Gerais para os Programas de Residência* [...] *em Área Profissional da Saúde* foram estipuladas pela *Resolução CNRMS nº 2*, de 13 de abril de 2012, bem como sugestões que asseguram a qualificação do processo seletivo e evitam possíveis vieses que fragilizariam a seleção. Nas instruções da realização do processo seletivo, devem constar quais e quantas fases serão realizadas. Geralmente, a primeira fase descreve como será a prova objetiva, se de múltipla escolha ou descritiva; se presencial ou à distância, realizada via web; com questões objetivas e/ou dissertativas, data, horário de início (preferencialmente, com referência ao horário de Brasília) e duração.

Os *Programas* devem oferecer os recursos que se façam necessários ao modelo seletivo utilizado. Como exemplo: fornecimento e utilização de canetas ou calculadora científica durante a realização da prova e o que não será permitido. Faz-se especial alerta para horários e procedimentos do fechamento dos portões dos locais de prova, não sendo permitida a entrada de candidato após o fechamento dos portões. Nota-se que, tendo em vista a possibilidade de questões técnicas específicas, registra-se, no *Edital*, que poderá haver a necessidade de alterar a data, horário ou local da prova, e que, nesses casos, os candidatos serão informados com antecedência sobre a nova data, horário e local para realização da prova (BRASIL, 2012a). Considera-se, como informação fundamental, o(s) endereço(s) do(s) local(is) de aplicação das provas que, preferencialmente, deve(m) ser divulgado(s) até 15 dias antes da data prevista para aplicação das provas. O *Edital* deve conter também os dados referentes à conduta dos candidatos para a prova objetiva, com relação ao

documento obrigatório de identificação com foto, como RG, Carteira Profissional, CNH válida, Carteira de Trabalho da Previdência Social, entre outros (BRASIL, 2012a).

Além disso, é necessário incluir, no Edital, informações pertinentes à discriminação e ao detalhamento das fases e do tipo de prova, por exemplo, se for objetiva de múltipla escolha, é necessário esclarecer o peso e o quanto corresponde à porcentagem da nota, se será avaliada na escala de 0 (zero) a 100 (cem). Importante advertir se a prova será composta por questões de múltipla escolha, relacionadas ao Programa/Especialidade escolhido, para cada modalidade uni ou multiprofissional, ou se composta por questões dissertativas. Como exemplos: (1) na Modalidade Uniprofissional, em Programa/Área de Concentração em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Centro de Material e de Esterilização, a prova terá 15 questões de conhecimentos específicos na área profissional da formação e 15 questões de saúde coletiva; (2) na Modalidade Multiprofissional, no Programa/Área de Concentração em Cuidado ao Paciente Oncológico, a prova terá 10 questões de conhecimentos específicos da área profissional da formação, 10 questões de saúde coletiva e 10 questões para o núcleo profissional: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia.

Nota-se que o *Edital* deverá informar como os candidatos serão considerados habilitados à segunda fase, caso tenha. Como exemplo, se os candidatos serão ordenados segundo a pontuação obtida, e quais critérios para não serem classificados para a segunda fase, mesmo que atendam aos requisitos de aprovação, ou seja, os candidatos que obtiverem nota da prova superior a 50% de acertos, como ponto de corte. Após a divulgação dos resultados da primeira fase, descreve-se como a segunda fase do processo seletivo será realizada e em quantas etapas, apresentando seus detalhamentos, como prova prática e arguição de memorial e/ou *curriculum vitae*, conforme o caso (BRASIL, 2012a).

Para cada etapa, conforme informado na Primeira Fase, devem ser descritas as datas, os horários, a duração e o local onde serão previamente agendadas as provas práticas, bem como onde será divulgada a publicação dos agendamentos, e o local de arguição e forma de entrega do *curriculum vitae* para análise. Se a prova objetiva se mede por número de acertos, todas as demais etapas requerem boletins de desempenho, acompanhado do paradigma de respostas a ser considerado. Caso haja especificidades de algum *Programa*, deve-se fazer a descrição minuciosa para que não ocorram possíveis dúvidas para o candidato (BRASIL, 2012a). É fundamental registrar no Edital qual o peso e porcentagem correspondente de cada etapa, por exemplo, a arguição de *curriculum vitae* terá peso 1, e corresponderá a 10% da nota, de acordo com os critérios e pesos a

serem considerados. Na Análise do *curriculum vitae,* serão considerados por exemplo 70% referentes à participação em atividades extracurriculares relacionadas à área de concentração do *Programa*, realização de estágios supervisionados e pesquisa científica, envolvimento junto às instâncias de gestão ou de controle social em saúde e em educação; conhecimento de línguas estrangeiras. Na arguição do *curriculum vitae*, serão considerados, nesse exemplo, 30% pela coerência com o *curriculum vitae* apresentado, postura, clareza, sociabilidade; objetividade; capacidade de autoavaliação (pessoal e profissional). É recomendável que a arguição seja avaliada em escala de 0 a 100 (BRASIL, 2012a).

Salienta-se que cada *Edital* deverá expor os Requisitos obrigatórios para os dias das provas, como exemplo: (1) apresentação de documento com foto, válido e que bem o identifique, ou em caso de impossibilidade, por motivo de perda, roubo ou furto, apresentar documento que ateste o registro da ocorrência em órgão policial, expedido há, no máximo, 30 dias, quando será submetido à identificação com coleta de assinaturas e de impressão digital em formulário próprio; (2) responsabilização do candidato em consultar os locais de realização das provas, não cabendo ao *Programa* qualquer confirmação de inscrição ou de indicação do local da prova objetiva; (3) durante a realização das provas, não será permitida consulta ou comunicação entre os candidatos nem a utilização de quaisquer anotações ou aparelhos de telecomunicação ou outros similares e acessórios como relógio, pulseiras, anéis e correntes. Os pertences do candidato deverão ser mantidos guardados em saco plástico lacrado e com todos os equipamentos eletrônicos desligados. Orientar para que os candidatos não portem objetos metálicos no dia da prova; (4) não haverá repetição de provas ou segunda chamada; (5) o candidato deverá comparecer em local, horário e data preestabelecidos sob pena de ser excluído do processo seletivo, e não poderá alegar desconhecimento como justificativa de ausência e o não comparecimento às provas, qualquer que seja o motivo, caracterizará desistência do candidato e resultará em sua eliminação do processo seletivo; (6) não responsabilização do *Programa* por perda ou extravio de documentos ou objetos de candidatos ocorrido no local de realização das provas nem por danos neles causados. Podem ser detalhadas outras orientações específicas, conforme critérios de cada *Programa*.

O *Edital* deverá apresentar como será a classificação final e a divulgação dos resultados, com data e local para consulta, informando a pontuação final dos candidatos habilitados e os cálculos de pontuação referentes ao julgamento e à classificação dos candidatos. Em caso de igualdade da pontuação final, deverá esclarecer o critério de desempate (BRASIL, 2012a). O *Edital* tem que registrar

quais são os critérios de recursos e seus prazos, detalhando quando serão considerados ou não para análise, desde as datas, local e a forma de protocolo e como serão analisados por comissão da banca examinadora, que constitui última instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais. Deverá conter também o prazo de resposta da comissão da banca examinadora após a data de interposição de recursos e a divulgação final dos resultados após recursos, publicando os resultados (BRASIL, 2012a).

A fim de reafirmar e esclarecer todas as informações do *Edital*, é recomendável que, ao final, se faça um resumo dos conhecimentos mais relevantes da matrícula, tais como: (1) horários; (2) local de realização; (3) documentos exigidos (no que for aplicável), inclusive para candidatos graduados no exterior; (4) critérios do não comparecimento para matrícula no dia e na hora estipulados ou a ausência de quaisquer documentos estipulados, o que implicará na desistência do candidato, ou manifestação formal de desistência, e assim procederá de maneira sucessiva até o preenchimento das vagas; (5) a bolsa de estudo a ser paga ao residente será no valor determinado por Portaria Interministerial, subsidiada e administrada pela Instituição Proponente, de acordo com a legislação vigente na data de publicação do edital; (6) como as bolsas serão depositadas mensalmente em conta corrente de titularidade do residente, a ser aberta em agência indicada pela proponente, mediante assinatura do contrato de bolsista no ato da matrícula (BRASIL, 2012a).

Nas disposições finais, é importante conter as informações que judicialmente assegurem às partes quaisquer lides. O ato da inscrição do candidato implicará o conhecimento das instruções e a aceitação tácita das condições da seleção, acerca das quais não poderá alegar desconhecimento. São litígios mais recorrentes: (1) candidatos brasileiros com curso no exterior ou candidatos estrangeiros (para o exercício como profissional de saúde residente se requer a autorização de exercício profissional do País); (2) inexatidão das afirmativas ou irregularidades de documentos (mesmo que verificados posteriormente, acarretarão a nulidade da inscrição, a desqualificação do candidato e o cancelamento da matrícula, com todas as suas decorrências, sem prejuízo das demais medidas de ordem administrativa, civil e criminal); e (4) cálculos da pontuação. Itens do edital poderão sofrer eventuais alterações, atualizações ou acréscimos, sendo de responsabilidade do candidato acompanhar eventuais alterações, atualizações ou acréscimos. Ocorrências não previstas no *Edital* serão resolvidas a critério exclusivo e irrecorrível da banca examinadora. Os casos omissos serão resolvidos pela *Comissão de Residência Multiprofissional* (COREMU) da Instituição Proponente, de acordo com as normas previstas em seu regulamento, e pela *Comissão Nacional de Residência*

Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Todo *Edital* se encerra com a identificação do município/ unidade federativa, data e responsável pela *Comissão de Residência Multiprofissional* (COREMU) da Instituição Proponente (BRASIL, 2012a).

Nota importante: cada vaga é por categoria profissional e por programa de especialidade. Em cada Programa, em caso de restarem vagas por categoria profissional não preenchida ou programa de especialidade não preenchido, após a primeira chamada para a matrícula, ocorrerá o chamamento dos candidatos aprovados, por ordem de classificação, até o último aprovado, de modo que sejam preenchidas todas as vagas apresentadas. As chamadas seguintes para a matrícula podem ocorrer até o período máximo de 30 dias, no caso de vacância por abandono ou desistência de candidato matriculado em cada Programa, considerando as vagas por categoria profissional ou programa de especialidade. Recomenda-se, aqui, a utilização da versão de Edital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul:

> [...] até o prazo máximo de 30 dias, no caso de ainda restarem vagas após o chamamento do último candidato aprovado em cada Programa, considerando as vagas por categoria profissional e por programa de especialidade, será procedida nova chamada para o preenchimento de vagas aos candidatos aprovados nas demais categorias profissionais e programas de especialidade dos respectivos *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde*, respeitado os critérios de nota e de alternância das profissões ou especialidade.

PERFIL DOS PROFISSIONAIS QUE INGRESSAM EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

O Projeto Pedagógico de Residência é orientado pelo desenvolvimento de prática multi e interprofissional, interdisciplinar e no campo de conhecimento da área profissional correspondente (área de ênfase, temática ou de concentração), integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, considerar que: I. o programa deverá ser constituído por, no mínimo, três profissões relativas ao trabalho na saúde; II. as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas devem ser organizadas por: (a) um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; (b) um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do *Programa*; (c) eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional (BRASIL, 2012a).

Quanto ao perfil dos profissionais que ingressam em *Programas de Residência*, estudos mostram predominância do sexo feminino, estado civil solteiro, faixa etária entre 20 e 30 anos e pouca experiência profissional prévia, possuindo, no máximo, até dois anos de formado (GOULART *et al.*,

2012; ZANONI *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2016). É válido ressaltar que o candidato, graduando ou recém-formado, pode e deve construir sua trajetória para chegar à *Residência em Saúde* e se preparar para o processo seletivo, que é realizado em etapas. É imprescindível que tome conhecimento dessa modalidade de especialização, das vagas disponíveis e das áreas do conhecimento priorizadas. Não foram encontradas pesquisas que avaliassem o processo seletivo de Programas de Residência, todavia um estudo avaliou o grau de informação dos estudantes de medicina a respeito da importância das atividades extracurriculares para o ingresso em um *Programa de Residência Médica*, encontrando-se um grau de informação médio e baixo em 89,76% dos entrevistados, sendo que a maioria buscou informações sobre o processo seletivo por colegas do curso (49,20%). Quanto à procura ativa de informações sobre a seleção: 56,17% não procuraram (CHEHUEN NETO *et al.*, 2012). Em relação ao desempenho acadêmico, 8,92% relataram possuir curso de inglês com certificado, 45,41% realizaram monitorias e 9,42% possuíam publicações em revistas indexadas (CHEHUEN NETO *et al.*, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação é fundamental em todos os sistemas de ensino, promovendo transformações e validando o processo de ensino e aprendizagem (TOFFOLI; FERREIRA FILHO; ANDRADE, 2013). O modelo atual de avaliação curricular dos *Programas de Residência Médica* e *em Área Profissional da Saúde* é complexo e detalhista, podendo abrir brechas para diferentes pontuações para um mesmo item do currículo (CHEHUEN NETO *et al.*, 2012). A concepção, a publicação e a execução do *Edital* para o processo seletivo de um *Programa* deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. É um instrumento fundamental para a consolidação dos *Programas*, devendo conter informações claras sobre objetivos, etapas, datas, critérios, recursos e documentação necessária. O processo seletivo para um *Programas de Residência* deve seguir as normas vigentes, com o intuito de garantir a transparência e a isonomia durante o processo avaliativo. Para tanto, há uma tendência de unificação do processo de seleção dos profissionais, tanto nos *Programas de Residência Médica*, quanto nos *Programas de Residência Área Profissional da Saúde*, nos moldes do *Exame Nacional do Ensino Médio* (ENEM). Ressalta-se, como exemplo, que os *Processos Seletivos Unificados de Residências Médica e em Área Profissional da Saúde – Uni e Multiprofissionais* já vêm ocorrendo em várias unidades federativas do país: em 2017, a proposta unificada ocorreu em Goiás, pela *Secretaria de Estado da Saúde de Goiás*; em Minas Gerais, pela *Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais*; no Rio Grande do Sul e Santa Catarina, pela *Fundação Universidade Empresa de Tecnologia e Ciências* (FUNDATEC); em Alagoas, organizada pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG); no Maranhão,

pela Fundação de Apoio da Universidade Federal do Maranhão. Essa proposta tem como argumento viabilizar uma distribuição geográfica mais proporcional de profissionais de saúde entre as regiões do Brasil, padronizar a qualidade da avaliação entre as instituições participantes e, ainda, servir como base para avaliar os cursos de graduação na área de saúde (TOFFOLI; FERREIRA FILHO; ANDRADE, 2013).

No que se refere à distribuição de bolsas, tem-se instituído a proporcionalidade de concessão por regiões, sendo 75% para Nordeste, Norte e Centro-Oeste, incluindo Distrito Federal, e 25% destinadas às regiões Sul e Sudeste, nos últimos editais de financiamento, objetivando-se contribuir para o aumento de vagas em regiões com menor acesso à *Educação Permanente em Saúde* e menor número de *Programas de Residência Multiprofissional* (BRASIL, 2017c). Os aspectos mais relevantes que qualificam ou tornam mais vulneráveis os *Programas de Residências* são os processos seletivos, bem como a integração entre os *Programas de Residência* e destes com as graduações em saúde. As Instituições Proponentes devem atentar para a tendência da unificação e elaboração de *Editais* que explicitem e detalhem as etapas e critérios dos processos seletivos públicos, para que se cumpram os preceitos legais, garantam isonomia às Instituições Proponentes e autonomia aos candidatos.

SEMINÁRIO DE CAMPO

Virgínia de Menezes Portes
Giovanna Carvalho de Oliveira
Stefania Rosa da Silva

O *Seminário de Campo* é um *espaço* teórico-prático *da Residência* baseado na participação coletiva, tendo como protagonistas os trabalhadores, gestores, residentes e demais atores que compõem o cotidiano do trabalho em saúde. A proposta, que também pode ser vista como uma ferramenta potente na participação de diferentes sujeitos, é disparadora de processos de aprendizagem baseados em problematizações dos processos de trabalho, capaz de convidar os trabalhadores para pensar sobre os mecanismos de gestão compartilhada, permitindo, assim, a análise crítica e coletiva e sendo mecanismo potente para a execução da *Política de Educação Permanente em Saúde*.

O enfoque da *Educação Permanente em Saúde* representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de formação dos trabalhadores dos serviços. Preconiza a incorporação do ensino e do aprendizado à vida cotidiana das organizações, a problematização do próprio fazer, a colocação das pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento, a abordagem da equipe como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar e ampliação de espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes, associações e ações comunitárias (BRASIL, 2007b).

O conceito problematizador, utilizado na educação permanente em saúde, tem como ponto de partida a produção de conhecimentos a partir de reflexões que emergem das experiências diárias do trabalho. Identificar o *Seminário de Campo* como peça fundamental na mobilização da equipe para esse processo pode significar uma ferramenta importante na constituição da comunicação entre os trabalhadores, além da qualidade da gestão e do compartilhamento de responsabilidades. Os temas trabalhados devem surgir do fazer cotidiano acompanhado pela reflexão, viabilizada por meio da utilização de tecnologia-leve e leve-dura, ou seja, saberes estruturados e técnicos, os quais se articulam com reflexões, criatividades e afetos gerados pelo encontro com o outro (MERHY, 2002).

A oferta de mecanismos de transformação das práticas profissionais baseados na análise crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação do compartilhamento de responsabilidades e de informações exige relações horizontais no trabalho, ao mesmo tempo, uma estruturação dos espaços de participação da equipe diante do aprender e ensinar (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a). Nesse cenário, a proposta do *Seminário de Campo*, por meio da presença do residente na equipe, tem o potencial de trabalhar temáticas de interesse setorial e viabilizar o envolvimento de todos no desenvolvimento do conteúdo de ordem técnica e subjetiva.

Por fim, o *Seminário de Campo* evidencia a importância do espaço teórico-prático na *Residência*. Faz emergir os pontos de contato e intersecção entre campo e núcleo, entre teorias e práticas de saúde numa relação dialética na produção de saberes. O eixo norteador é a construção do ensino em serviço e da educação permanente em saúde sob a lógica descentralizadora e interdisciplinar. A educação em serviço é uma estratégia favorável na construção dessa maneira de organizar o trabalho em saúde (CECCIM; FERLA, 2009). Assim, o *Seminário de Campo* representa um dispositivo potente para disparar processos de educação permanente em saúde no cotidiano de trabalho das equipes de saúde e vai ao encontro da democratização da instituição, do compartilhamento de saberes e da reflexão a partir de práticas e relações de trabalho.

SEMINÁRIO INTEGRADOR

Valéria Leite Soares
Lenilma Bento de Araújo Meneses
Jordane Reis de Meneses
José da Paz Oliveira Alvarenga
Adriene Jacinto Pereira
Anderson Rio Branco de Menezes

Os *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde* se constituem em um processo de reorientação da formação e qualificação de profissionais para o *Sistema Único de Saúde* (SUS), na perspectiva da *Educação Permanente em Saúde*, desenvolvendo processos pedagógicos norteados por metodologias ativas e problematizadoras. Um dos instrumentos que dá vida aos processos pedagógicos operacionalizados em *Programas de Residência em Saúde* é o Seminário Integrador. Este se caracteriza como atividade complementar em que os residentes podem discutir e contextualizar suas experiências e vivências no cotidiano da formação. Tais experiências são apresentadas no coletivo de residentes, grupo de condução, tutores e preceptores por meio da problematização das atividades práticas nos serviços de saúde. A apresentação pode ser realizada em forma de painéis, exposição oral, oficinas temáticas, roda de conversa, w*orkshop*, entre outras, de modo a sistematizar e socializar as ações e atividades realizadas nos diferentes cenários de práticas.

O *Seminário Integrador* tem como objetivo integrar as experiências dos participantes, em uma perspectiva de que "integrar é muito mais que somar", sugere uma totalidade, uma inteireza possível quando cada uma das pessoas envolvidas permite se tornar parte integrante. Neste sentido, o *Seminário Integrador* representa um convite ao encontro com o outro, ao diálogo, à construção de um 'saber com o outro'. Representa uma alternativa de incentivo e valorização da participação do residente em atividades que ampliem as dimensões dos componentes curriculares relacionadas à formação, comprometendo-o com a sua formação e a do outro. Este tipo de *Seminário* permite discutir e refletir, entre os atores inseridos no *Programa de Residência em Saúde*, o trabalho em equipe que, conforme Baldisserroto *et al.* (2006), se abre para a interdisciplinaridade com a integração de vários saberes.

Ressalta-se que o *Seminário Integrador* é elaborado mediante reflexões dos residentes, na perspectiva da construção de conhecimentos, agregando sentimentos e valores individuais e coletivos, considerando as diferentes áreas de interesse das residências. Promove interação multiprofissional e interdisciplinar, contribuindo para a dialogicidade e criticidade dos diferentes sujeitos envolvidos, corroborando com uma qualificação profissional, de natureza humanística e tecnológica. Considera-se, ainda, o *Seminário Integrador* como um espaço permanente para a pactuação das demandas relacionadas aos campo da gestão, formação, atenção e controle social. Nessa perspectiva, o processo de ensino e aprendizagem dos *Programas de Residência em Saúde* se propõe à utilização de metodologias ativas e problematizadoras a partir das quais os residentes e os demais integrantes dos *Programas* procuram refletir sobre suas práticas, dialogando e apontando resolutividade para as questões que desencadeiam do cotidiano do trabalho dos residentes e considerando, sempre, que os diferentes cenários de prática revelam uma ampla diversidade nos modos de fazer e estar nos serviços, com desafios para um cuidado integral e de qualidade baseado nos princípios e diretrizes do *Sistema Único de Saúde*.

A inserção dos residentes nos cenários de prática e a vivência em processos de trabalho no âmbito da gestão e da atenção em saúde, com ênfase nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, os coloca em contato com diferentes realidades, sejam elas sociais e/ou políticas, permitindo, no contato direto com os diferentes grupos, uma aprendizagem significativa, a qual promove e produz sentidos, reorienta as práticas profissionais em rede de serviços. O compartilhamento das práticas profissionais, durante o *Seminário Integrador*, emerge da necessidade de possibilitar a troca de saberes, onde se coloca em discussão o desenvolvimento de estratégias de ação e utilização de tecnologias leves diante do cuidado integral dos indivíduos e da coletividade. Esses encontros são oportunos para o 'fazer' em saúde e, também, para discutir processos de trabalho envolvendo residentes, tutores, preceptores, coordenação, gestão e demais colaboradores dos *Programas de Residência em Saúde*. Nesse sentido, Verdi *et al.* (2006) afirmam que os momentos de integração nas práticas pedagógicas são encontros efetivos de construção de saberes e práticas interdisciplinares. Neles, as situações de saúde são apresentadas e discutidas coletivamente no sentido de compor um plano de ação construído com a participação de todas as profissões integrantes da *Residência em Saúde* na perspectiva interdisciplinar.

Outra perspectiva, não menos importante, é a vinculação da proposta do *Seminário Integrador* com a *Educação Permanente em Saúde*, que visa à reestruturação dos locais de trabalho tendo como

ponto de análise os determinantes sociais, culturais e econômicos. A concepção do processo pedagógico na educação permanente em saúde está estruturada a partir da problematização do seu processo de trabalho, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a reorientação desse processo. Toma como referência as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, da gestão dos trabalhadores e do controle social em saúde (BALDISSERROTO *et al.*, 2006), afinal:

> A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde, – e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2004/2005, p. 161).

Concordamos com Baldisserroto *et al.* (2006) quando destacam que o desafio proposto é o da mudança dos modos de fazer, de trabalhar e de produzir no campo da saúde, sendo necessário discutir, semear ideias e sintonizar ‘ que fazer’ com o ‘como fazer’, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade. Considerando o exposto, entendemos que o *Seminário Integrador*, como componente curricular no *Programa de Residência em Saúde* tem se constituído em um momento de efetivação da práxis, que integra os diferentes sujeitos imbricados em um processo de formação e de transformação do ensino, trabalho e da qualificação profissional em saúde.

TEMPORALIDADE(S)

Alexandre Sobral Loureiro Amorim
André Luis Leite de Figueiredo Sales

MO[VI]MENTO ZERO — PERCEBER E DERIVAR

Tratar do Tempo (e das temporalidades) é de, algum modo, tratar de um fio com qual são tecidas existências. No caminho de perceber as diferenças entre o tempo e a temporalidade, podemos apontar que o primeiro está relacionado com a passagem das horas — dos dias, das muitas andanças dos ponteiros do relógio — e o fluxo das ocorrências do presente, enquanto que a segunda diz respeito a uma dimensão temporal da existência, ao tempo como componente fundante da experiência humana. O tempo tem um caráter objetivo: a hora do relógio (poderosa invenção humana) acarreta para a experiência — seja ela acadêmica, profissional, pessoal — a necessidade de se situar em diversos arranjos de temporalidade, esta de caráter subjetivo, e, portanto, necessariamente singular. Pelo relógio e pelas agendas, o sistema demanda respostas: prazos de investigação, horários de ensino, relógios ponto, imposições para operários-operadores de todas as ordens. Temporalidade relaciona passado, presente e futuro — de um corpo, de todos os corpos. À revelia dos ponteiros do relógio, no entanto, o fluxo da passagem do tempo é marcado pela forma como ele passa por nós (e nós por ele): qualificadores como "rápido" e "lento", usados para descrever a forma como vivemos algumas situações cotidianas, dão testemunho da singularidade dessa dimensão e de sua natureza.

Escolhendo os riscos de uma trilha composta de singelos mo[vi]mentos (momentos-movimentos) — já que nos mantendo estáticos, em estado de resguardo e preservação, servimos ao cessar do tempo como fluxo de acontecimentos — lançamo-nos ao desafio de pensar o que nos atravessa. Inicialmente, não seria possível deixar de colocar que o próprio termo traz consigo uma

etimologia[1] geradora de alguns moventes incômodos que inexoravelmente nos atiram a um certo exercício de desconstrução/reinvenção conceitual, afinal: Quanto esforço é necessário para "carregar" o peso de horas, dias, meses, anos de formação? Como seria engravidar de sentido um tal verbete que nos remete *a priori* tão duramente a uma certa sensação - lembrando da música de Arnaldo Antunes - de que *nem o prego aguenta mais o peso desse relógio?* É sabido que, em geral, dois meses de trabalho na residência (aproximadamente 5 milhões de segundos após a felicidade de iniciar essa nova etapa formativa) costumam ser mais do que suficientes para se questionar a necessidade de dedicar sessenta horas por semana a um tal processo. Atentando para o fato de que, considerando os aspectos legais, a obrigatoriedade desses 3.600 minutos semanais são correlatos da cópia do modelo de formação médica, amplia-se a sensação de que algo pode estar errado nessa conta.

Notícias de que Espanha, Portugal, Itália, França, Reino Unido e outros lugares do planeta, vêm pautando a redução da jornada laboral como estímulo ao aumento da qualidade de vida na tentativa de provocar melhorias na saúde de sua população, imprimem caráter global à pauta. Juntas essas informações já fornecem motivos suficientes para desenhar o cartaz de "*sessenta horas não!*" e convocar os colegas a fazer uma paralisação. Sem tirar a legitimidade e a pertinência das reivindicações a esse respeito, mas reconhecendo que é possível colocar esse debate também em outros termos, entendemos que é necessário recolocar o problema da carga horária pensando nossas relações com o tempo e a experimentação de outras temporalidades possíveis.

Um mesmo *quantum* de segundos pode ser experienciado de forma distinta pelos diversos eu(s) presentes em um tal recorte espaço-temporal - uma experiência acadêmica, por exemplo, pode permitir saborear o dinamismo de um dia que não vemos passar enquanto uma outra pode fazer sentir o desenrolar desse mesmo dia de maneira opressiva e angustiante. Assim, grupos, organizações e instituições produzem políticas temporais com ritmos diversos — sempre marcados pelas necessidades dos contextos sócio-históricos nos quais estão circunscritas. Essas políticas temporais de coletivos humanos atualizam a temporalidade dos arranjos em questão. Há nelas traços de passado, anseios de presente e planos de futuro que insistem em se colocar. Acreditamos, dessa forma, que o entendimento de como as diversas temporalidades são percebidas e experienciadas por ensinantes e

[1] Segundo o dicionário Michaelis, o conceito de "Carga" pode ser definido como: "1. Tudo que é ou pode ser transportado por homem, animal, carro, navio, trem etc.; 2. Ato de carregar; carregamento, carregação; 3. Fardo, peso; 4. Porção, grande quantidade; 5. Embaraço, opressão; 6. Encargo". Por sua vez, "Horário" seria: "1. Que pertence ou se refere à hora; 2. Relativo a cada um dos doze círculos máximos traçados num globo celeste através dos polos e que dividem o equador celeste em 24 espaços de 15° ou uma hora" (MICHAELIS, 2009).

aprendentes pode conduzir políticas pedagógicas que ampliem oportunidades de ensinagem/aprendizagem em serviço. Essas considerações (tais quais rastros intuídos) podem nos ajudar a pensar a questão da carga horária para fora do binômio “mantém/diminui”.

"Eu não tenho tempo suficiente” é uma expressão-lugar-comum da vida cotidiana e, não surpreendentemente, essa sensação também é parte da vida contemporânea em todo o mundo. A equiparação do tempo ao dinheiro, aliado aos imperativos de consumo e produção de um mundo que se deseja inesgotável - e supõe sujeitos sem fim - produz, continuamente, a sensação de que estamos sempre “perdendo tempo”. Porém, quando *time is not money*[2], abre-se espaço para outras produções e experimentações. Não apenas contar o tempo sentindo que ele se esvai por entre os dedos, mas produzir e vivenciar diversas temporalidades produzindo (e sendo produzido) neste movimento de atualização[3] de ensinantes e aprendentes. O tempo é tema essencial à condição humana: seus processos fornecem limites e restrições ao mesmo tempo em que refletem nossas mais profundas aspirações (e temores) de melhor compreender a finitude da vida. E considerando que existimos e organizamos a nossa existência em torno do tempo - encontramos com o tempo e as temporalidades nos habitam - urge convocar o pensamento sobre essa temática também ao se produzir movimentos de ensinagem-aprendizagem: para além de nossos ciclos circadianos e suas percepções, colocar o desafio de experimentar o(s) espaços-tempo(s) de formação menos como tabelas numeradas e mais como trilhas inacabadas por onde se deve caminhar e se perder, permitindo-se flutuar atentamente[4].

MO[VI]MENTO MEIO — ETICALIZAR O TEMPO

Há tempos que parecem pesados, mais longos que os demais, mesmo que a distância percorrida pelos ponteiros dos relógios seja (ou pareça ser) sempre a mesma. Não é essa sensação que nos invade em meio a aulas ou expedientes de trabalho desprovidos (para nós) de sentido? Para

[2] Em oposição à frase escrita em 1798 por Benjamin Franklin “tempo é dinheiro” [time is money] (WEBER, 2004, p.42) e exaustivamente reverberada na contemporaneidade, para explicar um “custo do tempo” - em termos monetários - para os sistemas produtivos de base capitalista.

[3] “A atualização rompe tanto com a semelhança como processo, quanto com a identidade como princípio. Jamais os termos atuais se assemelham à virtualidade que atualizam: as qualidades e as espécies não se assemelham às relações diferenciais que encarnam. A atualização, a diferenciação, neste sentido, é sempre uma verdadeira criação.” (DELEUZE, 2006, p.316)

[4] Em conversação com a produção de Kastrup (2007) onde a “contribuição do conceito de atenção flutuante para a discussão (...) quanto à ênfase na suspensão de inclinações e expectativas do eu, que operariam uma seleção prévia, levando a um predomínio da recognição e consequente obturação dos elementos de surpresa presentes no processo observado”. Destarte, a atenção seletiva nesta nossa caminhada sobre o tempo cede assim “lugar a uma atenção flutuante, que trabalha com fragmentos desconexos”. (KASTRUP, 2007, p.16-17)

conectar a noção desses tempos percebidos e experienciados — vividos — com a pauta da educação em serviço, entendemos ser profícuo buscar produzir, nos pensares-fazeres do ensinar e do aprender, uma "ética do tempo" compromissada não com a noção unívoca do tempo cronológico, mas implicada com a experimentação de variadas temporalidades. Proposta ética não apenas para o gerenciamento de tarefas educacionais, mas como conceito-dispositivo, para potencializar nossas produções de ensinagem-aprendizagem, estando mais atentos, assim, à conexão corpos-tempos e aos desdobramentos que deste encontro decorrem, aumentando a possibilidade de produzir linhas de fuga[5] na formação. Pensar então carga horária, na formação em serviço, a partir da perspectiva de uma ética do tempo, em um determinado percurso formativo, seria pensar não uma cronologia de eventos, mas essencialmente uma cronogênese[6]: criação de outras temporalidades.

Cientes de que numa perspectiva contemporânea - nas mutações diárias do capitalismo mundial integrado - a temporalidade dominante prescreve a aceleração, atomização, funcionalismo e otimização como balizas para construção da relação dos humanos, mas entendendo que "Chronos e Aiôn interagem constantemente em nós" (DELEUZE, 2009, p. 64), nos rastros de Deleuze, propomos, para além dos arranjos cronologicamente organizados (sob um tempo de Chronos[7]), um encontrar-se com o que há de Aiônico[8] no tempo.

Em voga cotidianamente na maioria das instituições formadoras e dos serviços de saúde (usuais territórios de ensinagem-aprendizagem), existe algo que poderia ser descrito como um código moral (uma "moral do tempo"), que valora positivamente a capacidade precisa de medida, o empacotamento de blocos temporais bem delimitados e prontos para serem consumidos/ofertados,

[5] "É sempre a partir de uma linha de fuga, que é, portanto, também uma linha de fuga temporal, na medida em que rompe uma temporalidade e faz fugir a história, que se instaura um acontecimento, um novo espaço-tempo [...] que se dá sempre a partir do intempestivo, das linhas de fuga ativas, [...] numa passeata, num grupo psicoterápico ou expressivo, num laboratório científico, na página em branco que enfrenta um poeta insone, num mocó de meninos de rua, na percepção alterada de um drogadito, num surto, num filme, numa batalha, numa brisa, num ritual, numa paixão, numa crise econômica…" (PELBART, 1993, p. 69).

[6] "Peter Pal Pelbart (1998) aponta para a distinção de dois conceitos: "cronologia" e "cronogenia". Para o autor, a cronologia seria a relação lógica e a medição do tempo a partir do tempo presente, enquanto que a cronogênese é a criação de temporalidades outras." (OLIVEIRA, 2015, p. 170).

[7] De acordo com Deleuze, para os pensadores estóicos a ideia de tempo não foi reduzida à cronologia contínua e linear, como geralmente percebida em nossa cultura. Chronos era o nome dado ao ordenamento temporal que agrupava a sequência sucessiva e linear de passado, presente e futuro: "[...] o tempo Chronos é [...] o tempo em que as ações se realizam, em que estamos vivos no presente, presente este que é o único tempo existente." (DELEUZE, 2009, p. 64).

[8] Como nos explica Santos Neto (2009), a concepção de tempo em Deleuze implica no reconhecimento da dimensão de passado e futuro como coexistentes na experiência que temos do presente. Resgatar o tempo aiônico é pautar as possibilidades de reinvenções de futuro a partir da identificação dos imateriais e da atualização da virtualidades que não cessam de acontecimentalizar os instantes.

sincronizações lineares de experiências de passado, presente e futuro. Seria possível descrever assim o paradigma cronológico dominante: o presente é onde se planta o futuro e este é mera extensão daquele (o futuro como uma mera extensão do presente). O presente precisa ser vivido em função de fazer nascer o futuro. É em nome de fazer chegar esse futuro — no geral grandioso e contínuo — em que são justificadas todas as severidades dos limites do presente imediato, contingências de (im)possíveis administrativos e burocráticos. Num contexto geral, o tempo é então frequentemente reduzido ao tempo-relógio, às horas-aula, ao valor-hora. O regimento/regramento instituído/instituinte dos processos educacionais, está baseado em prazos, metas, quadros de tempo, *schedules*. Medidas de tempo ideal. Estudantes capazes de *bem gerenciar* seu tempo (como se único realmente fosse) e obter recompensas associadas.

A urgência para tal movimento ético (e político) de cronogenia nas residências em saúde, processos formativos que acontecem prioritariamente em "territórios vivos" (AMORIM; CHARNEY; PULGA, 2016), parte da consideração de que não há apenas uma dimensão objetiva do tempo de formação (horas do/no relógio), mas também de uma subjetiva (tempo-experiência, tempo-linha-de-fuga); ritmo e velocidade; padrões de tempo, ritmo e compasso; ciclos, períodos, duração e/ou extensão de tempo; poder e legitimação no tempo. Todas essas dimensões são co-presentes, envolvendo conflitos, dilemas e paradoxos que apontam para um outro tempo que falta. Enquanto Chronos é formado por um longo presente, cujo esforço recorrente é controlar nossos impulsos, confinando passado e futuro, respectivamente na nostalgia e nas aspirações, na ideia de agora; Aion funciona como uma força desconstrutiva que age sobre Chronos, sendo um presente extenso, o poder de um instante, a atualização paradoxal do tempo dos acontecimentos. Desse modo, pensar a Carga Horária dedicada à ensinagem e aprendizagem apreendendo o tempo-Aiôn[9], como temporalidade possível em tais movimentos formativos, é encontrar-se com uma dimensão da experiência temporal que implica a supressão da dimensão imediata do presente, produzindo coexistência simultânea de passado e futuro, atualizando-se no instante do acontecimento[10].

[9] "Segundo Aion, apenas o passado e o futuro insistem ou subsistem no tempo. Em lugar de um presente que reabsorve o passado e o futuro, um futuro e um passado que dividem a cada instante o presente, que o subdividem ao infinito em passado e futuro, em ambos os sentidos ao mesmo tempo." (DELEUZE, 2000, p. 93).

[10] Acontecimentos "[...] não se explicam pelo os que precede, é porque não estão encadeados, dialetizados, é porque obedecem a uma lógica outra da ruptura, que nada tem a ver com contradição, e sim com uma linha de fuga, uma invenção intempestiva, a criação inusitada, com aquilo que faz fugir a história e seus contornos." (PELBART, 1993, p. 66).

MO[VI]MENTO INESGOTÁVEL - ACONTECIMENTALIZAR A FORMAÇÃO

O efeito resultante de Aion sobre Chronos produz mudanças de sentido tais que alteram a estrutura do tempo em temporalidades, situando o acontecimento no entre-tempo. Desfaz-se o que fazia sentido até o presente, tornando-se este "[...] indiferente e mesmo opaco para nós, aquilo a que agora somos sensíveis e não fazia sentido antes" e, dessa forma, "[...] convém concluir que o acontecimento não tem lugar no tempo, uma vez que afeta as condições mesmas de uma cronologia" (ZOURABICHVILI, 2004, p. 12). O efeito de não-tempo, de tempo-flutuante, de entre-tempo instaurado pelo acontecimento é de intensidade suficiente para fazer romper a univocidade temporal de um presente asséptico e insípido que tem nos sido oferecido nos múltiplos planos da vida acadêmica. O acontecimento pensado como sendo produzido pelas misturas dos corpos, corpos que se modificam e, em seus limites, causam efeitos da ordem daquilo que não era anteriormente previsto.

Retomando a idéia, Deleuze (1992) ressalta que *"*[...] acontecimentos que não se explicam pelos estados de coisas que os suscitam, ou nos quais eles tornam a cair. Eles se elevam por um instante, e é este momento que é importante, é a oportunidade que é preciso agarrar". Dessa maneira — a partir dos acontecimentos nos processos de ensinagem-aprendizagem, e com o movimento ativo de acontecimentalizar os percursos formativos — seria necessário pensar as atuais prioridades das práticas pedagógicas conectadas com a medição do tempo (Chronos) e as fabulações de futuros possíveis na formação dos residentes: experimentar temporalidades alternativas, vivências intensivas de tempo-Aion. A crítica às concepções restritas e pouco flexíveis sobre o tempo e a emergência da necessidade de operar múltiplas temporalidades alternativas, acontecimentalizando a ensinagem-aprendizagem, introduzem ao pensamento, então, uma Ética do tempo.

Com todo o cuidado necessário de não produzir prescrições ou receitas prontas, precisamos considerar a significância dos espaços formativos também para a produção de percepções críticas em relação à complexidade temporal. Produzir comunalidade temporal entre trabalhadores permanentes de um tal território e trabalhadores-móveis em formação nesses territórios, com as temporalidades e afetos ali circulantes, pode criar alternativas que [re]vitalizem tempos percebidos/sentidos como mortos. Inserir nos processos formativos uma ética temporal que, atenta para a conexão entre os corpos, inaugure momentos e se conecte a percepções destes corpos sobre o tempo, pode indicar

caminhos pedagógicos que acontecimentalizem[11] a tal "carga horária" destinada aos percursos formativos das residências em saúde, "[...] provocando nela desmembramentos, decomposições, recomposições, bifurcações, novas processualidades, derivações, universos, inéditos" (PELBART, 1993, p. 44).

Nessa perspectiva, a organização pedagógica deve poder compreender a importância, por exemplo, do tempo investido como condição prioritária para produção de múltiplas conexões a partir de zonas de encontro (programadas ou inusitadas), para assim pensar a carga horária e sua distribuição não apenas como a armadilha que aprisiona, mas desde as chances privilegiadas de criar brechas no/do tempo: apostas imprevisíveis de compartilhamentos destas/nestas zonas vivas, encharcamento de vários tempos com sentidos oriundos do apreendido nas vivências. Abertura de corpo para o que acontece, permissiva abertura para o inusitado das/nas muitas horas do processo formativo, possibilitando reverberar movimentos de aleatoridade numa mescla indiscernível de passado, presente e futuro que produz, no tecido do tempo, ondas de transformações nos que ali estiveram, estão ou estarão. "Tempo de Residência" como *inventação* (invento-ação) de espaços-tempos-possíveis para troca entre os inúmeros personagens [dis]postos em cena a partir de uma ética do tempo, que pode assim permitir experiências outras de ensinagem-aprendizagem nos encontros cotidianos dos territórios vivos, com os serviços de saúde, com a comunidade, com os profissionais da gestão, com espaços de reunião, com textos e narrativas, enfim, com quaisquer possibilidades de aposta na acontecimentalização do percurso formativo.

[11] "Neste sentido, trata-se de situar as práticas como emergentes de uma certa correlação de forças em um dado espaço-tempo social e atribuir-lhes uma múltipla causação, uma gênese complexa a partir de um determinado acontecimento do qual se produzem como um dos possíveis efeitos singulares. Trata-se de romper com a tendência de atribuição de causalidade única, para construir um "poliedro de inteligibilidade", cujo número de faces não é previamente definido e nunca pode ser concluído. Trata-se, sobretudo, de operar um modo de análise que antes de se articular a uma analítica da verdade, conjuga-se a uma ontologia do presente, a uma ontologia de nós mesmos" (FONSECA, 2006, p. 12).

TEORIA DOS PAPÉIS

LARISSA POLEJACK BRAMBATTI
WANIA DO ESPÍRITO SANTO CARVALHO

Um indivíduo desempenha inúmeros papéis ao longo da sua vida, como afirma Jacob Levy Moreno. O autor desenvolveu o Psicodrama na primeira metade do Século XX e uma das suas grandes contribuições foi a Teoria dos Papéis — o papel é uma forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos (CUKIER, 2002). Para Moreno, o EU emerge dos papéis e estes são aprendidos ao longo da história individual e em função dos múltiplos vínculos estabelecidos entre o indivíduo, o grupo e uma rede de relações com as quais ele interage. O inventário de papéis que o indivíduo desempenha na sua vida é uma das dimensões da existência humana. Ele sente, pensa e age em função de uma multiplicidade de papéis fisiológicos, psicodramáticos e sociais que o definem.

> Os papéis são os embriões, os precursores do eu, e esforçam-se por se agrupar e unificar - papéis fisiológicos ou psicossomáticos, como comer, dormir e exercer atividade sexual; papéis psicológicos ou psicodramáticos, como os de fantasmas, fadas e papéis alucinados, e, finalmente, os papéis sociais, como os de pai, policial, médico etc. [...] Talvez seja útil considerar que os papéis psicossomáticos, no decurso de suas transações, ajudam a criança pequena a experimentar aquilo a que chamamos o 'corpo'; que os papéis psicodramáticos a ajudam a experimentar o que designamos por 'psique'; e que os papéis sociais contribuem para se produzir o que denominamos 'sociedade'. Corpo, psique e sociedade são, portanto, as partes intermediárias do eu total. (MORENO, 2006, p. 25).

O papel profissional é um dos papéis sociais que desenvolvemos a partir das relações interpessoais, dos vínculos, da cultura e do sistema social no qual estamos inseridos. É a forma de estar em relação com as pessoas ou objetos em um contexto de trabalho ou de expressão da atuação profissional. Um dos aspectos mais importantes para o desenvolvimento de um novo papel é a qualidade do vínculo que estabelecemos, uma vez que aprendemos a partir da interrelação com os outros sujeitos. Outro aspecto importante é a espontaneidade, do latim = sua *sponte* = do interior para o exterior, compreendida por Moreno como uma resposta adequada a uma situação nova ou uma nova resposta a uma situação antiga. A adequação não é atender àquilo que é esperado externamente, mas responder de acordo com essa coerência interna. O papel profissional não é

desenvolvido pela repetição daquilo que observamos ou a partir daquilo que aprendemos com os outros, ele se desenvolve em relação e não apenas com o que nos é oferecido pela nossa cultura, mas, principalmente, pela forma de cada um compreender, sentir e produzir sentidos a partir dessa interação. A repetição sem reflexão e sem produção de sentidos empobrece o potencial de desenvolvimento de um novo papel. Se refletirmos sobre o local de trabalho como um espaço potente para o desenvolvimento do papel profissional de forma espontânea e criativa, elegeremos a reflexão pessoal, os processos grupais, a troca e o compartilhar como estratégias prioritárias para o processo formativo.

TERCEIRO ANO

Carolina Eidelwein
Juliano André Kreutz
Manoel Mayer Júnior
Rose Teresinha da Rocha Mayer

Dedicado à interlocutora silenciosa do percurso, trabalhadora implicada na emergência de in[ter]venções (des)territorializantes, Tatiana Ramminger.[1]

As *Residências em Área Profissional da Saúde*, usualmente, duram dois anos. Desde 2014, uma tal duração é exigência legal, disposta pela *Resolução nº 5*, de 7 de novembro de 2014, da *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (BRASIL, 2014a). Alguns Programas estabelecem um *terceiro ano opcional*, denominado *R3*. Tal extensão da formação transita, a um só tempo, entre discussões e produções com vontades de *sub-especialização, provimento de trabalhadores e/ou percursos singulares*. A sub-especialização *conforma-se* em currículos oficializados; o provimento de trabalhadores, em domínios disciplinares institucionalmente consolidados; os *percursos formativos singulares performam* currículos experimentais e itinerantes.

De qualquer modo, trata-se de uma *definição arbitrária* de um tempo para um processo educativo, em um regime de *profissionalização* e *especialização*. Regular os períodos de aprendizagens é típico da tradição escolar. O *R3* refere-se, portanto, a um tempo prescrito para aprender a ser, fazer e pensar em saúde. Não há legislação nacional específica que regulamente essa modalidade. Não há publicações técnico-científicas, investigativas e analíticas relacionadas.

[1] Para além da relação afetiva e militante, os escritos de Tatiana Raminger permitiam, a partir do recorte conceitual da Saúde do Trabalhador, ocupar-nos de modo significativo das sutilezas vivenciadas nos ambientes de trabalho da Residência. Sua dissertação (RAMINGER, 2006) publicada em livro, especialmente, possibilitou encontrar amparo conceitual e operativo para questões do mundo do trabalho e dificuldades advindas das suas relações. Havíamos comentado quando do nosso último encontro sobre o uso que fazíamos dos seus escritos com os residentes e equipes que problematizavam o seu fazer em saúde, mas não tivemos a oportunidade de compartilhar o entendimento aqui sistematizado. Como trabalhadores que se constituíram nesses processos de (in)visibilização dos paradoxos do mundo do trabalho, talvez possamos tornar mais nítidos os contornos, junto àqueles que vivenciaram ou não, as linhas de fuga e de enunciação do dispositivo.

Ao pressupor-se que prescrição e realização não se equivalem e que a objetivação do trabalho em saúde e em educação é impossível, qualquer delineamento sobre o que é o *R3* implica *narrar experiências* e *analisar práticas*, em suas perspectivas institucionalizantes e inventivas. Qualquer definição será imprecisa, interessada, contingencial e provisória. Há pouca sistematização. Na descontinuidade, olha-se para o que falta e para o que resta (subsiste e excede). Vislumbram-se "*projetos pedagógicos singulares*", ou seja, a "[...] possibilidade de múltiplas constituições de caminhos, isto é, de currículos-formação-singulares" (DALLEGRAVE, 2013, p. 128). Coabitam tendências de fixar lugares e disciplinar em um currículo itinerante, que, na acepção de Sandra Corazza (2008, p. 4), "engendra-se e percorre-se, faz fugir os sujeitos e os objetos". Escrever em ritmo descompassado, sincopado e em muitos momentos desafinado, alterar a cadência, acelerar e por vezes atrasar o andamento. Metáfora que, para quem gosta de música e a compreende como linguagem, talvez dê uma visibilidade mais acurada aos desafios de orquestrar o *R3*.

A escrita que permite *visibilidades relativas* é uma escolha e uma condição. Explicitam-se posicionamentos éticos e políticos, com as marcas de quem se constituiu no processo de disputas de concepção, desde o caldeirão institucional. Uma implicação militante (MERHY, 2004), um jeito mutante de se produzir trabalhador(a) de saúde, sem sobreimplicação, uma vez que esta marcaria a impossibilidade de analisar a relação que cada um estabelece com as instituições (MONCEAU, 2008). Problematizações sobre o *R3* talvez construam pontes com o nosso *aqui agora* desde o *lá então*. Esse é o exercício de quem escreve e também o convite aos leitores.

Cuidado – uma advertência é necessária: a distância é algo importante, mas, ao mesmo tempo, difícil de manter. Cada um decida, portanto, o que fazer com o tom pessoal que possa incorrer. Tomam-se, geralmente às colheradas, as poções feitas em caldeirão.

As (in)definições listadas neste verbete referem-se intensiva e extensivamente às experiências do *Terceiro Ano Opcional* na *Residência Integrada em Saúde* (RIS), da *Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul* (ESP/RS). Conforme documentado por Rossoni (2010), há registro de "diferentes conformações": desde a experimentação de um único residente que cursa três anos na década de 1980 a quase exclusividade de residentes médicos na década de 1990, com ênfase à interiorização, passando pela expressiva diversificação de profissões nos anos 2000. Recorta-se, neste ensaio, o período entre 2001 e 2011, processo que contou com a participação da equipe do *Centro de Referência para o Assessoramento e Educação em Redução de Danos* (CRRD). Seu objeto não é o futuro, mas o passado. Portanto, emerge já superado, no seu processo de lapidação, pela participação

dos diversos atores em situação. Talvez torne mais nítidos os contornos para aqueles que vivenciaram as linhas de fuga e de enunciação do dispositivo.

Destaca-se que, nos documentos de regulamentação da RIS – Projeto Pedagógico de Residência, Regulamento (*Portaria SES/RS nº 71*, de 24 de dezembro 2002), *Lei Estadual nº 11.789*, de 17 de maio de 2002 – há um silêncio sobre a especificidade do *R3*. Emerge uma certa sabedoria estratégica, na formulação do *R3*, para radicalizar a opcionalidade, ao relacioná-la à construção de significados possíveis no percurso. Desde o processo seletivo, havia a implicação do candidato na escrita de um projeto a ser realizado nos ambientes de aprendizagem da RIS, um convite à formulação, a ser avaliado em comissão paritária, composta por atores da ESP e dos diferentes cenários de prática da *Residência*, a incluir as formações em *Atenção Básica em Saúde Coletiva*, *Dermatologia Sanitária*, *Pneumologia Sanitária* e *Saúde Mental Coletiva*. Durante o processo de discussão do regulamento, era manifesta a preocupação com uma escrita específica que regrasse o *R3*, contudo isso não aconteceu. O *R3* manteria sua opcionalidade. No regime de relações de força, haveria efeitos de (des)subjetivação.

Opcionalidade, processo seletivo aberto para o terceiro ano, trabalho de campo-intervenção, suporte teórico-operativo, acompanhamento semanal do grupo, grupo operativo como condutor metodológico dos encontros, política editorial para a produção de conhecimento e certificação marcam os projetos e os processos do *R3*, em um período em que inicia a demanda de residentes de outros *Programas de Residência*. As linhas do dispositivo de formação, além de se entremear como uma tessitura conjuntural, oscilam entre a sutileza e a concretude das relações de poder, saber e subjetividade.

Os processos de *R3* têm, como constituintes, ecos das forças de precarização do trabalho. Assim, invenção e resistência são elementos intrínsecos e indissociáveis dessa vivência que se relacionou e foi composta ao longo do tempo por uma diversidade de posições e de usos, aqui figurados como: *a marteladas*, *na autoestrada*, *sub-especialistas*, *labirintos*, *estrategistas*, *apanhadores de desperdícios, anti-Aleph*. Não são categorias, nem tipificações, mas linhas de força, agenciamentos contingenciais e, portanto, provisórios.

Os trajetos de *R3* vacilam entre motivações como a busca por ampliações das possibilidades de trabalho e de educação, até então experimentadas na *Residência*, e a restrita, porém legítima, preocupação com a sobrevivência, a partir da qual o *R3* se coloca como viabilidade de remuneração.

Desse modo, tratar do processo vivido com o *R3* é dizer de uma trajetória de constante questionamento e tensão. A construção de uma autoria que emerge de um cotidiano intrincado por movimentos uniformemente variados em nuances entre adequação e ruptura.

1. *R3 a marteladas*. Não apenas malhar em ferro frio, mas esquentar a fornalha e forjar as condições de possibilidade para o não prescritivo. Um tipo de experiência que fere e trespassa, que "nos acorda com uma pancada na cabeça" e se transfigura num "machado para quebrar o mar de gelo que há dentro de nós", como os livros que animariam Kafka (1904, *apud* PELBART, 2013). Esta é uma característica distintiva: não se sabe de que sonho se desperta. Complicação: escolher um eu entre todos os possíveis, a parafrasear Deleuze (2010), em *Proust e os Signos*.

2. *R3 na autoestrada.* Continua *Residência*. Trajetos sinalizados. Rotas determinadas. “No caminho, está descrita só uma possibilidade de chegar a determinado destino” (DALLEGRAVE, 2013, p.128). Destinos catalogados. Viagens de formação, em estradas reservadas. Na *Autoestrada do Sul*, é possível "[...] descer nas colinas e explorar os arredores sem se afastar muito" (CORTÁZAR, 2002).

3. *R3 Sub-especialista*: uma pequena fábula. A parafrasear, roubar e interpretar Foucault (2006): um domínio específico, um princípio de limitação, as disciplinas. Conhece-se a lei antes de aplicá-la. Vontade de verdade, vontade de saber e suporte institucional. Um mundo se afunila. Não há uma identidade a ser repetida. Na partida está o que é requerido para a construção de novos caminhos. O que era vasto, torna-se estreito. Talvez, nas memórias do subsolo, tartamudeie a voz de um rato, que não roeu a roupa do rei:

> A princípio era tão vasto que me dava medo, eu continuava correndo e me sentia feliz com o fato de que finalmente via à distância, à direita e à esquerda, as paredes, mas essas longas paredes convergem tão depressa uma para a outra que já estou no último quarto e lá no canto fica a ratoeira para a qual eu corro”. — "Você só precisa mudar de direção", disse o gato, e devorou-o (KAFKA, 2002).

4. *R3 Labirinto.* Os percursos são contingenciais. **"***Nada esperes. Ni siquiera en el negro crepúsculo la fiera*" (BORGES, 1984). Programas abertos, desejos de futuro, formulados nos processos, pelos atores em situação. Pesquisa-intervenções-projetos: labirintos para compartilhar experiências que obstinadamente se ramificam. E pode emergir a necessidade de contar o que não estava previsto, partir da descontinuidade, lembrar, cartografar as relações de poder, saber e subjetividade implicadas pelos processos de captura, disputa de projetos e perspectivas. Nesse *acaso*, o *R3* permite perceber com maior nitidez os paradoxos do mundo do trabalho. Projetos sustentados em diferentes

momentos pelos atores em cena, que disputam a atenção e a gestão em equipes de saúde. “Polimorfo e difuso, bifurcado e fibrilado, esse Currículo-Estrategista corre solto numa atmosfera de errâncias” (CORAZZA, 2008, p. 2). Às vezes, prenuncia-se algum anteprojeto. Mas, "*terçamente se bifurca en otro*" (BORGES, 1984) e ninguém espera que terá fim.

5. *R3 Estrategista.* O sentido depende unicamente do funcionamento. Algumas operações são estratégicas. Momentos, lugares e cenários escolhidos para o exercício da acurácia da observação dos tensionamentos, projetos e disputas de bastidores, aprender a pensar e agir estrategicamente, sem se oferecer à degola, à captura ou ao martírio institucional, em suas sutis e concretas repercussões. Escolhas movентes e situadas. O currículo não é oficializado (CORAZZA, 2008), não é único e vem sempre depois. As escolhas: momentos da conjuntura vivenciada. Em algum momento materializou-se no acompanhamento, na observação participante e na discussão das Plenárias do *Conselho Estadual de Saúde*. Em outro, na composição, com residentes de primeiro (*R1*) e segundo (*R2*) anos, da relatoria de um dos eixos da *Conferência de Saúde*, como desafio de politizar as relações. Ou, ainda, a elaboração de seus itinerários formativos singulares inspira e compõe a formulação de uma política pública de *Educação em Saúde Coletiva*, que viabilizaria a proposição de contratos de apoio e itinerários formativos certificáveis entre trabalhadores, gestores, estudantes e usuários[2]. Em qualquer contexto ou currículo performado, os residentes transmutam-se também nos movimentos de reivindicação de direitos e de condições de trabalho. A precarização compõe o caldo de cultura. O *R3 estrategista* é tecido em meio a leituras e aprendizagens significativas dos diferentes grupos de residentes envolvidos nas intervenções.

6. *R3 Apanhador de desperdícios,* a roubar Manoel de Barros (1993): o *R3* é processo de transformação, entre as palavras acostumadas e a invencionática. Às vezes, certas *estruturas de*

[2] Referência ao grupo que cursou o terceiro ano opcional na ESP/RS em 2011. Ao integrar, a equipe de *Educação em Saúde Coletiva*, formara, no trabalho vivo em ato, um "projeto político pedagógico" centrado em experimentações autogestionárias. Ao mesmo tempo que vivenciavam tecnologias de aprendizagem não diretivas, participavam da elaboração de uma proposta de "Rede de Apoio", apresentada ao final de 2013, como *Rede de Educação em Saúde Coletiva* (*Resolução CIB/RS nº 590/2013*). Esta "[...] estabelece dispositivos de intercâmbio entre trabalhadores, movimentos sociais, conselhos de políticas públicas, instituições de ensino e gestores, e viabiliza que atores sociais de diversos espaços da rede intersetorial constituam relações sistemáticas de educação em saúde coletiva". Qualquer ator social situado é considerado um educador. Os *Intercâmbios de Educação em Saúde Coletiva* seriam um modo de constituir redes solidárias de aprendizagem no trabalho. Conforme a Resolução citada, "[...] diferem-se das Residências Multiprofissionais/Integradas em Saúde: a) pelo seu regime não escolarizado (não correspondem necessariamente a itinerários formativos certificáveis); b) pelo estabelecimento de itinerários formativos no trabalho com cargas horárias, durações e ênfases pactuadas entre os interessados nas relações de educação; c) pela instituição de funções de facilitação (espécie de preceptoria) entre diferentes atores sociais."

consolação são monumentos afeitos à investigação arqueológica e aparecem, então, em seus tecidos, fios soltos, nós e rupturas. O provimento de trabalhadores, a interiorização de mão de obra e a complementação financeira ao valor das bolsas marcaram a superfície de algumas edições, inclusive a primeira, do terceiro ano opcional da RIS da *Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul*. No meio destes monumentos-redemoinhos, nasceram trânsitos nas beiradas, nas frestas, nos restos, para apanhar desperdícios: experiências que não gostavam das palavras fatigadas de informar e dariam mais respeito às que vivem de barriga no chão. O chão labiríntico tratado a marteladas e traçado estrategicamente.

7. *R3 anti-Aleph.* Experiência e memórias fragmentárias. Escrever mimetiza o viver, se não há um "ponto do espaço que contém todos os pontos" (BORGES, 1984, p. 160). Ao relançar o olhar, tendo como material de apoio a memória do vivido, há algumas lembranças para compartilhar:… O agenciamento de olhares que, mesmo em um momento de seleção, podem se compor e potencializar por meio de projetos, os quais podem e precisam se articular no cenário do SUS e das políticas públicas… A tomada do projeto como tarefa organizadora de um pensar, fazer, construir realidade… Em um primeiro momento, uma convocação do dia a dia para viver a desaceleração, por vezes, como desqualificadora, em relação a uma velocidade anterior e que significa, de modo aparentemente automático, um agir orientado pela reflexão como um processo menor, menos útil e/ou produtivo... A tendência dos interlocutores a sublinhar essas impressões em um convite a uma ação supostamente transformadora e efetiva que coloque a força de trabalho a serviço de uma maior eficiência e eficácia do sistema em fluxos conhecidos e repetitivos… A liberdade e a autodeterminação como método e ônus em um percurso singular e coletivo de produção de si… Cronogramas construídos coletivamente que no cotidiano adquirem força de um programa operado a partir da escuta e do agenciamento de emergentes... A radicalidade da experiência que se torna palavra e sistematização do conhecimento... O consecutivo e consequente delineamento de uma carreira, seja pela busca da contribuição da academia, seja na potencialização do *quadrilátero* da formação em si que repercute nas escolhas das práticas subsequentes…

Este texto suscita a presença de outras vozes, as dos atores em situação. É um convite a outros, mas convoca a outros escritos que compartilhem sua participação e visibilizem os pontos de vista que protagonizaram.

TRABALHO DE CONCLUSÃO

Alexandra Paiva Vale
Ana Paula Silveira de Morais Vasconcelos
Ana Carolina Souza Torres
Amanda Cavalcante Frota

O *Trabalho de Conclusão de Residência* (TCR) consiste em uma atividade individual, obrigatória e é um dos requisitos necessários para obtenção do título de pós-graduação na *Residência em Área Profissional da Saúde*, seja nas modalidades *Multiprofissional ou Uniprofissional*, conforme definido pela *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* (CNRMS). Na *Resolução nº 03*, de 4 de maio de 2010, *revogada*, constava que ao final do treinamento, o *profissional da saúde residente* deveria apresentar, individualmente, uma monografia ou um artigo científico com comprovação de protocolo de envio à publicação. Já na *Resolução nº 5*, de 7 de novembro de 2014, *vigente*, o Art. 3º, § 2° determina que, ao final do programa, o *profissional de saúde residente* deverá apresentar, individualmente *Trabalho de Conclusão de Residência*, consonante com a realidade do(s) serviço(s) em que se desenvolve o *Programa*, sob orientação de seu corpo docente-assistencial, coerente com o perfil de competências estabelecido pela respectiva *Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde* (COREMU). A intenção foi deixar claro que não mais se tratava de monografia ou artigo científico, porque não é formação de pesquisadores, mas de trabalhadores. As habilidades a serem desenvolvidas são as de organização do pensamento, comunicação, divulgação e difusão do conhecimento, de vivências e reflexões críticas, entre outras. Assim, o TCR pode ser um projeto, um plano operativo, uma norma técnica, um protocolo, um documentário, uma narrativa reflexiva, uma analítica de situação, um protótipo, uma proposta de metodologia etc. As formas de apresentação podem envolver design técnico, científico, artístico ou de popularização do saber (as mesmas modalidades previstas para os mestrados profissionais e outras formas de fomento em ciência, tecnologia, docência e arte), apenas não estão ao sabor do *profissional de saúde residente*, mas do projeto pedagógico e área profissional (“área de especialidade/ênfase/temática/concentração”) de cada residência. Nesse sentido, os *Programas de Residência em Área Profissional da Saúde* devem dispor, em seu regimento e *Programa* Pedagógico de Residência (PPR), sobre a produção científica, tecnológica ou artística aceita pelo *Programa*, devendo ser individual. O TCR é obrigatório e representa componente certificativo de trabalho final de curso de pós-graduação *lato sensu*. A

designação desse produto final, atendendo às singularidades da formação em serviço sob supervisão, é *Trabalho de Conclusão de Residência* (TCR).

A construção do TCR deve, então, promover a reflexão coletiva tanto no campo quanto nos espaços constituídos para formação teórica, buscando romper com uma formação fundamentada na separação entre teoria e prática (MARTINS *et al.*, 2010). Espera-se que, com a construção do TCR, os profissionais de saúde residentes estejam aptos a reconhecer diferentes tipos de pesquisa, escrita e documentação para a construção e divulgação da informação e do conhecimento. Saibam buscar, usar e citar informação científica, tecnológica e artística, conheçam as normas da ABNT para produção acadêmica, fluxos para submissão de projetos de pesquisa e de ação, assim como regulamentações éticas. Espera-se que, na oportunidade de discussão sobre a elaboração do TCR, os profissionais de saúde residentes compreendam as possibilidades da realização de pesquisas para a transformação da realidade de saúde; reflitam sobre sua condição crítica e propositiva com postura ética e, por fim, elaborem projetos relacionados com as práticas de saúde que contribuam para a qualidade de vida da população, atentando para suas necessidades de saúde ou para o seu próprio desenvolvimento como agentes de pensamento e construção de saberes.

Apresenta-se como um desafio a possibilidade de realização coletiva do TCR, produção para a qual o profissional de saúde residente é estimulado ao trabalho colaborativo com os demais companheiros de outras categorias profissionais e pode, também na atividade de conclusão da sua formação, construir de forma compartilhada e em grupo a pesquisa, o relatório e a apresentação de seu trabalho final. Entretanto, as regras da pós-graduação no Brasil ainda exigem a entrega de trabalho individual. Um caminho intermediário aos grupos que alcançam trabalhar em conjunto é a estruturação do trabalho em componentes coletivos (revisão da literatura, metodologia e resultados, por exemplo) e componentes individuais, como título singularizado, elementos pré-textuais (dedicatória, agradecimentos, epígrafe), apresentação com aspectos memoriais, capítulo de discussão com um ponto de vista particular ou individual e capítulo de conclusão com destaque aos aspectos individuais trazidos ao documento. É desejável que o processo de elaboração do TCR fomente nos *profissionais de saúde residentes* o desenvolvimento de competências transversais, tais como: produção e criação do conhecimento e compromisso com a transformação da realidade, expansão de projetos de vida dos atores sociais envolvidos, ou a que se destinem, e desenvolvimento de uma relação ética do objeto de estudo/tematização/difusão (seja reflexão, pesquisa, narrativa, ensaio,

documentário ou projeto, entre outros) com o *Programa*, seus cenários de prática e sua inserção social.

Os objetivos gerais relacionados ao desenvolvimento do TCR são os de promover a reflexão coletiva sobre os diferentes tipos de documentação, divulgação, difusão e popularização da informação e do conhecimento, assim como de pesquisas e construção (de forma colaborativa) de temas de pensamento, socializando saberes adquiridos e experiências vividas. A depender do *Programa de Residência em Saúde*, a orientação para a construção do TCR pode acontecer de forma transversal, com uma estrutura pedagógica composta por *unidades de aprendizagem* ou segundo *componentes curriculares*, onde se apoia a construção de caminhos do pensamento, estilos de escrita, estratégias de comunicação, mecanismos de divulgação, técnicas de busca e uso da informação científica, tecnológica ou artística, mas também *seminários de TCR*, onde se realiza o debate coletivo de cada proposta com a presença de profissionais de saúde residentes e orientadores, podendo-se incluir convidados, preceptores e tutores. A *qualificação de TCR* é o momento da apresentação de cada proposta organizada para afinar seu seguimento e construção do documento final, seja ele sob a forma que for, conforme a própria atividade de qualificação indique ou delibere. Por fim, concluído o TCR, com a orientação de um membro do corpo docente-assistencial ou de convidado aprovado pelo *Núcleo Docente-Assistencial Estruturante* (NDAE) de cada *Programa*, deve ocorrer a *Defesa Final de TCR*, ou seja, a apresentação pública, em presença do orientador, de colegas e convidados. O orientador deve ter titulação mínima de mestre, supondo-se o domínio em estilos de escrita e organização do pensamento em textualidade acadêmica, podendo ser indicado coorientador ou colaboradores, sempre que necessário.

Unidades de aprendizagem ou *componentes curriculares* devem ter como conteúdos elementos de apoio em metodologia da pesquisa, elaboração de projetos e redação acadêmica para cada estilo de trabalho. Recomenda-se sejam ministrados após o primeiro semestre do primeiro ano de residência com periodicidade bimestral neles sendo apresentados os temas/momentos que subsidiam teórica e metodologicamente a produção planejada pelo profissional de saúde residente.

Seminários de TCR consistem no levantamento inicial dos interesses de escrita/pesquisa/projetação. Sugere-se a organização de ciclos temáticos nos quais os profissionais de saúde residentes devem apresentar seus interesses iniciais, tais como problema, relevância, justificativa e “plano de exploração”, seguido de debate, trocas interativas, sugestões, discussão de caminhos, sentidos e finalidades. Os *Seminários* devem compor a programação anual do *Programa de Residência* e a

participação de cada um dos profissionais de saúde residentes deve ser compulsória e objetiva fomentar a primeira escrita para a feitura do TCR.

A *Qualificação de TCR* refere-se ao momento em que os profissionais de saúde residentes apresentam seu primeiro texto/primeira escrita sob a orientação de um membro do corpo docente-assistencial ou profissional credenciado pelo *Núcleo Docente-Assistencial Estruturante* de sua área profissional ("área de especialidade/ênfase/temática/concentração"), já com delineamento organizado de suas pretensões ao *Trabalho de Conclusão da Residência*. É fundamental a coerência entre a proposta e o projeto pedagógico da residência. Essa etapa também deve constar na programação anual e ser de participação compulsória, objetivando fomentar o desfecho do trabalho em um produto compartilhável e de difusão acadêmica. Deve-se considerar, nessa etapa, o delineamento de um "caminho do pensamento", contemplando, em aspectos gerais ou formais, os tópicos estruturantes de: introdução, justificativa, estado da arte, metodologia e resultados esperados.

A *defesa final de TCR* consiste em defesa pública, com apresentação, em média, de três profissionais de saúde residentes por ciclo/turno, cujas temáticas de seus respectivos trabalhos se aproximem. Recomenda-se que, ao final de cada apresentação, um parecerista convidado, e que leu o trabalho previamente, apresente suas considerações, recomendações e parecer de aprovação ou de rejeição justificada. Em caso de rejeição, o profissional de saúde residente deve dispor de um prazo de mais 30 dias para apresentação de nova versão, a ser apreciada pelo *Núcleo Docente-Assistencial Estruturante*.

Ressalta-se que o TCR deverá ser realizado durante a *Residência*, correlacionado à vivência do profissional de saúde residente e demonstrando sua capacidade de utilizar dos conhecimentos recebidos para divulgar aprendizagens, apreensões cognitivas, vivências afetivas e busca de informação científico-tecnológica, representando uma contribuição para o desenvolvimento da sua formação, do *Programa* e da área de ênfase/especialidade/concentração em que o *Programa* se insere. Recomenda-se que, independentemente do desenho de estudo/projeto ou narrativa/ensaio escolhido, o documento apresente um mínimo de revisão da literatura (estado da arte, revisão sistemática ou revisão integrativa) e um mínimo de itinerário percorrido (metodologia, caminhos, percurso, estratégias), pois asseguram sustentação epistemológica ao proposto e ao estilo de apresentação. O produto final que servirá de requisito para conclusão da *Residência* deve ser apresentado em formato que permita difusão e divulgação. Em caso de trabalhos finais em formato

performance, coreografia, dramatização, vídeo-documentário, protocolo, metodologia, projeto de intervenção etc., o mesmo deve ser acompanhado por documento de escrita com sua apresentação, justificativa, descrição, discussão, análise, referências e apêndice (fotos ou link para o álbum, site de vídeo, site de publicação ou o documento produto), além da estrutura básica para todos os tipos de TCR: parte externa, elementos pré-textuais, elementos textuais e elementos pós-textuais.

A *Parte Externa* diz respeito à capa na qual deve constar título, nome do programa e do autor, além de local e data. Os *Elementos pré-textuais* correspondem a: folha de rosto com dados de identificação sobre ser TCR e quem orientou e co-orientou, se foi o caso; dedicatória (opcional); agradecimentos (opcional); epígrafe (opcional); resumo em português (obrigatório) e em língua estrangeira (as línguas aceitas devem ser aquelas indicadas ou aceitas pelo NDAE); lista de ilustrações (opcional); lista de tabelas (opcional); lista de abreviaturas e siglas (opcional); lista de símbolos (opcional) e sumário (obrigatório). Os *Elementos textuais* são: apresentação (opcional); introdução; desenvolvimento (não importa a forma da escrita, a presença ou não dos subtítulos formais, mas nesse campo, de algum jeito, constarão justificativa e objetivos ou uma descrição sistematizada daquilo que foi feito, tematização, discussão sobre facilidades e dificuldade) e conclusão. Os *Elementos pós-textuais* incluem: referências (obrigatório); glossário (opcional); apêndice (opcional); anexos (opcional) e índice (opcional).

O TCR sempre traz insegurança ou apreensão, às vezes, é difícil encontrar um orientador que vibre na mesma intensidade que o profissional de saúde residente. A recíproca também é verdadeira. Sabemos que as aulas e orientações nunca sugerem tudo que o profissional residente gostaria de obter, mas a construção do TCR é autoral, portanto, não há como pular ou burlar esse caminho. Um TCR sempre portará as intenções, os resultados e os impactos que o autor escolheu compartilhar. Um confronto que cada autor deve tecer consigo mesmo é sobre a mútua relação entre objetivos e resultados finais, mas sempre restará, como balanço final, contar sobre o que não se conseguiu abordar e que outros colegas poderão vir a fazê-lo nas turmas seguintes. Acima de tudo, o TCR é dos aspectos mais importantes do *Programa de Residência*. Embora seja um registro material, ele é a memória do transcurso imaterial do programa. Ao analisar o perfil dos TCR, se dimensiona o *Programa*, aquilo que ali transcorreu ao longo dos anos e das turmas. É nesse sentido que eles se tornam a memória imaterial. Por meio dos TCR se pode construir uma narrativa muito importante para todos os envolvidos e para contar sobre os *Programas*.

TRABALHO EM EQUIPE

TALITA ABI RIOS
CÉSAR AUGUSTO PARO

Trabalho em equipe pode ser considerado a capacidade de indivíduos que compõem uma agrupamento, de categorias profissionais similares ou não, se articularem entre si no cotidiano das práticas de trabalho, para o desenvolvimento de ações que permitam seja o cuidado integral à saúde de usuários seja a ação em territórios, por meio da divisão de responsabilidades e tomada de decisões conjuntamente, seja por meio de ações individuais ou coletivas destes indivíduos. O conceito de *Trabalho em equipe* pode ser aplicado a áreas distintas, como no processo escolar, administrativo e no campo da saúde (SANTOS, 2010). No campo da saúde, o *Trabalho em equipe*, em síntese, refere-se à capacidade das equipes de proporcionar um atendimento de saúde e tomar decisões de forma conjunta (MOOSER; BEGUN, 2014).

É importante ressaltar que o mote do *Trabalho em equipe* está na composição de múltiplos saberes, embasado pela *interdisciplinaridade* que pode ser concebida tanto por meio da racionalidade científica quanto da articulação, em campos operativos, entre ciência, técnica e política (MINAYO, 1994), assim como pelo encontro de disciplinas que se comunicam umas com as outras, confrontam e discutem as suas perspectivas, estabelecendo entre si uma interação mais forte, o que exige, na sua construção, trocas e articulações profundas entre os diferentes elementos participantes (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008). Segundo Furtado (2009), o trabalho interdisciplinar trata-se de um fazer com e entre muitos, ou seja, ação em equipe. Logo, esta forma de atuação exige a instauração de um ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações. O *Trabalho em equipe* é considerado um processo de relações entre pessoas, com múltiplas possibilidades, e que deve ser constituído no cotidiano do trabalho, por meio de uma rede de relações que inclui poderes, saberes, afetos, interesses e desejos. A composição da equipe por indivíduos que possuem diferenças – desde a formação até aspectos subjetivos – tende a contribuir com o processo de trabalho em comum que deve desenvolver. Dessa maneira, o trabalho

em equipe não é estabelecido apenas pela convivência entre os profissionais que ocupam o mesmo espaço físico de trabalho, mas é construída/desconstruída/reconstruída permanentemente através da disponibilidade dos trabalhadores em pensar e atuar conjuntamente (FORTUNA *et al.*, 2005).

A relevância em abordar o conceito do *Trabalho em equipe* acentua-se uma vez que as categorias profissionais e os próprios profissionais estão cada vez mais especializados e fragmentados (MOOSER; BEGUN, 2014). A execução de *Trabalho em equipe* é importante para atender as necessidades de saúde da população e do território, proporcionar um atendimento qualificado, promover a capacitação entre os indivíduos e as organizações, gerar inovações na resolubilidade e dividir as responsabilidades na tomada de decisões e execução das ações de saúde. O *Trabalho em equipe* tem como objetivo central a obtenção de resultados, que pode ser constatada pela atenção integral às necessidades da clientela. Esta é a principal diferença entre o *Trabalho em equipe* e o trabalho em grupo, em que o cerne está na realização de tarefas (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). Nesse sentido, os profissionais que operam através do *Trabalho em equipe* desempenham a sua profissão, o seu saber de núcleo[1], inseridos em um processo de trabalho coletivo, por meio da ampliação da intervenção individual e coletiva, e da organização do processo de trabalho. Os integrantes que compõem a equipe devem possuir/desenvolver a habilidade de conhecer e analisar o trabalho, ponderando as atribuições específicas e preservando as diferenças técnicas, e compartilhando seus conhecimentos e informações, por meio da flexibilização das fronteiras entre as áreas profissionais (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009; CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

ACUMULAÇÕES AMPLIADAS

Na *8ª Conferência Nacional de Saúde* ocorrida em 1986 no Brasil, as discussões relativas à área de recursos humanos destacavam a relevância das equipes de saúde em substituição ao processo de trabalho individual e independente de profissionais de saúde. Os debates sobre atenção integral, com a concepção ampliada das necessidades de saúde dos usuários e da população de determinado território, foram intensificados nos anos 1990. Com a inserção do *Programa Saúde da Família* na década de 1990 – que nos anos 2000 passa a ser *Estratégia Saúde da Família* (ESF) – o *Trabalho em equipe* recebe destaque como reorganização e diretriz operacional do processo de trabalho (BRASIL, 2006c; PEDUZZI, 2009).

[1] O conceito de campo e núcleo de saberes foi proposto por Campos (2000a), em que o *núcleo* estabelece a demarcação de um saber e prática profissional, e o saber de *campo* não possui limites precisos e serve de apoio entre as diferentes profissões.

A *Lei nº 10.424*, de 15 de abril de 2002, acrescenta, na *Lei Orgânica de Saúde nº 8.080*, de 19 setembro de 1990, capítulo referente a internação domiciliar, sancionando que o atendimento e a internação domiciliar devem ser realizados por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2002). O cuidado domiciliar no sistema público de saúde foi fortalecido por meio do *Programa Melhor em Casa*, lançado em 2011, a partir da prerrogativa do *Trabalho em equipe* como um princípio e um processo da organização do serviço. Nesse *Programa*, o *Trabalho em equipe* é baseado na interprofissionalidade e deve ser desenvolvido com a valorização de saberes e práticas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, de forma a viabilizar uma abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2012b).

A *Política Nacional de Humanização* (PNH) surge em 2003 com a aposta no fortalecimento do *Trabalho em equipe* como um princípio norteador e diretriz geral para sua implementação. Assim, a política apresenta uma proposta baseada no *Trabalho em equipe*, por meio da troca de saberes e diálogo entre os profissionais, possibilitando a corresponsabilização de todos os envolvidos na rede do *Sistema Único de Saúde* (BRASIL, 2004d).

Buscando o fortalecimento das ações de *Atenção Básica* no contexto do SUS por meio da constituição de equipes multiprofissionais para além da equipe mínima em saúde da família, são criados os *Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Atenção Básica* (NASF) em 2008 (BRASIL, 2008c). Nesses núcleos, o *Trabalho em equipe* é um dos princípios e diretrizes, e, devido à sua composição por profissionais de diferentes formações, deve ocorrer de maneira colaborativa e múltipla, por meio da troca de saberes (BRASIL, 2014b). Mesmo diante da valorização do conceito de *Trabalho em equipe*, há o reconhecimento de que grande parte dos profissionais de saúde não possui formação para esse modelo de trabalho, o que ainda traz dificuldades no cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

A *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB), que também tem como diretriz o trabalho em equipe, articula em si a *Política Nacional de Humanização*, o *Programa Melhor em Casa*, a *Estratégia Saúde da Família*, o NASF e diversos outros programas. Ela reforça o modelo de *Trabalho em equipe* voltado a populações de territórios definidos, como forma de exercício das práticas de cuidado e gestão democrática e participativa, devendo assumir responsabilidade sanitária, ponderando a dinâmica dos territórios onde as populações estão inseridas (BRASIL, 2011).

TRABALHO EM EQUIPE NA RESIDÊNCIA

Os *Programas de Residência em Saúde* pretendem atender o preceito constitucional da integralidade, fazendo-o por meio da interdisciplinaridade (programas uni ou multiprofissionais) e da interprofissionalidade (programas multiprofissionais). A inclusão de diferentes categorias profissionais visa a uma formação coletiva. Assim, na trajetória das *Residências em Saúde* no Brasil, identificou-se o objetivo de ampliar o número de projetos junto ao *Ministério da Saúde*, por meio das parcerias entre instituições de ensino e secretarias de saúde, para formar profissionais habilitados para trabalhar em equipe (BRASIL, 2006c). O *Trabalho em equipe* nas *Residências em Saúde* torna-se um objetivo específico dos programas de formação, diversas vezes inserido nos *Projetos Pedagógicos de Residência* (PPR), como habilidade a ser desenvolvida e consolidada, permitindo a capacidade de lidar com conflitos de modo crítico e criativo, com a troca de saberes e a construção de novos conhecimentos – exemplos da Bahia, Aracaju (SE), Juiz de Fora (MG), Marília (SP), Porto Alegre (RS), Rio de Janeiro (RJ), São Carlos (SP), entre outros estão documentados na memória dos projetos de residência (BRASIL, 2006c).

Na *Residência em Saúde da Família* da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG), por exemplo, o *Trabalho em equipe* é considerado uma estratégia para desenvolvimento de habilidades específicas da assistência, por meio da execução de procedimentos específicos para integração permanente entre os profissionais, visando ao estreitamento das relações entre o conhecimento biológico e social (BRASIL, 2006c). A formação na Residência Integrada em Saúde do *Grupo Hospitalar Conceição* considera a integralidade, uma das diretrizes do *Sistema Único de Saúde*, fundamental para a formação de seus profissionais residentes. O *Trabalho em equipe* também é um dos princípios orientadores do PPR, tido como fundamental por permitir o envolvimento de uma maior gama de possibilidades de pensar as intervenções em saúde. Considera que a integração de saberes dos diferentes campos de conhecimento permite a interdisciplinaridade, como, também, a interprofissionalidade, e que deve ser conduzido por posturas éticas claras e discutidas em equipe, estabelecendo o compromisso de solidariedade e cooperação entre colegas, usuários dos serviços e da instituição (BRASIL, 2006c).

Assim, o *Trabalho em equipe* é fundamental para a consolidação do princípio da integralidade no SUS, tendo nas *Residências em Saúde* uma potente ferramenta para desenvolvimento dessa habilidade entre profissionais de diferentes categorias profissionais.

TUTORIA

VERA LÚCIA PASINI
MALVILUCI CAMPOS PEREIRA

O termo *Tutoria* está relacionado ao exercício da função de *tutor***,** ao qual são atribuídos diversos e diferentes significados. Segundo o dicionário Houaiss (2008), é descrito como: "indivíduo que exerce uma tutela; quem ampara, protege; guardião", mas também "quem ou o que supervisiona, dirige, governa" ou ainda, aquele "que exerce tutela judicial ou não". Nesta perspectiva, podemos entender tutoria como "função ou autoridade de tutor", atividade que envolve "governo", "direção", ou ainda, "proteção de alguém ou algo". No contemporâneo, o termo se popularizou com a emergência e crescimento da educação à distância (EaD). Nessa modalidade de ensino, o tutor acompanha o desenvolvimento e a aprendizagem dos alunos a partir do material enviado por meio de ferramentas tecnológicas de ensino à distância (SÁ, 1998).

No campo da formação em saúde, e especialmente da formação médica, a função de *Tutoria* emerge como uma modalidade de trabalho com alunos, vinculada às propostas de aprendizagem significativa. Botti e Rego (2008, p. 367) apontam que, nesse campo, é denominado como tutor "[...] aquele que orienta a formação de profissionais já graduados e que atuam no sistema de saúde". Referem, ainda, que essa nomenclatura também é utilizada no contexto da formação médica em outros países, tendo os tutores as funções de: (1) facilitar o processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno; (2) favorecer o aprender a aprender; (3) potencializar a aquisição dos requisitos de competência clínica e de compreensão da essência da prática profissional; (4) avaliar o profissional em formação.

No Brasil, o tutor emerge como um importante componente do processo de mudanças propostas pelas *Diretrizes Curriculares Nacionais* (DCN) dos cursos da área da saúde, que referenciam a responsabilidade do professor como facilitador e mediador de um processo de ensino-aprendizagem que contemple teoria e prática (BRASIL, 2001). Para viabilizar a realização de programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, foi

proposto, em 2005, o *Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho* regulamentado pela *Portaria MS nº 1.111* (BRASIL, 2005a). Nessa portaria, a função de tutoria foi definida como parte do corpo docente com:

> [...] função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar diariamente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço (BRASIL, 2005a, art. 7º, § II).

Em 2012, a *Resolução nº 2*, de 13 de abril, da *Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (*CNRMS), ao dispor sobre as *Diretrizes Gerais para os Programas de Residência* [...] *em Área Profissional de Saúde* (BRASIL, 2012a), caracteriza a função de tutor como: "[...] atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos" (Art. 11), sendo desenvolvida em duas modalidades: Tutoria de núcleo e Tutoria de campo. A primeira 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" (§1º); a segunda corresponde 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" (§2º).

Segundo o Art. 12 dessa *Resolução* (BRASIL, 2012a), as competências do tutor transitam dentro do compromisso com os *Programas de Residência em Saúde*, os Preceptores, os Residentes e *os Serviços de Saúde* em que estão inseridos. Trata-se de participar das atividades dos *Programas de Residência em Saúde* periodicamente, no sentido de promover: (a) a articulação ensino/serviço; (b) a implementação e avaliação do PPR proposto; (c) a educação permanente em saúde junto aos preceptores; (d) o desenvolvimento de ações voltadas à qualificação dos serviços e de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde; (e) a articulação entre preceptores e residentes, com outros *Programas de Residência em Saúde* e com diferentes níveis de formação; (f) a orientação e avaliação dos trabalhos de conclusão dos residentes, bem como do processo de aprendizagem do residente, durante seu percurso de formação.

Além da denominação oficial proposta pela CNRMS, a definição de *Tutor* está presente de diversas formas nos contextos dos *Programas de Residência em Saúde* e em seus Projetos Pedagógicos. Encontramos o tutor nomeado como vinculado às ações de campo e ao acompanhamento do processo de ensino e aprendizagem dos envolvidos com determinado local de formação (HAUBRICH, 2015), ou, ainda, como responsável "[...] pela articulação do ensino teórico com os campos de formação prática" (MARTINS *et al.*, 2010, p. 85). Dificuldades de clareza sobre o papel desse ator nas propostas de *Residências em Saúde* também são identificadas. Este fato foi apontado por Souza (2012) ao avaliar a perspectiva do *Núcleo Docente-Assistencial Estruturante* (NDAE) em relação aos papéis de docente, tutor e preceptor ideais para as *Residências em Saúde* e, por Botti e Rego (2008), que, ao estudarem os papéis de preceptor, supervisor, tutor e mentor no Brasil, com enfoque na *Residência Médica*, evidenciam a diversidade de denominações, de entendimentos e de sobreposição desses termos.

No contexto atual das *Residências em Saúde*, a tutoria tem se concretizado como a atividade de ensino desenvolvida por um profissional, geralmente vinculado a *Instituições de Ensino Superior* (IES), seja quando proponentes principais, apoiando os serviços, seja quando parceiras dos serviços proponentes na execução do processo formativo dos residentes. Também pode representar a tarefa precípua de atua conceitual ou metodológica diretamente exercida com os residentes e os preceptores no sentido, enquanto os preceptores atuam na orientar, esclarecer dúvidas e acompanhar do processo assistencial da formação em serviço. Além disso, o compromisso do tutor se estende à interação ativa no Projeto Pedagógico dos *Programas de Residência em Saúde*, por meio da participação nos NDAE e *Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde* (COREMU) – espaços de gestão organizados pelas instituições proponentes. Entendemos que o tema da *Tutoria* encontra-se em constante processo de construção, aberto a novas formulações, a partir do acúmulo produzido nas experiências vivenciadas em cada *Programa de Residência em Saúde*.

UBUNTU

Liliana Santos
Mônica Lima de Jesus

> *Uma pessoa com Ubuntu está aberta e disponível para as outras, apoia as outras, não se sente ameaçada quando outras pessoas são capazes e boas, com base em uma autoconfiança que vem do conhecimento de que ele ou ela pertence a algo maior que é diminuído quando outras pessoas são humilhadas ou diminuídas, quando são torturadas ou oprimidas.* (Desmond Tutu)

Pronuncia-se U-bún-tu. Ubuntu (s.m.); em xhosa/zulu: lit. "eu sou o que sou pelo que nós somos todos" (BASSO, 2015). Pensar no trabalho em equipe no contexto das *Residências Multiprofissionais em Saúde* implica, necessariamente, pensar nas relações entre os processos "constitutivos de pessoas" desencadeados com o vivenciar dessa modalidade de formação em saúde, os modos de viver das comunidades e a organização dos serviços de saúde. Partindo da ideia de que todo trabalho em saúde é complexo, dada sua multideterminação e o conjunto de tensionamentos que atravessam a produção de um ato de cuidado, o aprendizado desse trabalho também requer complexidade.

O resgate da filosofia *Ubuntu* das culturas ancestrais africanas atrela à noção de trabalho em equipe a prática coletiva e a interdependência que nos constitui como humanos. Além dessa inspiração, agregamos nossas experiências pessoais e profissionais ao resgate de alguns pressupostos éticos e estéticos e uma busca na produção científica da área da saúde, visando a uma síntese provisória acerca do trabalho em equipe. Os estudos encontrados compreendem o período de 2005 a 2016 e alguns estudos clássicos da década de 1990.

Na área da *Saúde Coletiva*, a autora que melhor define trabalho em equipe e serve de ponto de partida para estudos mais recentes é Marina Peduzzi. A leitura atual do seu estudo (PEDUZZI, 1998) oferece um ponto de partida para a tomada de consciência acerca da importância de outras categorias profissionais, além da médica e de enfermagem, para lidar com a complexidade do processo saúde-doença-cuidado. A inclusão das demais categorias é um novo horizonte que se abre para a organização dos serviços na perspectiva da integralidade e na conexão destes com as necessidades e

problemas de saúde da população. Nesta direção, o trabalho em equipe "[...] se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes. [...] os profissionais constroem consensos que configuram um projeto assistencial comum, em torno do qual se dá a integração do equipe de trabalho" (PEDUZZI, 2000, p. 151). Para Peduzzi (1998), essa modalidade possibilitaria o enfrentamento da fragmentação de tarefas e a severa divisão, tão evidentes nos processos de trabalho em saúde.

Considerando publicações mais recentes, foi possível identificar o predomínio de estudos empíricos, que exploram direta ou indiretamente temas que se remetem à noção de trabalho em equipe ou "correlatos" (equipe multiprofissional, equipe de saúde, por exemplo). Entre as abordagens metodológicas, as entrevistas com os profissionais de saúde, que compõem as equipes associadas a análises documentais, são as técnicas mais utilizadas. Poucos estudos distanciam-se dessa tendência, realizando revisão de literatura ou estudo teórico. A revisão realizada por Fortuna *et. al.* (2005), aponta para uma concepção de equipe relacionada a um conjunto de trabalhadores em um mesmo estabelecimento, embora apareçam algumas referências ao compartilhamento de projetos ou à realização de cuidado integral, com possível articulação entre disciplinas e saberes. Os aportes teóricos são diversos, não facilitando uma categorização. No entanto, todos assumem uma vertente crítica do trabalho e/ou da formação em saúde.

Os contextos dos estudos, geralmente, remetem-se à *Atenção Básica* e, particularmente, à *Estratégia Saúde da Família*. Nesses estudos, além do destaque para a qualidade das relações cotidianas e a importância do vínculo entre os profissionais e os usuários, entre eles e os possíveis "agentes em formação" (graduandos e residentes, por exemplo), observamos que a integração da equipe de trabalho é considerada um dos maiores desafios para o êxito da saúde da família e a aproximação para uma compreensão mais complexa do processo saúde-doença-cuidado (COLOMÉ; LIMA; DAVIS, 2008). Além disso, não é incomum que os agentes comunitários de saúde sejam percebidos como um forte elo entre a comunidade e os serviços de saúde, mediação que parece incidir no trabalho em equipe (MARTINS; GARCIA; PASSOS, 2008).

Não identificamos definições precisas nos estudos identificados pesquisados. A preocupação explícita dos(as) autores(as) é refletir sobre os fazeres cotidianos nos serviços de saúde e reafirmar que os desafios (organizacionais, instrumentais e relacionais) do trabalho em equipe são inúmeros, seja no âmbito da assistência à saúde, seja no da gestão em saúde. Há ênfase na perspectiva de que o trabalho em equipe seja uma estratégia que colabore para a consolidação do *Sistema Único de Saúde*

(SUS) se, particularmente, fundamentado em noções como integralidade e interdisciplinaridade (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Nesse sentido, os estudos localizados apresentam esses conceitos polissêmicos como uma espécie de imagem objetivo para o trabalho em equipe, que se concretiza em algumas trocas de experiências ou no declínio da hierarquia entre campos de conhecimento e áreas profissionais.

Outro aspecto que merece destaque é a inclusão das necessidades de saúde dos sujeitos e a participação dos usuários como orientadoras do trabalho em equipe, em sintonia com os princípios do SUS (SILVA; MOREIRA, 2015; CREVELIM e PEDUZZI, 2005). Sugere-se, então, que a constituição das equipes de saúde transcenda ao espaço técnico ocupado pelos profissionais. Ela dialoga com o conjunto dos sujeitos envolvidos com as ações de saúde, incluindo-se aí os cidadãos usuários, estudantes, residentes, docentes, gestores e conselheiros de saúde, cujas participações na organização dos processos de trabalho são cada vez mais mencionadas, mas ainda não aparecem em tipologias de equipes de saúde.

Nessa direção, agrega-se à noção de *trabalho em equipe* a participação dos usuários como protagonistas das ações de saúde. Não se trata apenas de chamar a atenção para a oferta do cuidado integral ao usuário, mas envolver também uma participação mais efetiva do usuário cidadão na conquista do direito à saúde e a sua negociação com o conjunto dos profissionais e dispositivos de saúde, seja no plano assistencial, seja no plano político, incluindo seus próprios saberes e estratégias. Não deve haver sobreposição das noções *equipe de saúde* e *trabalho em equipe*. A grosso modo, a equipe de saúde, composta por trabalhadores do setor da saúde e demais atores vinculados como voluntários ou, mesmo, conselheiros, ao realizarem suas tarefas, desenvolvem o trabalho em equipe, que varia em relação à qualidade, que não tem sentido *a priori* sem a existência dos usuários. O trabalho em equipe, buscando sintetizar as diversas contribuições dos autores citados aqui, exige uma relação dos trabalhadores de saúde e demais atores, como força motriz do seu trabalho, e não comporta nem a saúde, tampouco a doença como categorias independentes.

Então, por isso, podemos pensar a tecnologia leve como a mais relevante para o trabalho em equipe, se ela imprimir uma determinada qualidade potencialmente positiva no encontro com o usuário e com as tecnologias dura e leve-dura (MERHY, 1999), incluindo os saberes e as estratégias do usuário cidadão, que poderíamos chamar provisoriamente de tecnologias de existência ou tecnologias *Ubuntu*, marcadas com o compromisso de interdependência pela vida coletiva como algo maior.

O que podemos sintetizar para o trabalho em equipe em *Residência de Saúde*? Ou o que pode ser útil para aqueles interessados nas *Residências*? Certamente, tudo que foi dito até o momento faz sentido para a *Residência em Saúde*. Apenas um elemento, gostaríamos de ressaltar: o lugar ocupado pelos(as) residentes nos processos de trabalho, que é definido por sua formação profissional prévia, associada à condição de estudante, em conexão com uma outra equipe, que dá suporte técnico, científico e, é desejado, apoio afetivo a suas práticas. Para Dallegrave e Ceccim (2016, p. 5), "[...] há algo que se insinua e opera na condução de condutas de todos e de cada um" com a chegada de residentes nos serviços de saúde. Se a equipe que os(as) recebe já vivencia a educação permanente em saúde, estará mais permeável à inserção dos residentes, a partir dos regramentos que são próprios dos *Programas de Residência em Saúde*. Para os autores, é possível estabelecer uma relação orientada não só pela hierarquia, mas também "[...] pela escuta e pelo respeito à instância que emite as orientações a serem seguidas" (p. 8), que incluem as orientações das respectivas Comissões, coordenação e preceptoria.

Ao fazer parte de equipes de aprendizagem, o(a) residente pode interagir de forma livre e autônoma, embora regulada pelas diretrizes e princípios que organizam a *Residência em Saúde*, mas, ao mesmo tempo, comprometida com o crescimento mútuo e interdependente e com a melhoria das condições de vida das pessoas acolhidas por estas equipes. Jesus e Araújo (2011) exemplificam a potencialidade desse encontro ao relatarem o desenvolvimento de oficinas com usuários de saúde mental, nas quais o debate sobre os direitos dos usuários serviu como dispositivo no processo de politização de ambos. Talvez a condição de estar residente propicie um tipo de autorização para o experienciar um trabalho *Ubuntu* em equipe, nos termos que estamos buscando construir nas presentes linhas, o que é almejado, mas arduamente alcançado no trabalho em equipe junto aos serviços de saúde, como categoriza Peduzzi (2001), ao evidenciar o predomínio de equipes agrupamento em relação às equipes integração (PEDUZZI, 1998).

Por outro lado, Araújo e Rocha (2007) destacam a tendência ao aparecimento de equipes integração em contextos da saúde da família, associada às características da própria *Estratégia Saúde da Família* como um espaço favorável à construção de novas práticas. Eles também ressaltam a importância do perfil do(a) trabalhador(a), ou seja, a qualidade da sua formação prévia à incorporação em uma equipe de saúde como um potencial para instalação de um tipo ou outro de equipe.

Em relação à formação em uma *Residência Multiprofissional em Saúde*, Rossoni (2015) analisa suas potencialidades e vulnerabilidades, produzidas pela provisoriedade e pela incerteza que

permeiam a conformação das equipes e os processos de trabalho, identificando as brechas para atitudes solidárias. Além disso, a autora sintetiza que o envolvimento dos(as) residentes com os usuários e com a equipe em que atuam é uma das possíveis resistências a tais incertezas e desafios nos serviços de saúde. Lobato *et al.* (2012) concluem que a formação em uma *Residência Multiprofissional em Saúde*, considerando sua potencialidade de questionar e, ao mesmo tempo, revitalizar as práticas instituídas nos serviços de saúde, organizada de forma democrática e que preze pela horizontalidade no processo ensino-aprendizagem, pode produzir sujeitos e coletivos comprometidos ético-politicamente com o SUS.

Por sua vez, Fortuna *et al.* (2005) agregam, ao debate do trabalho em equipes, a questão do poder, quando referenciam a ideia de que esse tipo de trabalho requer rever e desocultar poderes, além de analisar estrategicamente disputas e direcionalidades do trabalho, o que, no caso da ESF, é tratado na democratização das relações entre trabalhadores e usuários cidadãos. A capacidade de recorrer ao outro não como ameaça, mas como copartícipe da formação, pode dar aos residentes um certo tipo de *autorização* ao trabalho genuinamente coletivo entre eles, tutores, preceptores, usuários e demais trabalhadores, percepção que necessariamente integraria certas capacidades e modalidades de trabalho, no qual o aprendizado fosse permanentemente coletivo, interdependente e transformador, desde a graduação até o cotidiano dos processos de trabalho.

ÚNICO

Alcindo Antônio Ferla
Renata Flores Trepte
Márcia Fernanda de Méllo Mendes
Ana Paula Gularte Macedo
Letícia Stanczyk

Único é o atributo de qualidade que designa o sistema de saúde brasileiro, também é seu nome próprio: Sistema *Único* de Saúde. O nome foi registrado pela *Constituição Federal* de 1988, a *Constituição Cidadã*. Nome que ganhou não apenas uma sigla ou forma abreviada de designação, ganhou um apelido: SUS. Faca de dois gumes, o apelido arrasta o que há de melhor (a luta brasileira por uma reforma sanitária cidadã e "o SUS que dá certo") e aquilo que há de insuficiência e preconceito com a coisa pública (o SUS que não funciona, a saúde pobre para os pobres e a saúde pública conservadora). Escrever sobre o *Sistema Único de Saúde* (SUS), 30 anos depois de sua formalização na *Constituição Brasileira*, é desafiador. Há alguns anos, provavelmente, teríamos uma inflexão um pouco mais histórica, centrada no levantamento do momento anterior e das conquistas ou desafios. Atualmente, quando tudo o que parecia sólido, nas políticas públicas e na democracia brasileira, é alvo de ataques muito fortes no cotidiano, ataques patrocinados por forças e interesses alheios às conquistas no campo dos direitos sociais e humanos, é fundamental recuperar a capacidade de compreender e resistir.

Compreender os sentidos que as expressões que compõem o ideário do SUS tiveram na sua origem e no processo de implementação é muito relevante no momento atual para constituir resistências e (re)criação. Principalmente, a resistência epistêmica e política sobre os efeitos que produzem as máquinas de captura de sentidos que se armam em todo lado sobre as políticas públicas, que operam para esvaziar a potência das expressões que foram construídas e registradas nos textos legais graças à articulação do movimento social que acompanhou a elaboração da *Constituição Brasileira* de 1988 e seguiu sua implementação. Essas máquinas de captura buscam, de um lado, disputar sentidos, retirando potência nas expressões que permitiram avanços no pensamento e nas políticas sociais, e, de outro, contrapondo essas expressões às "evidências da ciência", num pressuposto frágil de que o paradigma vigente está forte e têm capacidade de explicar todos os fenômenos que operam no cotidiano da vida. As máquinas de sequestro produzem imagens de inadequação conjuntural do sistema público e universal de saúde, sobre subjetivismos (em oposição a

um objetivismo universalista da ciência régia), sobre a saúde como merecimento e não como direito e centram a determinação da saúde sobre comportamentos e características de indivíduos e grupos, esvaziando a determinação social da saúde e a responsabilidade do Estado. Nessa lógica, que propõe uma tautologia às avessas, tudo o que não está sob o domínio da ciência vigente e dos interesses dominantes, não tem viabilidade epistêmica, como se a ciência, e não o cotidiano, tivesse precedência sobre o conhecimento, como se a política fosse apenas o exercício de performances visíveis de autoridades públicas.

Tratar do *Único* requer uma lógica diversa, a da resistência, a dos fluxos de máquina de guerra (DELEUZE; GUATTARI, 1997) e, portanto, de uma bandeira de lutas, de uma causa ética, de um construcionismo permanente, de uma plena atenção às necessidades sociais em saúde, vivas e dinâmicas. Trata-se de uma escuta aos sentidos que foram sendo constituídos e às interações que foram se constituindo com o entorno. Sobretudo, interessa o efeito pedagógico que produziram nessa interação e que, em boa medida, explica a sanha de captura que se produz em resposta aos mesmos. Parte dessa captura protagonizada pelo próprio Estado e, parte, por lógicas que pertencem aos interesses do complexo produtivo da saúde e outros interesses, que também repercutem sobre o Estado, principalmente por meio dos atores que compõem os governos.

Como outros conceitos registrados na produção do *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira*, a expressão *Único* teve um efeito de *dispositivo*, o que significa que não carregou consigo a "missão" de um conceito de tipo ideal weberiano. Não se trata, como na obra de Max Weber (1992), de modelos mentais, abstratos, que pertencem ao plano das ideias (por isso "ideais") e que são utilizados para analisar determinadas situações sociais, sendo construídos pela articulação de certas características do objeto em estudo, que são empregados para contrastar os fenômenos sociais em questão e ampliar a compreensão que se tem sobre eles. Não é essa a melhor forma de compreender os sentidos da expressão *Único* que deu nome e constitui o SUS. A intencionalidade com o uso da expressão, que se tornou parte do nome próprio do sistema somente depois de ter sido instituída na produção cultural do movimento, foi de "fazer funcionar" um certo conjunto de mudanças no contexto em que se encontrava o sistema de saúde, segundo a perspectiva da análise de cenários formulada pela rede de atores que constituía o Movimento.

A UNICIDADE DO SUS EM PERSPECTIVAS DE RESISTENCIA

O sentido mais visível da expressão *Único* está dado pelo próprio texto da *Constituição Federal*

que, no seu Art. 198 define que as "[...] ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um *sistema único*", que deve ser organizado a partir das diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e de participação da comunidade, com poder de tomada de decisão. Há uma explícita referência a um sistema único em oposição a um sistema fragmentado, parcializado e de múltiplos comandos. Naquele momento, estava constituída a leitura de diversas fragmentações de caráter mais estrutural no sistema de saúde brasileiro e a expressão *Único* dizia da necessária superação dessas fragmentações.

A primeira fragmentação, e mais visível, era entre o sistema de *saúde previdenciária e a medicina ocupacional*, restrito aos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho ("contribuintes" e seus familiares) e, posteriormente, alguns grupos populacionais específicos (trabalhadores rurais, empregados domésticos) e o *sistema de saúde pública*, ofertado à população em geral, principalmente com ações de campanhas sanitárias, programas especiais (saúde mental, tuberculose, hanseníase, entre outros) e saúde materno-infantil. Ambos os sistemas estavam sob gestão de diferentes órgãos federais. A chamada *saúde previdenciária* e *medicina ocupacional* estava a cargo dos órgãos previdenciários: inicialmente as *Caixas de Aposentadorias e Pensões* (CAP), instituídas na República Velha, por meio da *Lei Eloy Chaves* (1923), vinculadas às empresas; os *Institutos de Aposentadorias e Pensões* (IAP), a partir de 1933, no Governo Vargas, voltados a categorias profissionais e mediados pelo *Ministério do Trabalho*, *Indústria e Comércio*; o *Instituto Nacional de Previdência Social* (INPS), criado em 1974; o *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social* (INAMPS), criado em 1977. No sistema de saúde pública, foram diversas organizações desde a chegada da Corte Portuguesa no Rio de Janeiro, em 1808. Após a Proclamação da República, foi criada, em 1896, a *Diretoria Geral de Saúde Pública*, vinculada ao *Ministério da Justiça e Negócios Interiores*; o *Departamento Nacional de Saúde Pública* (DNSP), criado em 1919; o *Departamento Nacional de Saúde*, em 1930, vinculado ao *Ministério da Educação e Saúde Pública* (MESP), então criado; o *Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social*, em 1937, vinculado ao reestruturado *Ministério da Educação e da Saúde* (MES); o *Ministério da Saúde*, criado em 1953. Mesmo no que diz respeito às estruturas organizacionais, a fragmentação foi ainda maior, com funções de saúde do sistema previdenciário e da saúde pública distribuídas por outras esferas, como, por exemplo, estados e municípios nas ações de saúde pública, ou intersecções entre ambos, como com o *Plano de Pronta Ação* (1974), que expandiu ações de urgência em serviços de saúde contratados pelo sistema previdenciário a toda a população. A fragmentação institucional estava dada

também no eixo da Saúde Pública, com Municípios, Estados e União respondendo por ações paralelas e em resposta a demandas locais e ao comando federal.

A unificação definitiva das ações do sistema previdenciário e de saúde pública ocorreu a partir da *Constituição Brasileira* de 1988, que também dispôs sobre um ordenamento da ação das três esferas de governo, na condição de gestores com responsabilidade compartilhada (PAIM, 2003; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). A fragmentação institucional, com paralelismo e/ou fragmentação de ações, é um dos problemas centrais dos sistemas de saúde em países de maior porte geográfico e populacional. No caso brasileiro, a diversificação de instituições foi contornada, no texto da legislação, pela ideia de um ordenamento único, independente da vinculação das instituições e organizações. Mesmo na comparação internacional, a tendência de descentralizar os sistemas de saúde (em alguns casos, apenas desconcentrar a oferta de ações e serviços, sem transferência de poder e de recursos suficientes para concretizar a descentralização) aponta o caminho do fortalecimento da autoridade sanitária dos ministérios e secretarias de saúde como condição para um ordenamento unificado dos mesmos, sendo implementada por meio de diversas ações relativas à formulação, organização e direção da execução das políticas de saúde dos países, sendo esse um processo essencialmente político (OPAS, 2002).

Outras fragmentações também marcavam a análise do cenário da saúde fortemente mobilizadora do processo de *Reforma Sanitária*. Uma delas, a dicotomia entre a assistência às doenças e as ações de promoção e proteção à saúde, que também constituíram parte da já citada fragmentação institucional, foi atenuada, no processo de produção epistemológica dos conceitos e narrativas na *Reforma Sanitária*, pela expressão "atenção à saúde", que envolve o conjunto de ações ofertadas no âmbito da produção, proteção e recuperação da saúde. A dicotomia entre serviços de natureza pública e privada, em que lógicas distintas operariam de forma definitiva, também foi uma constatação e uma questão relevante no processo constituinte, na qual a proposta de estatização de todos os serviços não prosperou. Assim, o desenho final foi de que serviços privados podem participar, complementarmente, do sistema público de atenção à saúde, por meio de contratos e convênios, e também podem ofertar, suplementarmente, serviços a outras estratégias de organização da oferta (planos e seguros privados, oferta direta aos cidadãos), ambos os casos submetidos à regulação pública estatal, o que, no cotidiano dos usuários, configura diferentes formas de interface (FERLA *et al.*, 2015). A expressão *Único* também foi utilizada para responder, do ponto de vista programático, ao que determinava o Art. 196 da *Constituição Federal*: "[...] a saúde é *direito de todos e dever do Estado*,

devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (grifos dos autores). Um dever do Estado frente ao direito de cada um e cada uma, mas também frente ao conceito ampliado de saúde, não apenas à assistência às doenças ou mesmo a padrões mais econômicos de oferta. Daí que o Art. 197 dispõe que são "[...] de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

É bem visível o esforço de conceituar, na boa técnica da lei, que há um direito ampliado das pessoas de acessar e consumir bens que produzam saúde, inclusive ações e serviços, e que esses devem responder de forma similar ao que dá unicidade ao sistema, ou seja, a subordinação ao status da "relevância pública" e sua consequência direta, que é a regulação e controle pelo poder público. Mais uma vez, o esforço legal de definir uma unicidade do ponto de vista normativo e regulatório, mesmo diante de variações do ponto de vista organizacional. Importante registrar que, apesar das tentativas de parte do *Movimento de Reforma Sanitária Brasileira* e das proposições da *8ª Conferência Nacional de Saúde*, não foi viável, na disputa pela etapa legal do processo de reforma, estabelecer, como em outros países, que o sistema seria estatal, dadas as características complexas e diversas em termos de produção de saúde e da reconhecida incapacidade da lógica liberal em ofertar ações e serviços de ordem social e popular adequados. Entretanto, o registro da condição de "relevância pública", além do poder de polícia em situações de risco à saúde, ameaças graves à vida, emergência sanitária em caso de catástrofes e calamidades, exposição dos trabalhadores e das populações vulneráveis, pretendia dar a necessária unicidade em termos de garantia de subordinação de ações e serviços de saúde no território brasileiro às disposições éticas, políticas e normativas de um sistema sob controle social participativo, de caráter nacional e de livre trânsito de cidadãos no território de seu país. A subordinação à ordenação estatal e pública (regulação pelo *Sistema Único de Saúde*, entenda-se), nos termos da lei, é verdadeira, seja para o subsistema suplementar, seja para o subsistema público-estatal de atenção à saúde.

Dito de outro modo, o provimento de ações e serviços, que pode ser público e privado, está submetido à regulação pelo SUS. As ações e serviços públicos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com o Art. 198 da *Constituição Brasileira* de 1988, devem se organizar no formato de uma rede regionalizada e hierarquizada, contendo serviços estatais da União, dos Estados e dos Municípios,

assim como da iniciativa privada conveniada e contratada, que devem se organizar de acordo com as diretrizes de: (a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo (reconhecimento dos entes federados, o que deve contribuir à melhor compreensão das diversidades/desigualdades locais e regionais); (b) atenção integral, com prioridade para as atividades preventivas (evitar o risco de adoecimento e morte, protegendo a saúde), sem prejuízo dos serviços assistenciais (garantia de acesso a todos os recursos da terapêutica que se façam necessários); (c) participação da comunidade (valorização do interesse e reconhecimento do direito de interferência direta do cidadão na luta pelo sistema de saúde que quer). Regionalização e hierarquização devem ser compreendidos, um significando garantia de acesso tão próximo, quanto necessário em cada realidade de necessidades, e o outro significando garantia de continuidade e longitudinalidade na atenção (linhas de cuidado/redes integradas). A função de dispositivo conferido à expressão *Único* se manifesta aqui fortemente em relação à superação da fragmentação institucional, descrita anteriormente. Trata-se de designar o SUS como um sistema único, no sentido do ordenamento institucional, e universal, no sentido da garantia de acesso de todas as pessoas às ações de saúde.

Está registrado na *Constituição* e nas *Leis Federais nº 8.080/90* e *8.142/90*, principalmente, um conceito forte de Sistema Único também como conjunto de mecanismos e dispositivos de gestão e regulação do sistema de saúde brasileiro. O Art. 200 da *Constituição Brasileira* diz que compete ao SUS, além de outras atribuições definidas nos termos da lei: I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. Aqui a expressão da unicidade expressa universalidade ao que é necessário para a produção de saúde no seu sentido ampliado, conforme registrado na *Constituição Brasileira* e nas *Leis Orgânicas da Saúde*.

Na construção desses sentidos, é importante registrar a existência de diversas iniciativas governamentais e da sociedade civil de reorganização do *Sistema Nacional de Saúde*, criado em 1975

(*Lei Federal nº 6.229*, de 17 de julho). A *Lei de criação do Sistema Nacional de Saúde* definiu atribuições dos diversos ministérios federais envolvidos com temáticas afins à saúde e algumas responsabilidades das três esferas de governo. Algumas políticas, de caráter racionalizador, buscaram articular iniciativas e recursos dos sistemas previdenciário e de saúde pública, como foi o caso das *Ações Integradas de Saúde* (AIS), em 1984, que permitiram o acesso a alguns serviços à população em geral (independentemente de sua condição de contribuinte da Previdência Social), e o *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde* (SUDS), em 1987, que desconcentrou recursos e descentralizou para Estados parte do processo decisório do *Sistema Nacional de Saúde*. No âmbito da sociedade civil, os movimentos operários, outros movimentos sociais que emergiram nos sopros da redemocratização (principalmente na mobilização pelas "Diretas Já") e o chamado movimento sanitário, envolvendo sindicatos, trabalhadores, profissionais de saúde, setores populares e um segmento de professores, pesquisadores e estudantes, ampliaram o espaço das forças democráticas na definição de rumos para o Brasil.

No campo da saúde, desde a década de 1970, as críticas formuladas ao sistema de assistência médico-hospitalar vigente, com base em estudos e na experiência internacional, principalmente da Itália, foram constituindo um movimento setorial, denominado de *Movimento Sanitário*, que tornou visíveis os efeitos da crise política e econômica da década de 1980 e produziu avanços no interior das instituições e na formulação de propostas para a saúde no Brasil. Esse movimento culminou, em 1986, com a realização da *8ª Conferência Nacional de Saúde*, onde os movimentos sociais que defendiam a democratização da saúde difundiram a proposta de *Reforma Sanitária*, destacando-se o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a afirmação da participação popular e controle social, a organização de um orçamento solidário da seguridade social e a criação de um *Sistema Único de Saúde* para substituir o *Sistema Nacional de Saúde*. A *Reforma Sanitária Brasileira* foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, uma reestruturação profunda do sistema sanitário (PAIM, 2003), definindo-se um grupo de trabalho, denominado de *Comissão Nacional da Reforma Sanitária*, para mobilização e acompanhamento do processo constituinte, de onde foi formulado o conceito do *Sistema Único de Saúde*, regulamentado principalmente por meio das *Leis Federais nº 8.080/90* e *8.142/90.* Após essas regulamentações, o *Decreto Federal nº 7.508*, de 28 de junho de 2011, acrescentou às normativas já descritas, algumas disposições para a organização *Única* do SUS (Região de Saúde; Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde; Portas de Entrada; Comissões Intergestores; Mapa da Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto; e Protocolo Clínico e Diretriz

Terapêutica), fazendo movimentar os sentidos à implementação do Sistema e à expressão *Único* à denominação de sua abrangência em Saúde: *Sistema Único de Saúde*.

CONCLUSÕES

Compreende-se, pelo que se registrou até aqui, que a expressão *Único*, que dá designação própria ao *Sistema Único de Saúde*, nasceu com a função de operar como dispositivo na superação de diversas fragmentações existentes nos modos de organizar e ofertar ações e serviços de saúde para os brasileiros e as brasileiras. Entretanto, a implementação de políticas é fase distinta e relativamente autônoma da fase de elaboração, uma vez que os atores políticos se colocam em cena novamente, após o resultado da etapa anterior, para disputar suas opiniões e interesses. Note-se, entretanto, que é justamente esse nome – *Único* – que oferece rápida identificação à população participante das instâncias da cidadania ativa. Uma vez dispositivo, o nome do sistema de saúde é sua própria bandeira de lutas: *Único* é o que se quer e o que se quer é atenção integral, sob controle social, acessível em toda parte com o máximo de recursos de que se necessite em cada caso, operando de forma integrada, em cadeia progressiva de cuidados.

No momento atual, um conjunto de iniciativas no âmbito do Estado brasileiro e em outros países aponta para uma intencionalidade política de fragmentação e enfraquecimento do *Sistema Único de Saúde*, em articulação com setores da sociedade, particularmente do capital financeiro e do complexo produtivo ("industrial") da saúde (IRIART; MERHY, 2017). Essas disputas recolocam as questões que foram superadas na "disputa civilizatória", como dizia Sérgio Arouca durante a abertura da *8ª Conferência Nacional de Saúde*. A disputa, retomada por aqueles que perderam em 1988, busca a reversão dos atos normativos, defende o desfinanciamento do sistema de saúde e o relega junto das demais políticas sociais à reedição de uma grande fragmentação institucional, retirando da população a sua palavra conceito, aniquilado seu sentido para uma versão de iníquo. O que está em questão, no caso do sistema de saúde brasileiro, é o plano-dispositivo de sentidos do *Único* e demais conceitos centrais ao sistema de políticas públicas pela defesa de uma cidadania de direitos, inclusive do direito a ter direitos. A resistência nesse momento e diante de outras batalhas que possam se seguir ou advir é ação política da sociedade. No plano epistêmico, buscamos recuperar um conjunto de sentidos para a expressão *Único*, bandeiras pelas quais vale a pena lutar. Que esse exercício se torne parte da máquina de guerra na defesa da democracia, da cidadania, das liberdades individuais, dos direitos humanos e de saúdes mais generosas para todos e todas.

UNIVERSIDADE

Olinda Lechmann Saldanha

Como ou o quanto as universidades têm se comprometido com a formação de profissionais que respondam às demandas do contemporâneo? Os processos de formação ofertados pelas Instituições de Ensino Superior têm se mostrado comprometidos com as demandas e necessidades da população? Ao analisar o compromisso da Universidade com a formação, cabe perguntar: o que significa "formação"? Os debates sobre o tema da formação na educação superior, de maneira geral, aparecem vinculados à *transmissão de conteúdos*, à *preparação de pesquisadores* e ao *treinamento de habilidades profissionais*. Todavia, dentre as ambiguidades verificadas no bojo do termo formação, Barros (2005) destaca duas como recorrentes: a da *competência técnica* e aquela que se refere ao *compromisso político*. A primeira estaria vinculada à ideia das habilidades a serem adquiridas; a segunda remeteria à possibilidade de que, a partir de uma "consciência crítica", os profissionais pudessem promover intervenções nos processos sociais e soluções aos desarranjos na ordem instituída. No entanto, dever-se-ia buscar a "indissociabilidade técnico-política", na qual o domínio de competências profissionais viesse a se fazer mediante o domínio de competências para ler e interpretar os desafios políticos na ação cidadã.

Nesse sentido, pode-se questionar o quanto os processos de formação ofertados pelas Instituições de Ensino Superior têm se mostrado comprometidos com as políticas de saúde. Que formação se faz necessária para o trabalho em saúde? Embora seja possível perceber que alguns cursos vêm fazendo um tanto de alterações em seus currículos, incluindo algumas disciplinas que abordam temas relativos aos princípios e às diretrizes do SUS, como expressão de uma proposta de mudança, na prática, essas alterações ainda têm pouca visibilidade ou materialidade. A mudança de conteúdos ou do nome das disciplinas não garante as transformações metodológicas, produção de conhecimentos ou o domínio de processos de cuidar, gerenciar e ensinar. Entende-se que são necessários novos arranjos, problematização que ative movimentos e amplie espaços de interação ensino-serviço-sociedade, com participação social (FEUERWERKER, 2004).

A universidade deveria responsabilizar-se mais efetivamente pela educação dos novos profissionais, comprometendo-se com o desenvolvimento de políticas públicas e com uma produção de conhecimentos coerente com os interesses da sociedade, como destacam Ceccim e Feuerwerker (2004a). Entretanto, percebe-se que os modelos de formação profissional, mesmo diante das mudanças de legislação e normas – *Lei Orgânica da Saúde* (1990), *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (1996) e *Diretrizes Curriculares Nacionais* – que assinalam novos compromissos em relação à educação na saúde e diversos movimentos político-institucionais na direção de atender às necessidades em saúde, ainda predomina, entre os cursos, a "formatação" de profissões, com privilégio ao ensino e avaliação centrados no padrão "formular diagnósticos e estabelecer procedimentos", assim como orientação pelos aspectos biológicos do processo saúde-doença. Os cenários evidenciam que a Educação Superior não tem contribuído com os avanços da cidadania em saúde. Segundo Ceccim e Ferla (2009, p. 452), "[...] as fronteiras entre o ensino e a cidadania se imbricam, posto que todo ensinar tem por finalidade construir potência que coloque um indivíduo ou coletivo em ato de cidadania". Também afirmam que "[...] todo ato de cidadania configura uma potência ao saber". Com essa perspectiva, estamos diante da exigência de processos de formação que possam buscar a potência para a interrogação, a investigação de realidades e a invenção de novas práticas.

Sobre formação, Chauí (2003, p. 12) afirma que a palavra faz referência a uma relação com o tempo e significa "[...] introduzir alguém ao passado de sua cultura (sentido antropológico), é despertar alguém para as questões que esse passado engendra para o presente, estimular a passagem do instituído para o instituinte". A autora afirma que existe formação quando "[...] há obra de pensamento e que há obra de pensamento quando o presente é apreendido como aquilo que exige de nós o trabalho da interrogação, da reflexão e da crítica", ou seja, quando nos tornamos capazes de transformar aquilo que foi vivenciado como questão, pergunta, problema ou dificuldade em planos de intervenção ou em novos conceitos. Nesse sentido, pode-se afirmar que "[...] projetos pedagógicos não se restringem ao âmbito profissional, eles atingem, sobretudo, as relações humanas". Segundo Ceccim e Ferla (2009, p. 448), "[...] o ensino e a assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida". Os estudos denotam que a *Universidade* deveria ter uma postura crítica permanente consigo mesma, revendo suas prioridades e seus equívocos para a reconstrução de práticas comprometidas com os processos de mudança que perpassam a sociedade.

A exemplo de outras instituições, a *Universidade* vem passando por graves crises motivadas

por múltiplos fatores. Um dos estudos que analisa as relações da *Universidade* com a *produção de conhecimento* e os *efeitos na sociedade* é a obra *Universidade no Século XXI:* para uma Universidade Nova, de Boaventura de Sousa Santos e Naomar de Almeida Filho, de 2008, que reúne um sociólogo e um sanitarista, pensadores da ciência e da academia no contemporâneo, um europeu e um latino-americano. O livro propõe uma reforma democrática e emancipatória da *Universidade*, fazendo referência às crises e aos impactos da globalização neoliberal na produção de conhecimento e nas instituições de diferentes países, e apresenta a proposta de uma "universidade nova". Sousa Santos (2005, p. 140), ao afirmar que nas últimas décadas a crise institucional na maioria dos países foi produzida pela "[...] perda de prioridade do bem público universitário nas políticas públicas e pela consequente secagem financeira e descapitalização das universidades públicas", considera que as causas e a continuidade variam entre países, destacando que, no Brasil, o endividamento externo e a expansão da industrialização, principalmente nos anos 1970/1980, levaram o Estado a uma grave crise financeira que repercutiu na universidade pública. Como consequência, segundo o autor, observou-se a perda de relevância da universidade pública nas políticas de Estado, que deixou de priorizar as políticas sociais (educação, saúde, assistência social e previdência, por exemplo), incentivado pelo modelo de desenvolvimento econômico neoliberal, com influência internacional, especialmente a partir dos anos 1980. No Brasil, não ocorreram investimentos significativos na década de 1990 para aumentar os recursos públicos na universidade, o que justificou a ampliação do mercado universitário e a diminuição de investimentos por estudante.

Sousa Santos (2008, p. 16) assinala que, nas últimas décadas, percebe-se uma situação contraditória: de um lado, a crise e a redução dos investimentos nas universidades; de outro, o aumento da concorrência entre empresas, que exigem uma mão de obra altamente qualificada. Essa situação provoca impactos na década de 1990, dentre eles, o da universidade deixando o lugar de "[...] criadora de condições para a concorrência e para o sucesso no mercado", transformando-se, ela mesma, gradativamente, em um mercado, desviando-se dos objetivos humanistas e culturais, adaptando-se às exigências da economia. O autor, seguindo na crítica às ideias que têm presidido a expansão do mercado educacional, destaca que, nesse processo, a gestão, a qualidade e a velocidade da informação são decisivas para a competitividade econômica e que, para sobreviver, as universidades têm de estar a serviço de duas ideias centrais: sociedade da informação e economia baseada no conhecimento. O autor assegura que o paradigma empresarial toma o lugar do atual paradigma institucional da universidade, atuando sobre as instituições públicas e privadas, sendo que essas últimas têm maior facilidade de se adaptar a essas condições e exigências.

Referindo-se aos conhecimentos produzidos ao longo do século XX, Sousa Santos aponta a predominância de saberes disciplinares de produção descontextualizada em relação às necessidades do cotidiano da população, pois os participantes desses processos compartilham os mesmos objetivos, a mesma cultura e têm a mesma formação. Afirma que a universidade produz conhecimentos que a sociedade aplica ou não, mas que para o conhecimento produzido isso tem sido irrelevante. Assinala que têm ocorrido alterações que começam a desestabilizar esse modelo e a exigir outras formas ou métodos de produção de conhecimento. O autor denomina esse movimento como a "[...] passagem do conhecimento universitário para o conhecimento pluriversitário" (Sousa Santos, 2008, p. 60), descrevendo-o como contextual e transdisciplinar, movido pela contextualização, exigindo o diálogo entre os diversos tipos de conhecimento, mais heterogêneos, mais abertos para a produção em espaços menos rígidos e menos verticalizados.

A crise que afeta a universidade é complexa, tem múltiplas causas e vem de muito tempo, mas, nas últimas décadas, sofre também os efeitos da globalização neoliberal. Para transformar esse contexto, Sousa Santos (2008) considera que são necessários enfrentamentos de "globalização contra-hegemônica" da universidade, em que ela assume o papel central na construção de um projeto de país, com amplo contrato político e social, para responder de forma positiva às demandas sociais, "num mundo polarizado entre globalizações contraditórias". Nessa proposta, o autor aponta, entre os protagonistas, a sociedade civil organizada, historicamente afastada da universidade, pelas características elitistas da Instituição; a universidade pública, com toda a sua complexidade produzida pelas rupturas e contradições de interesses entre os setores que a constituem; o Estado nacional, "se e quando optar politicamente pela globalização solidária da universidade", que, do contrário, ocupará o lugar de oposição à universidade pública.

Sousa Santos (2008) apresenta princípios orientadores para a reforma que vem propondo e, nesse contexto, a definição de universidade é colocada como uma questão crucial a ser resolvida. Considera que há universidade quando essa contempla graduação, pós-graduação, pesquisa e extensão. Esses critérios devem ser observados tanto para as Instituições públicas, como para as privadas. O acesso é outro princípio enfatizado por Sousa Santos, destacando que algumas universidades públicas brasileiras ainda precisam rever as políticas de acesso, rompendo com o processo de exclusão social que predominou historicamente. Sousa Santos (2008) propõe a "pesquisa-ação" e a "ecologia de saberes" como áreas de legitimação da universidade, que ultrapassam a extensão, pois atuam nesta, bem como na formação e na pesquisa. A pesquisa-ação é descrita como

projetos de estudo e investigação definidos e executados de forma participativa, ou seja, a articulação entre interesses sociais, interesses científicos dos pesquisadores e a produção de conhecimentos científicos ocorrem vinculada aos interesses dos grupos sociais, o que ainda não é prioridade nas universidades. A ecologia de saberes é caracterizada pelo autor como "aprofundamento da pesquisa-ação" e deve corresponder a uma "revolução epistemológica" no interior da universidade. Esse movimento depende da abertura de espaços institucionais que oportunizem diálogo entre os saberes científicos e os saberes populares, leigos, tradicionais derivados de culturas que circulam na sociedade. Essa mudança é necessária diante do reconhecimento de que a universidade optou pelo conhecimento científico, considerando-o como única forma de conhecimento válido. Com isso, muitos grupos sociais foram marginalizados, expondo que a "[...] injustiça social tem no seu âmago uma injustiça cognitiva" (SOUSA SANTOS, 2008, p. 56).

O autor propõe, então, a ecologia de saberes como um conjunto "[...] de práticas que promovem uma nova convivência (ativa) de saberes no pressuposto de que todos eles, incluindo o saber científico, podem enriquecer-se no diálogo" (SOUSA SANTOS, 2010, p. 57). Essa nova convivência implicaria um amplo conjunto de ações de valorização, "[...] como de outros conhecimentos práticos, considerados úteis, cuja partilha por pesquisadores, estudantes e grupos de cidadãos servem de base à criação de comunidades epistêmicas" mais amplas, que converteriam a universidade "[...] num espaço público, de interconhecimento, onde os cidadãos e os grupos sociais podem intervir sem ser exclusivamente na posição de aprendizes". O autor considera a pesquisa-ação e a ecologia de saberes como estratégicas para uma reorientação solidária das relações entre a universidade e a sociedade.

Sousa Santos (2010) apresenta a ecologia de saberes como a epistemologia da luta contra a injustiça cognitiva por meio de "teses" disparadoras de pensamento-ação. As teses apresentam uma convocação para a mudança na produção de conhecimentos, como compromisso da universidade pública ou privada, comprometida com princípios éticos e políticos, reconhecendo as diferentes culturas, necessidades e saberes presentes no contemporâneo. Trata-se de produções inter e transdisciplinares construídas em redes colaborativas, mediante processos contínuos de problematização e de avaliação, abrindo passagem para movimentos instituintes em todas as áreas. As proposições de Sousa Santos (2005, p. 186) evidenciam desafios ao afirmar que a responsabilidade social da universidade "[...] tem de ser assumida pela universidade, aceitando ser permeável às demandas sociais, sobretudo àquelas oriundas de grupos sociais que não têm poder para as impor".

Enfatiza que cabe à universidade responder a essas demandas, de forma criativa, uma vez que os desafios são concretos e contextuais. No campo político, Almeida Filho (2008, p. 123) afirma que a missão da *Universidade* passa a ser a de uma instituição de inclusão social. Considerando-se uma perspectiva histórica, ela era vista no mundo, inicialmente, como uma instituição para as elites, mas é transformada pelos movimentos sociais que pressionaram os governos por acesso à educação superior. O acesso de representantes dos segmentos sociais até então excluídos de seus espaços e redes fez da universidade uma instituição de mobilidade social e inserção política. O autor defende que, diante do atual cenário político, econômico e social brasileiro, é preciso construir uma nova proposta de universidade, capaz de atuar como "[...] instrumento de integração social e política entre países, culturas e povos" e comprometida na produção crítica do conhecimento. Essa nova universidade deverá ter o compromisso de garantir acesso e qualificação dos modos de vida para a população, acima de tudo.

Assim, será necessário educar para a mudança e a incerteza. Na *Conferência Mundial sobre o Ensino Superior* (Paris, outubro 1998), Federico Mayor afirmou que "[...] os sistemas de educação superior devem fortalecer sua capacidade de conviver com a incerteza, de mudar e provocar mudança". A incerteza não nos deve levar à perplexidade, mas à disposição para a mudança. A comunidade acadêmica "[...] precisa ter a coragem de dizer aos jovens que a prerrogativa e a certeza deixaram de ser parte da vida: é na incerteza que vamos encontrar a esperança" (UNESCO, 1998, p. 12).

VÍNCULO

André Luis Leite de Figueirêdo Sales
Alexandre Sobral Loureiro Amorim
Maria Amelia Medeiros Mano

É natural... mas... será?!

"Cada um, de acordo com a disposição de seu corpo, formará imagens universais das outras coisas. Não é de surpreender que, dentre os filósofos que pretenderam explicar as coisas naturais exclusivamente pelas imagens das coisas, tenham surgido tantas controvérsias" (Ética, L.II, p. 40)[1].

Quando se instaura de vez a naturalidade, torna-se dispensável qualquer explicação. Definição ou conceituação perdem a relevância. Natural e espontaneamente todos sempre sabem do que se está falando. Naturalizar é perder de vista que a cristalização dos sentidos de uma palavra se constrói a partir de uma relação de forças num campo historicamente dado (SILVA, 2004). Em Bertold Brecht, o alerta é feito com precisão: "Estranhem o que não for estranho. Sintam-se perplexos ante o cotidiano [...] Façam sempre perguntas. Para que nada seja considerado imutável. Nada, absolutamente nada, Nunca digam: isso é natural!" (BRECHT, 1990, p. 129).

Incomodados que estávamos com a naturalização do uso da palavra *vínculo* dentro do campo de estudos da saúde coletiva, nos lançamos à tentativa de explicitar algumas tensões de modo a permitir que pensemos esse interessante conceito sem pudores de desnaturalizá-lo.

Assumindo, como percurso metodológico (caminho sinuoso que faz o próprio pensamento), algo que poderia ser considerado uma fragilidade dessa escrita por estudiosos do tema, indicamos que as ponderações que trazemos não foram feitas por meio das consagradas obras de base psicanalítica de David Winnicot (1980, 1990, 1994, 1999) ou Jonh Bolby (1989, 2002). Não o faremos tampouco pelas lentes de Pichon-Riviére e suas teorias sobre grupalidade (PICHON-RIVIÉRE, 1980). Reconhecemos o lugar desses estudiosos na tensão entre os possíveis sentidos expressos pela palavra

[1] As citações da "Ética de Spinoza" foram feitas usando a seguinte esquema de referência: 1. L – livro (I-V); 2. Def – Definições; 3. A – Axiomas; 4. P – Proposição; 5. D – Demonstração; 6. C – Corolário e 7. E – Escólio. Quanto à tradução, empregamos aqui a versão bilíngue indicada nas referências (SPINOZA, 2008).

vínculo, mas, guardando certa crítica à possibilidade da presença sub-reptícia deles nas linhas que seguem, visto que intencionamos certa insurreição ao "já mil vezes visto e escutado", seguiremos uma outra trilha para tecer nossa conversa. A conceituação ofertada, então, é aqui costurada, valendo-se de premissas Spinozanas e Deleuzianas (DELEUZE, 2002), retomando *signos*[2] diversos colhidos ao longo de experiências cotidianas de trabalho em uma *Unidade Básica de Saúde*. Em um esforço do atributo pensamento, visibilizamos os muitos 'afectos' que nos tomaram o corpo, dando a eles o caráter de noções adequadas para pensar os *vínculos* como dispositivo possível de ser experimentado na produção do cuidado em saúde.

SIGNOS E AS VARIAÇÕES DA POTÊNCIA

"Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída" (Ética, L.III, Def. 3).

Um texto é um corpo. Ele se apresenta a nós como um conjunto de partes extensivas - caracteres/palavras - que entram em relação com outras partes extensivas - parágrafos/páginas - que o constituem. O corpo-texto entra em relação com corpos-leitores, podendo, nestes, imprimir marcas, rasgos, cicatrizes, que fazem variar a potência deste corpo. Seria apressado afirmar que o texto equivale apenas ao efeito intensivo que ele causa sobre mim. O texto é um signo, faz variar a potência de pensar e, se pretendemos conhecer adequadamente o texto, não é prudente equiparar o signo-texto ao corpo-texto. É preciso buscar causas que tornam o corpo-texto algo necessariamente existente, perscrutar essa existência possível. Destarte, será através do signo *Política Nacional de Atenção Básica* (PNAB) que caminharemos na exploração dos sentidos sobre o conceito *vínculo*.

O vocábulo *vínculo* aparece quatro vezes na versão da PNAB publicada em 2006. Na versão de 2012, podemos observar doze ocorrências do mesmo, sendo apresentada, nas primeiras páginas, inclusive, uma tentativa de definição para o termo: "[...] o vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico" (BRASIL, 2012c, p. 21). Se tudo que é natural pode

[2] Localizando o lugar do signo na obra de Deleuze, Nascimento nos lembra de que o mesmo "[...] é afecto, ou seja, é um sentir diferentemente nos encontros, e corresponde à variação de nossa potência de existir. Isto ocorre porque o signo envolve uma diferença de nível constitutiva, uma heterogeneidade irredutível aos dispositivos que seguram a diferença pela analogia no juízo, pela semelhança no objeto, pela identidade no conceito e pela oposição no predicado." (NASCIMENTO, 2012, p. 07).

ser estranhado, não seria imprudente, tomar o *vínculo* como algo que carrega em si (e *per si*) um "potencial terapêutico"? Uma potência sem expressão ainda é potência? Mesmo que se trate de um bom signo, parece prudente nos determos um pouco mais sobre ele.

A definição encontrada na PNAB começa demarcando a dimensão das relações e da afetividade, e, com isso, são apresentadas premissas importantes: o trabalho em saúde envolve afetos entre trabalhadores, usuários e demanda, além de aparato técnico-científico de alta densidade, tecnologias leves e relacionais (MERHY, 2002). Ainda que essas pistas possam não nos dizer exatamente "o que seria o vínculo", o localiza num espaço entre corpos postos em relação e indica pontos importantes a serem observados.

Mesmo não sendo propriamente uma *novidade*[3] que reconhecimento da dimensão da afetividade é um fator importante a ser considerado dentro da atenção à saúde, ainda é forte, nos processos de formação de profissionais da área, a presença de um (in)certo ideal de neutralidade e de não envolvimento emocional que "[...] muitas vezes coloca uma interdição para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade" (CUNHA, 2009, p. 32). Há, assim, um pressuposto – implícito ou explícito – de que, para o melhor exercício da técnica, para a maior coerência da decisão racional, toda e qualquer experiência afetiva deve ser extirpada das cenas de cuidado. A pretensa neutralização da afetividade visando ao melhor funcionamento da racionalidade biomédica pode ser pensada como parte dos efeitos da centralização e dogmatismo do modo positivista (e neopositivista) de produção de conhecimento nas universidades e demais cenários formativos. Para esse *modus operandi* proposto, que se supõe único e absoluto, a afetividade é pensada como uma dimensão primitiva do humano, algo "primata" por demais: emoções são "[...] consideradas perturbadoras das grandes conquistas humanas" e, assim, devem, tanto no trabalho como na vida cotidiana ser reprimidas, visto que servem apenas para desestabilizar "a racionalidade e a saúde psicológica" (LANE, 2001 p. 66).

Assim, as características propostas como definidoras dos modos de trabalho na atenção à saúde - e em especial a dimensão de *vínculo* - entram em conflito direto com este imperativo de neutralidade e de não envolvimento. Continuidade do cuidado, integralidade da atenção, coordenação do cuidado, adscrição territorial e responsabilização, demandam proximidade dos profissionais com os

[3] Michel Balint, em meados do século XXI, sob forte influência da psicanálise da época, percebeu os efeitos que a afetividade do profissional médico exercia sobre suas decisões técnicas e desenvolveu um método para tentar qualificar a atenção oferecida pelos médicos da atenção primária do Sistema de Saúde Britânico (BALINT, 1988)

usuários e favorecem a troca de afetos entre as partes envolvidas. Entretanto, se é desejável que esses afetos sejam geradores de autonomia (capazes de serem mantidos ao longo do tempo) e produtores de corresponsabilidade (potentes para produzir saúde), é necessário que se pense com os profissionais a dimensão de afetividade que se presentifica no trabalho clínico. Faz-se necessário ofertar retaguarda institucional a fim de que os diversos afetos que se apresentam, a partir da vinculação trabalhador-usuário (ou mesmo trabalhador-trabalhador), possam ser trabalhados, conhecidos e organizados por aqueles que os sentem, de forma a potencializar o trabalho – e não se tornar um empecilho que o inviabilize.

Ao evidenciar que o *vínculo* é construído ao longo de um certo recorte no/do tempo, sua definição nos coloca novamente uma boa questão: seria *vínculo* o equivalente a longitudinalidade? Há diferença entre eles? Seria, então, o vínculo um "conceito tupiniquim" equivalente à noção inglesa de longitudinalidade? Trata-se de algo que surge espontaneamente ("naturalmente") entre os corpos postos juntos por uma quantidade considerável de tempo? Cunha e Giovanella (2011), por exemplo, apontam, dentro do cenário brasileiro, principalmente em contextos de avaliação de ações em saúde, que as expressões *vínculo* e continuidade do cuidado são usadas com maior frequência do que longitudinalidade. Já os autores que estudam *vínculo* ressaltam que o conceito em questão é algo que precisa ser construído (ou seria mais preciso pensar usar a palavra produzido?), sendo a dimensão temporal, um aspecto importante nessa construção/produção (GOMES; PINHEIRO, 2005; GOMES; SÁ, 2009; BRUNELLO *et al*., 2010).

Conversas informais com um trabalhador que permanece na mesma unidade básica de saúde há vinte e um anos nos ajudaram a achar palavras que explicitam tanto o caráter não-espontâneo quanto a dimensão processual da construção do *vínculo*: "Vínculo carrega uma ideia de ligação e de proximidade, e essa ligação e proximidade vêm ajudar a formar uma aliança, constituída de confiança, ou uma possibilidade de gerar confiança" — disse-nos ele na ocasião de um almoço, enquanto servia mais uma concha de feijão. Estar disponível, ao longo do tempo, é fundamental para que possa ser estabelecida uma relação entre corpo-usuário e corpo-trabalhador, *vínculo* como encontros no tempo. A aposta na permanência do profissional não garante que se estabeleçam as relações naturalmente, muito menos que essas relações sejam alicerçadas em confiança, mas, é certo afirmar que a alta rotatividade profissional - ainda que oferte possibilidades de que novidades se estabeleçam - pode comprometer o componente longitudinal do cuidado, fragilizando a possibilidade de que se produzam as "relações de confianças" sobre as quais tratávamos acima.

Ao usar o adjetivo confiança para qualificar o tipo de relação que existe entre esses corpos, o signo-texto nos provoca na direção de pensar que tipo de relação se deseja estabelecer. A proposição traz implícita a premissa de que o estabelecimento de confiança é fundamental para qualificar a atenção ofertada, uma vez que o corpo-usuário é corresponsável pela gestão cotidiana da terapêutica para ele recomendada. Eis um ponto que requer menos velocidade e mais atenção.

Cunha (2004, 2005) desenvolveu um estudo, comparando as características da atenção ofertada dentro do ambiente hospitalar com aquela oferecida na atenção básica. Marcando as diferenças entre estes dois componentes do *Sistema Único de Saúde* (SUS), o autor aponta diversas limitações que a formação em saúde – ocorrida principalmente em ambiente hospitalar – acarreta para as práticas na atenção básica. "É comum que os profissionais reproduzam a presunção de obediência e aceitação incondicional, prescrevendo o uso contínuo de uma medicação ambulatorial, como quem prescreve na enfermaria para um Sujeito isolado" (CUNHA, 2004, p. 44). Em um território adscrito a um serviço de atenção básica, o indivíduo está em seu contexto, seu cotidiano, sua vida, exposto a todas as influências e intempéries que podem dificultar – ou, mesmo, provocar criativas invenções - em seu tratamento. Cabe a ele a decisão de cumprir, ou não, a recomendação feita sobre a terapêutica prescrita e de como agenciá-la. "É muito menor o poder do médico e de outros profissionais em relação aos usuários, na Atenção Básica" (CUNHA, 2004, p. 41). O usuário ganha, nesse cenário, maior possibilidades de ser convocado ao papel de corresponsável por seu projeto terapêutico, podendo exercer neste um papel ativo, estando em melhores condições de realizar uma recusa, um boicote ou, mesmo, uma recriação da prescrição que lhe foi feita. Nesse território, dificilmente ele será o alvo de um plano de cuidados executado por um exército de técnicos especializados sem que possa exercer movimentos de rebeldia e criação, tal qual como, de maneira mais frequente, acontece no ambiente hospitalar.

Para produzir caminhos teórico-práticos sobre *vínculo*, parece-nos importante, portanto, considerar a confiança como vetor relacional ético e marcador das relações dispostas no espaço-tempo, sejam entre trabalhador-usuário, sejam entre trabalhador-trabalhador, na perspectiva de ampliação desse saber-fazer-acontecer em todas as linhas e nós tecidos na execução do trabalho em saúde, parecendo-nos pertinente, também, destacar que as decisões clínicas a serem tomadas pelo profissional devem, inexoravelmente, ser produzidas COM os usuários, qualificando os planos terapêuticos e predispondo o autocuidado, na medida em que depõem uma relação "naturalmente" objetal entre esses corpos. A confiança, quando presente nesse encontro, favorece o usuário que

pode construir com quem o "cuida" — mesmo entre atitudes mais ou menos rebeldes — os percursos terapêuticos de que ele será capaz, ou mesmo terá desejo de produzir e realizar, dando ao trabalhador em saúde "cuidador" também uma inusitada chance de experimentar suas (im)possibilidades. Quanto mais vinculado, mais livre, pois são os vínculos que permitem os deslocamentos na rede: quanto maior o número de vínculos, "maior a possibilidade daquele actante mobilizar novas proposições e produzir novos cenários" (KASTRUP; TSALLIS, 2009, p. 20).

EM BUSCA DE MAIS POTÊNCIA DOS/NOS AFETOS

"O esforço supremo da mente e sua virtude suprema consistem em compreender as coisas através do terceiro gênero do conhecimento." (Ética, L.V, P. 25).

Pensando nesse percurso como oferta aos leitores que, tal como nós, encontrem-se de alguma forma mobilizados por incômodos frente à naturalização dos cotidianos, seria possível sugerir: *vínculo* remete ao acoplamento relacional entre corpos e, assim, põe em cena de maneira singular a dimensão de afetividade potencialmente presente na relação profissional-usuário. Para tanto, a oferta de possibilidades formativas capazes de ofertar aos profissionais experimentações outras, que potencializem seus saberes-fazeres, fazendo-os encontrarem-se com a dimensão da afetividade no contexto das relações, bem como com possibilidades de permanência temporal (longitudinal) do profissional em um território na condição de produtor de cuidado, são fatores fundamentais para a construção e o manejo do *vínculo* como dispositivo transformador do trabalho. Sendo essa ligação marcada pela confiança (constituída como um vetor relacional ético, tal qual colocado anteriormente), qualifica-se o cuidado, porque se aprimoram as trocas entre trabalhador e usuário em ato – no encontro desses corpos – permitindo explicitar e compartilhar os distintos, e eventualmente conflitantes, interesses, caminhos e desejos postos em cena no momento da construção e gestão de um projeto terapêutico verdadeiramente singular: aquele que, em um acoplamento acontecimental, coloca os corpos em reinvenção.

VIVÊNCIAS

Alexandre Sobral Loureiro Amorim

Alessandra Wladyka Charney

Vanderléia Laodete Pulga

A palavra *Vivência*[1] pode ser encontrada no dicionário como "[…] o fato de ter vida; existência; experiência de vida; o que se viveu; modo de viver", nos dando, a partir de tais significados, vários sentidos interessantes para pensar como a experiência pode aqui ser colocada. Apre(e)nder como produção de si. "Afinal […] viver, estar vivo, não é permanecer o mesmo, mas sim saber atualizar-se sempre numa relação direta com as coisas em torno – sendo a experiência vivencial um importante dispositivo neste processo" (BASBAUM, 2008, p. 29). Vivenciar o território-vivo em sua intensidade: construção pedagógica de si a partir da própria experiência, "[…] uma vez que a experiência vivencial jamais pode reduzir-se à pragmática operacional" (BASBAUM, 2008, p. 29).

Convite-provocação aos leitores-atores dos processos formativos em saúde: empurrão para atuar na sua própria recriação, na transformação de seu cotidiano, na desnaturalização do instituído. Convite à experimentação em projetos/trajetos formativos, posto que a "[…] experiência é mais vidente que evidente, criadora que reprodutora" (LOPES, 2007, p. 26-27). Tentando-se, assim, tensionar uma transição, partindo de uma estratégia pedagógica modelizada — de transmissão e memorização de informações, centrado no professor, com a lógica de aquisição de conhecimentos segundo a qual os pontos de partida são os conteúdos — para um novo fazer pedagógico — produzido na construção do conhecimento a partir da experimentação da realidade e de seu estranhamento, centrado nos encontros com outreidades e nos quais os pontos de partida se produzem na interface. No novo fazer pedagógico, tornar os estudantes/residentes mais sensíveis para os problemas de saúde da população e mais capazes para lidar com os paradoxos cotidianos em sua prática clínica.

[1] O verbete que se apresenta é uma versão modificada (e recontextualizada) de uma secção do artigo "Vivências no território vivo: pistas para superar a modelização na formação médica", originalmente publicado em 2016, na revista Saúde em Redes (AMORIM, CHARNEY, PULGA, 2016).

Para tanto, o primeiro sentido a resgatar é o de 'experiência de vida, o que se viveu', já que as experiências realizadas nos processos formativos em território inscrevem-se num espaço-tempo que constitui-se em um conjunto de cenários de experiências "vividas", inscritas num determinado quantum de realidade, que deixam marcas, transformando inexoravelmente quem as vive. Assim, a vivência "[…] indica uma modalidade de relacionamento com o mundo [...] que surge com a marca de uma ampliação e expansão sensorial" (BASBAUM, 2008, p. 28), numa dobra entre o sentir e o viver. Concordamos que essa atitude reflexiva e crítica diante da vida, a compreensão das singularidades dos sentimentos humanos, a sensibilidade com a sutileza das manifestações das dinâmicas subjetivas, o engajamento com os movimentos sociais etc. não podem ser ensinados maciçamente de modo disciplinar. É possível, no entanto, criar situações pedagógicas orientadas pelas vivências em comunidade, possibilitando uma aprendizagem significativa transformadora capaz de romper com a clínica *in vitro*, protocolar, rotinizada e com práticas de educação em saúde de tendências modelizadoras.

Compartilhando da crítica de vários autores de que a formação em saúde deve ser "[…] uma atividade que se faz com as verdades da inteligência [do pensar como produção ativa de novidades, portanto] e não com as verdades do pensamento racional explicativo" (CECCIM *apud* FERLA, 2004, p. 86), a proposta de oferta de "vivências para serem vivenciadas" desenvolve-se em um processo de aproximações e encontros inusitados num espaço-tempo extra-muros que pode fazer surgir a chance de substituir a tutela (processos totalitários e totalizantes) pela tutoria (orientação ou facilitação): acompanhamentos transversais, que reconhecem nos lugares, a todo o momento, sua fluidez e a "grandeza de seus ínfimos" (BARROS, 2013), atirando o residente a estranhar e estranhar-se, condições estas despertadas pela "[…] experiência interior que através de algum tipo de interação e, também, por uma decisão interior", modifica profundamente *seu instante vivido* (SILVEIRA, 2014, p. 100).

Partindo de *vivências*, acreditamos que cabe disputar uma outra concepção de cuidado. Trabalham-se, assim, as lógicas aprendentes e ensinantes de maneira plástica — metafórica —, partindo da idéia de que não existe um "verdadeiro" ou "certo" e um "falso" ou "errado", mas, sim, vários pontos de mirada singulares, que permitem diferentes interpretações sobre as situações, dependentes, principalmente, das vivências as quais cada um foi ou está vivendo. Não há portanto verdade, há verdades. Uma produção "[…] de cadeias de mediação, não somente entre as coisas e as sensações, mas, sobretudo, entre as próprias sensações: constrói-se um caminho em que o *processo*

de sentir é sensorializado – sensação de sensação, sensação de conceito" (BASBAUM, 2008, p. 37) e, assim, convida-se o *residente* a protagonizar seu aprendizado e a transformação de mundos como uma estratégia-dispositivo de educação e mudança. As vivências nos *territórios-vivos*[2] podem, na condição de processo pedagógico contato-e-estranhamento, e permitem potencializar percursos de formação em saúde singularizados já que, lançando aprendentes e ensinantes de maneira desejante — inventando, experimentando e vivenciando — às experiências com as comunidades com as quais trabalham, aumentam suas chances de construir propostas próprias e desterritorializadas — montáveis-desmontáveis.

Um aprendizado dessa natureza requer interação de saberes e práticas da academia, dos profissionais de saúde, da gestão e da comunidade, ampliando os espaços de interação social, cultural e de negociação de direitos entre os diversos atores envolvidos, contribuindo na invenção de um cuidado em saúde de caráter mais emancipatório e democrático, no qual pode se dar a construção compartilhada dos conhecimentos, das práticas de cuidado e da organização política necessários à sua efetivação. Sendo ética e politicamente urgente a tarefa de superar os protocolos formativos cristalizados, modelos persistentes para a formação em saúde no contemporâneo, desconstruir a modelização como prática pedagógica. Fazer apostas em pensamentos diferentes e sensações desconhecidas. Permitir a criação de caminhos próprios — inusitados — de aprendizado sabendo que estes, quando transformadores, transbordarão a instituição e os limites instituídos num movimento circular sem fim: criação-vivência-experiência-criação.

[2] Escolhemos diferenciar o conceito de território, criando o conceito de *território-vivo*, considerando que, neste ultimo, existem acontecimentos onde pode se identificar intensos transbordamentos de vida. Espaço-tempo onde a vida resiste e se afirma a despeito de quaisquer obstáculos. Pistas de caminhos não traçados, pistas-pensamento para trilhar novos caminhares colecionados como *relatos-vivos*, posto que "[…] à diferença da informação, o relato não se preocupa em transmitir o puro em si do acontecimento, ele o incorpora na própria vida daquele que conta, para comunicá-lo como sua própria experiência àquele que escuta" (GUATTARI, 1993, p. 53).

X DA QUESTÃO

Leonardo Trápaga Abib
Elisandro Rodrigues
Iago Gonçalves Cunha
Diego Elias Rodrigues dos Santos

Residente em Saúde: sujeito com graduação em algum curso das áreas da saúde, educação, ciências humanas e sociais, que cursa um *Programa de Residência*, seja na modalidade médica ou em área profissional da saúde – uni ou multiprofissional. De antemão avisamos aos/às leitores/as que daremos mais ênfase às experiências e vivências dos/as residentes que atuam em *Programas de Residência Multiprofissional em Saúde*, pelo fato de termos sido residentes multiprofissionais e estarmos mais afetados e próximos das discussões desse campo. As narrativas que tentam constituir uma definição de residente vão desde as concepções mais tecnocratas até aquelas mais engajadas (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009). Pretendemos investir numa noção que possa, assim como nos ensina Tom Zé[1], explicar para confundir/confundir para esclarecer por meio de alguns questionamentos para pensarmos mais dialogicamente sobre o tema em questão. Num momento posterior, apresentaremos algumas pistas para pensar "o ser residente" no contexto dinâmico da saúde coletiva.

Nosso ponto de partida para discorrer brevemente acerca dessa temática é: o/a residente é um/a trabalhador/a em formação que atua nos serviços públicos de saúde da rede do *Sistema Único de Saúde* (SUS), podendo também atuar em espaços de gestão, controle social e educação em saúde. Durante os dois anos de *Residência* (perfazendo num total de 5.760 horas de trabalho-formação), os/as residentes vivenciam uma série de tensionamentos, embates, desafios, disputas, aprendizagens técnicas, políticas institucionais, como pode ser visto na literatura a respeito do assunto e nos seminários, encontros e congressos que envolvem pessoas que atuam nas Residências. Mas, afinal, o que pode gerar tantos conflitos para os/as residentes? Seus papéis já não estão bem definidos? A *Residência* constitui-se como espaço de formação ou de trabalho? O/a residente estaria mais próximo

[1] Referência ao trecho da canção "Tô", do artista brasileiro Tom Zé. Disponível em: https://www.letras.mus.br/tom-ze/164918/

de ser um/a estudante de pós-graduação ou trabalhador/a? Bolsistas ou assalariados/as? Suas pautas de reivindicação girariam em torno de direitos trabalhistas ou dos/as estudantes de pós-graduação?

Depois de confundir vamos tentar esclarecer. Para essas questões suscitadas talvez possamos utilizar o espaço-tempo do "entre" para pensar a respeito daquilo que o/a residente vivencia, experimenta em seu cotidiano de trabalho-formação. Porém, não podemos confundir o "entre" como um meio termo ou uma espécie de posicionamento "em cima do muro", mas como um local de transição, de fluxos de intensidade que se misturam, que ora se confundem e ora se complementam. Cabe, então, aos/às residentes produzirem diferentes formas de transitarem por esse "entre" (assim como cabe aos *Programas de Residência* proporcionarem espaços para esse tipo de discussão), sem perder de vista o princípio de que são trabalhadores/as em formação para o/no SUS e, diante disso, construírem espaços de intervenção, de encontros (e às vezes desencontros) com usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as, estando sujeitos/as a reproduzirem modelos tradicionais de assistência à saúde e/ou criando novos modos de produzir saúde.

A respeito da atuação dos/as residentes durante o processo da *Residência*, artigos, trabalhos de conclusão de residência, capítulos de livros têm apontado para a diversidade do envolvimento desses sujeitos em seus percursos formativos (RAMOS *et al.*, 2006; DALLEGRAVE, 2008; DALLEGRAVE; KRUSE, 2009; ROSA; LOPES, 2009/2010; CECCIM; KREUTZ; MAYER, 2011; ABIB, 2012; RODRIGUES, 2012). Nessas pesquisas, notamos uma série de desafios, tensões, dificuldades e questionamentos à organização política e às potencialidades acerca do trabalho e da formação em saúde, do habitar esse "entre" no qual o/a residente está inserido/a. Os trabalhos referenciados apresentam, entre tantos achados, como um dos momentos importantes, durante a trajetória da política nacional das *Residências em Saúde*, a constituição do *Fórum Nacional de Residentes em Saúde* - FNRS, configurado como um "[...] espaço de articulação nacional dos residentes em saúde, que contribui para a potencialização e materialização do debate sobre a Residência em Saúde, enquanto estratégia de consolidação do SUS (RAMOS *et al.*, 2006, p. 384). De acordo com Rosa e Lopes (2009/2010, p. 492) o movimento nacional de residentes "[...] vem produzindo discursos e práticas em defesa da reforma sanitária e da efetivação do SUS, bem como apresentando reações ao modelo vigente".

A partir das pautas construídas e publicizadas pelo movimento nacional de residentes em saúde, podemos encontrar algumas pistas para entender em parte o "ser residente" no atual contexto do SUS, da saúde coletiva brasileira. Ao percorrer os materiais produzidos pelo FNRS e pelos coletivos regionais/locais de residentes, notamos a dupla reivindicação - pela garantia e melhorias nos

espaços de formação e gestão dos *Programas de Residência* e pela ampliação dos diretos dos residentes - referentes às questões como licença maternidade, auxílio doença, diminuição da carga horária de 60 horas semanais, entre outras. Além disso, também encontramos as lutas exigindo mais democracia e participação dos residentes e demais trabalhadores na construção da política nacional de residências em saúde, bem como a defesa do SUS e de pautas da reforma sanitária brasileira.

Entre pautas trabalhistas e pautas relativas à formação em saúde, entre discussões políticas e discussões clínicas, entre o fazer individual e o fazer coletivo, entre o/a residente "tarefeiro", o "tapa buraco" e o/a residente inventivo, existem muitos elementos dentro dos "entres" que nos impedem de definir com precisão quem são os/as residentes e o que eles/elas fazem, tendo em vista a diversidade de experiências e de formas de vivenciar esses processos de trabalho-formação. Não temos a pretensão de dicotomizar os/as residentes, por entender que os modos pelos quais irão vivenciar o trabalho em saúde, seja qual for o serviço, dependerá das formas pelas quais eles/elas estabelecem suas relações com a *Residência*, com seus anseios, suas lutas, suas questões, seus desejos, bem como pelas formas em que estão organizados os serviços, as gestões, as políticas públicas de saúde e os *Programas de Residência*, visto que os/as residentes estarão sujeitos/as às tensões e potencialidades dos locais em que estarão trabalhando, pesquisando, estudando, militando.

"Esse personagem, o/a residente, não existia... Teve de ser inventado" (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009, p. 218). Desde as primeiras experiências de formação multiprofissional em saúde até as leis, portarias e regulamentações das *Residências Multiprofissionais*, o "ser residente" tem sido constantemente ressignificado, reinventado, para tentar atender às diferentes e divergentes demandas que envolvem as *Residências em Saúde*. Os/as residentes têm convivido historicamente com lógicas distintas tanto no campo da formação quanto do trabalho. Interessante é notar, através dos relatos de experiências, artigos, cartas, trabalhos de conclusão de *Residência*, as formas pelas quais os/as residentes vêm justamente reiventando as concepções de ser residente - claro que é um processo complexo e que não atinge necessariamente a todos/as que vivenciam a *Residência*.

O ser residente não nos parece algo dado, embora *Programas de Residência*, gestores e leis tentem institucionalizar esse "ser". Contudo, ao passo que acompanhamos experiências mais próximas das perspectivas precarizantes e conservadoras do campo da saúde, levando os/as residentes a se tornarem apenas mais uma "mão de obra barata", atuando como "tapa buracos" nos serviços de saúde, também estamos acompanhando experiências que mostram como os/as residentes

têm buscado resistir a essas lógicas, constituindo redes de apoio, de afetos e aprendizagens com usuários/as e trabalhadores/as do SUS (RAMOS *et al.*, 2006; ABIB, 2012; RODRIGUES, 2012).

Para finalizar, mas não encerrar a discussão, precisamos entender que os projetos de SUS, de *Residência* e de residente continuam em jogo. As disputas seguem acirradas tanto nas esferas micropolíticas quanto macropolíticas. As concepções do que é/deve ser o/a residente estão em constante disputa, tensão, mutação e multiplicidade de sentidos. Nesse caso, é preciso estar atento ao que acontece tanto nas "pontas" quanto nos "entres" das *Residências em Saúde* para não reduzirmos o "ser residente" a uma visão romântica ou tecnocrata em demasia, entendendo a complexidade do vivenciar um trabalho-formação como a *Residência*; para descobrirmos se os/as residentes estão sendo usados mais como mão de obra barata e campo de trabalho precarizado ou se estão se constituindo como sujeitos ativos nos seus percursos de formação e trabalho, participando de processos políticos-clínicos-institucionais e aprendendo e construindo modos de trabalhar em saúde em conjunto com trabalhadores/as e usuários/as do SUS.

XPTO

Virgínia de Menezes Portes
Elisandro Rodrigues
Roger Flores Ceccon

XPTO (se pronuncia xis-pê-tê-ó) é uma gíria na língua portuguesa para designar 'excelência', dizer que algo é 'supimpa'. Gonçalo Neves (2017), linguista e lexicógrado português apresenta uma aula sobre o termo no *Ciberdúvidas*[1] *sobre a língua portuguesa*, do Instituto Universitário de Lisboa. Palavra com marcas brasileiras: no teatro, na dança e na expressão corporal. XPTO é o nome de um grupo teatral brasileiro fundado em 1984; de uma coreografia para teatro, de 1974; e "devir" de um grupo de expressão corporal criado em 1975, *Grupo Brincadeiras*.

Gonçalo Neves cita o encenador, cenógrafo e figurinista argentino radicado no Brasil, Osvaldo Gabrieli, que explica a origem do nome XPTO ao grupo teatral brasileiro: "[...] vem de uma peça de Oduvaldo Vianna Filho [Rasga Coração]. Lá tem um personagem [Lorde Bundinha] que fala XPTO o tempo inteiro. Descobrimos que era uma gíria [...], significava *coisa de qualidade*". Conforme o artista, o grupo gostou do nome porque era ambíguo, parecia experimento, tinha uma ótima sonoridade, era abstrato e não tinha que ser nada específico. Já Juliana Polo (2005, p. 42-43), pesquisadora da área de dança, nos apresenta a peça *XPTO – Ou o que vai pelo mundo*, da coreógrafa brasileira Angel Vianna. Relata que Angel decide criar a peça "[...] com personagens tradicionais do *ballet* ao lado de personagens de história em quadrinhos, como Superman, Luluzinha, Bolinha e Pateta. A criação é coletiva e a movimentação, simples, vem da organização de improvisações". A peça traz a sátira de uma época, bruxas, demônios e um pot-pourri musical (Fantástico, Charleston, rock e músicas de Rodrix, Guarabira e Eduardo Meirelles e seu conjunto), conforme cita da imprensa da época ("Superman, Lulu e Bolinha em *ballet* anticonvencional"). Juliana Polo (2005, p. 4) diz que:

> Ao decidir ultrapassar o limite da ignorância e penetrar na conscientização do movimento, não só do corpo, mas da própria existência em seu eterno devir, saímos

[1] O "Ciberdúvidas da Língua Portuguesa" na descrição do próprio site é "um serviço gracioso e sem fins comerciais, de esclarecimento, informação e debate sobre a língua portuguesa, o idioma oficial de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste" e pode ser acessado em: https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/artigos/rubricas/idioma/xpto/3531

> do horizonte de eventos e adentramos numa região especial, onde tudo converge para si próprio. A partir desse encontro as regras são quebradas e o pesquisador busca o que há de singular em si. O tempo se relativiza, dependendo inteiramente da pessoa envolvida; torna-se absolutamente descontínuo: correndo, saltando, arrastando, parando; nunca separado do espaço que dilata, contrai, torna-se denso, leve... Uma vez iniciado o processo não há mais como escapar.

Conforme a biografia de Angel Vianna no portal @psicod.org (PROJETO ACERVO ANGEL VIANNA, 2018, p. 37), a artista, juntamente com Klauss Vianna e Tereza d'Aquino, fundou, em junho de 1975, o *Centro de Pesquisa Corporal Arte e Educação*, "[...] espaço que atraía profissionais de diversas áreas, promovendo uma troca constante e interdisciplinar [...], pioneiro nas pesquisas de linguagem do corpo", e também o *Grupo Brincadeiras*, com o objetivo de "fazer gente que pensa que não dança, dançar", apresentando-se "[...] em locais inusitados, como manicômios judiciários, presídios, escolas, casa de recuperação mental e casas de menores abandonados" e desfeito quando, após uma apresentação em um manicômio judiciário, os bailarinos se negaram a dançar com os internos. Para o teatro e a dança, criar é produzir com e no corpo, proposição que encontra um rebatimento do senso comum onde pensar é repetir, infinitamente, o mesmo. Conforme José Gil (2004), a criação de conceitos requer um corpo sensório, estésico que se fricciona com o mundo. XPTO!

Gilles Deleuze e Félix Guattari enunciam muitos devires: devir-animal; devir-orquídea; devir-mulher; devir-criança; devir-revolucionário; devir-intenso; devir-imperceptível; devir-máquina; devir-molecular. Devir é rizoma, multiplicidade. Não produz outra coisa senão ele próprio. Ele não imita, ele é real, configurando-se sempre como um "bloco de devir". Devir é um verbo tendo toda sua consistência; não se reduz, não nos conduz a 'parecer', nem 'ser', nem 'equivaler', nem 'produzir' (DELEUZE, 1997). O devir é sempre inacabado, em processo de vir-a-ser e de fazer-se. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido (DELEUZE; GUATTARI, 2002). Ser Residente, estar em um processo de formação em serviço, é viver uma vida atravessada pelo vivível e o vivido. Ser residente é XPTO. É fazer morada no espaço, no território, no serviço, no campo. Dessa forma, pergunta-se, é possível pensarmos em um Devir-Residente? Devir-Residente é fazer movimento nesse espaço-tempo de formação, deixar de ser uma coisa para se tornar outra.

Devir-Residente é ser outra coisa que não a mesma, é passar por uma experiência que transforma, que marca, que cria sulcos na pele - a experiência é alguma coisa da qual a gente mesmo sai transformado (DELEUZE; GUATTARI, 1997). Por isso, nunca é imitação. Devir-Residente é criar um

mapa intensivo de experiências, "[...] é o devir que faz, do mínimo trajeto ou mesmo de uma imobilidade no mesmo lugar, uma viagem; e é o trajeto que faz do imaginário um devir" (FOUCAULT, 2010, p. 289). No movimento de devires, o residente é, "[...] a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche" (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p. 64). Os devires são como as constelações, sempre a orientar, mostrar entradas e saídas. Sempre traçando linhas de fuga, que escapam e vazam, é onde o novo pode acontecer, onde a criação pode brotar pelo meio. O devir é sempre entre, no meio, *intermezzo*, experimento, XPTO.

E que espaço é este em que o novo pode acontecer? O ser residente compreende um percurso natural de propostas, experiências, dinâmicas e caminhos; significa uma constante construção. Requer e oferta, simultaneamente, uma noção ampliada da realidade, a qual emerge do compromisso individual e coletivo do compartilhamento e corresponsabilização. As linhas de fuga vazam e extravasam por meio dessa proposta de formação em serviço, investindo no campo, local do fazer saúde, como principal estratégia para repensar o processo de formação e produção em saúde. O diálogo, o encontro e o contato vão permitindo este processo de vir-a-ser o cuidador, o cuidado, potencializando toda a simultaneidade deste processo singular. A produção da vida e do cuidado ocupa um papel central nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, por isso, um Devir-Residente convida para a análise crítica sobre paradigmas tecnicistas, produtores de repetições, fragmentações e procedimentos padrões, que dispensam reflexões, criações e implicações.

O sempre inacabado Devir-Residente incorpora a necessidade constante de compreensão do seu papel no processo de trabalho. O protagonismo da atuação profissional, acompanhado do compromisso social, ético e político da formação em ato no e para o SUS, caracteriza a criação desse mapa intensivo de experiências. Se a *Residência Integrada e/ou Multiprofissional em Saúde* possibilita-nos deixar de ser uma coisa para se tornar outra, é factível afirmar que esta representa uma peça fundamental na construção teórica e pedagógica.

Devir-Residente é criar linhas de fuga aos processos massificantes e procrastinadores. E "não é dormindo no ponto que se faz um devir" (TOMAZ TADEU; CORAZZA; ZORDAN, 2004, p. 81). Quem reside num Devir-Residente resiste? Sim, por vezes, e não, para tantas outras. Resiste em entender o processo de formação como individual, unilateral, meritocrático e engessado. Não resiste em pensar estratégias de mudança no modelo tecnoassistencial contemporâneo, a partir do cotidiano e da construção coletiva. Resiste em enxergar a saúde com abordagens biologicistas unicamente, desconsiderando o cenário onde está inserido e os determinantes e condicionantes que impactam na

sociedade em que vive. Não resiste diante do desafiador processo de construção compartilhada e corresponsabilização de todos os profissionais. Devir residente é rizoma, multiplicidade de produção. Ele é real, é ambíguo, é XPTO.

ZIGUEZAGUEAR

Cristian Fabiano Guimarães
Ricardo Burg Ceccim
Ligia Tlaija Leipnitz

Pensar nas *Residências em Saúde* como política, programa ou currículo em ziguezague não chega a ser surpreendente, trata-se de um projeto formativo ainda não consolidado, submetido à diversidade dos proponentes e dos arranjos possíveis para a apresentação de cada proposta e sua sustentação no tempo. Pensar no ziguezague no campo das *Residências em Saúde* é pensar no exercício de um jogo, o ziguezague como a prática de exercício presente no jogo corporal. Usando-se dessa metáfora, pode-se dizer que se joga na medida em que se ousa ou se vive: espaço da experimentação, de produção de encontros e de criação. O ziguezague joga alinhavando o mundo, traçando um plano de consistência para a realidade confusa, móvel, incerta. Jogo entre o real e o possível (imagem de futuro) como processo de invenção e, quando o mundo está alinhavado, suas beiradas são puxadas mais uma vez.

O ziguezaguear também é o movimento da costura, o passa-linha que permite reunir, compor, recompor o que estava roto, ajustar, "artistar" ou "reatar". O ziguezaguear no mundo também é como o alinhavar-desalinhavar: basta puxar um "fiozinho" para que a multiplicidade opere sobre a existência. É quando tudo se desamarra que precisamos aprender a costurar com arte e com beleza os provisórios e os duradouros. Aprender a descosturar, mas saber que qualquer costura cede, afrouxa, tem seus fios puxados pelo uso. Já para Deleuze, o ziguezague traz a noção de movimento, a imagem do voo da mosca (ZZZ), assim como a noção de raio, bifurcação, que provoca quebra, rachaduras no instituído. Sobre a última letra do alfabeto, Deleuze diz: é o Z e o Z é o ziguezague, é movimento, o voo da mosca. O ZZZ é um movimento elementar, o movimento que presidiu a criação do mundo. A base de tudo não é o Big-Bang, mas o Z. O Big-Bang deveria ser substituído pelo Z, que é o Zen e que é o trajeto da mosca — em palavras de Deleuze (DELEUZE; PARNET, 2012).

Como pensar esse jogo, esse movimento do "ziguezaguear" no campo da saúde? Quais as implicações do ziguezaguear para a produção do cuidado e do aprendizado? E o que as residências

têm a ver com isso? Deleuze sugere a sabedoria Zen, o aprendizado que decorre da quebra/da queda de uma imagem prévia de saber, não o *saber mais* sobre aquilo é sabido, mas o raio que corta com sua luz o sabido. Não a luz que ilumina as trevas, mas o raio que corta a luz e a faz retornar à noite. Nesse sentido, o ziguezague pode ser entendido, nas práticas em saúde, como o jogo entre o instituído e o instituinte, processualidade. Gilles Deleuze (1988) diz que o ziguezague faz lembrar sobre "universais" e "singularidades", as verdades/convicções impostas e as realidades moventes e únicas em cada situação. A pergunta do filósofo é sobre como relacionar singularidades díspares (relacionar potenciais), então, sugere pensar em termos físicos: "podemos imaginar um caos, cheio de potenciais, mas como relacioná-los?" O pensador diz que entre dois potenciais haveria um "precursor sombrio". Deleuze cita sua leitura sobre o Big Bang e os fenômenos físicos: o precursor sombrio é aquilo que relaciona os potenciais diferentes. Uma vez que o trajeto do precursor sombrio está feito, os dois potenciais ficam em estado de reação e, entre os dois, fulgura o evento visível: o raio! Disso nasceu o mundo, narra: "[...] havia o precursor sombrio e o raio, [...] foi assim que nasceu o mundo". Diz que há um precursor sombrio "que ninguém vê" e há o raio "que ilumina". Recupera que "o mundo é isso" ou que, pelo menos, o pensamento e a filosofia deveriam sê-lo. Ilustra com a "sabedoria do Zen": o sábio seria o precursor sombrio e "suas pauladas" (diríamos: o destronar de qualquer pretensa centralidade) seriam o raio que ilumina as coisas.

Cristiane Mesquita (2010, p. 3), designer de moda, diz que "Deleuze vai longe na perspectiva de compreensão do z, contagiado pela Física e pelas teorias Zen, para pensá-lo como lógica de relação presente no caos e no possível movimento que presidiu a criação do mundo". A designer, acostumada com dobrar, cortar, costurar, plissar, explica o pensador: "[...] a imagem que ele apresenta para fazer visualizar uma *perspectiva Z* é o voo da mosca, belo e produtivo, exatamente por permitir ao inseto díptero, escapes incríveis das mãos humanas e das línguas predatórias". Tais escapes envolveriam, provoca-nos, "[...] fugas estratégicas de aprisionamentos tão simples quanto fatais". A autora sugere que "[...] a perspectiva Z vive das possibilidades de itinerâncias e trânsitos entre variáveis e planos, de modo que um escape de uma dimensão [...] seja capaz de produzir retornos diferenciais à zona de origem". Retomar a dimensão do plano original, entretanto, ocorreria "[...] depois de ter realizado uma trajetória, incorporando no processo aquilo que a própria trajetória implica". O ziguezague é a costura sobre o plano das forças, o traçado de um plano de consistência.

Facilmente encontramos composições no campo da saúde em que se valorizam as especialidades, os saberes fragmentados, as divisões disciplinares. As relações entre os saberes, entre

os profissionais, entre as pessoas, formas fixadas em estruturas duras, imóveis, constituindo modos de cuidar e aprender burocratizados. Cada disciplina, ao constituir seu território, como a Enfermagem, a Medicina, a Odontologia e a Psicologia, por exemplo (carreiras que requerem a manifestação do *Conselho Nacional de Saúde* para a abertura de cursos de graduação, tendo em vista serem categorias cuja atuação representa risco à integridade física e moral de pessoas e coletivos), formata o saber determinando formas de fazer (cuidar/ensinar) no campo da saúde. No entanto, os saberes específicos são apenas uma parte de um universo, um estreitamento de possíveis, dentre tudo o que pode existir. O ziguezaguear coloca o problema da composição ou da costura entre saberes e fazeres, mas também o abalo de certezas, de mundos e de acordos. No contexto das residências em saúde, essa questão parece ser a chave para a formação, partindo da seguinte problematização: o que pode um currículo, um projeto ou uma política para a mestiçagem entre saberes e fazeres na saúde? O que pode a mestiçagem entre os saberes e entre os fazeres na saúde?

Deleuze diz que o saber *reserva*, o "saber tudo" é abominável, pois impede que encontros sejam feitos. Encontros esses que podem ser entre coisas, obras, ideias, músicas, comunidades (de vida, de saberes, de práticas) e, nesse caso, o encontro entre os diferentes atores que compõem o cenário do cotidiano do cuidar e do ensinar na saúde. O *Programa de Residência* em ziguezague pressupõe encontrar-se com as singularidades, valorizar a potência das singularidades, decompor "saberes-tudo" em direção ao aparecimento de "práticas menores", saberes-fazer capazes de escapulir do "saber tudo", num voo de mosca, numa perspectiva Z, numa costura artista. É possível que essa perspectiva aconteça quando um precursor sombrio desequilibra o plano instituído, deixando que o território perca sentido, um raio corta o sabido, o instituído, o programado. O Z (ou o raio) produz esse efeito do "ziguezague" quando o trovão anuncia uma luz no céu, provocando uma variação na paisagem, tal como ela, então, se apresenta. E o que *poderia* esse raio?

Na filosofia de Deleuze, o traçado de um mundo possível, pressupõe a ideia de variação. Nesse intervalo no qual a variação se expressa, entre o instituído e o devir, encontramos espaço, no cotidiano do trabalho em saúde, para construir estratégias de forma-ação, inventando outros modos de saber/fazer/ensinar/aprender. É o espaço de produção da saúde em ato, o ziguezague potencial que traça um plano de consistência. É de se notar que, se a graduação exige um percurso que "diploma", habilitando formalmente às práticas privativas e regulamentadas de um exercício profissional, uma *Residência em Saúde* é experiência de trabalho, de encontro, de trocas. Por isso mesmo, ruim que represente, outra vez (ou ao menos que represente sempre) a "diplomação", a

habilitação formal às práticas privativas e regulamentadas de um exercício de especialidade. Hão de haver as especialidades cuja melhor formação assim seja requerida, mas a necessidade de popularizar e disseminar a oferta de residências não é por esse motivo, é para a apropriação de potências interprofissionais, potências de escuta e sensibilidade aos usuários, potências de redesenho das ações e serviços para suas melhores respostas em necessidades de saúde. As respostas a essas demandas não estão prontas, são variações, bifurcações, potenciais.

A noção de variação é uma ferramenta conceitual que ajuda a compreender como os territórios existenciais ganham/perdem sentido. É o desenho que marca o traçado genealógico das forças que disputam a existência. O movimento da variação faz escapar os diferentes significados que afirmam um modo fixo de entendermos as coisas, o cotidiano, nós mesmos. Ele implica um processo de afetar e ser afetado, o ziguezague *imundo* que toma de assalto o *mundo*. Como recurso teórico, a variação possibilita não sermos capturados pela tendência de considerar a realidade como produção natural, como alguma coisa pré-constituída, formada ou acabada, instituída. Variação que sustenta uma condição de inacabamento para o mundo, é a arte do ziguezague em ato, como processualidade ou força movente, que faz fugir o registro de um significado pré-constituído que o determina. Quando, no campo da saúde, alguma coisa varia, o ziguezague está em vias de ligar pontos, desenhar um traçado, um percurso a ser cartografado se anuncia, a produção de sentidos ou de singularidades em devir retorna produzindo a diferença.

Jeanne Favret-Saada, em 1990, escrevia sobre a experiência de "ser afetada" (*être affecté*), usando do referencial da antropologia (uma etnografia da feitiçaria). "Da minha parte, encaixo essa carga energética de um modo meu, pessoal: tenho, digamos, um distúrbio provisório de percepção, uma quase alucinação, ou uma modificação das dimensões; ou ainda, estou submersa num sentimento de pânico, ou de angústia maciça". Em seguida, ainda esclarece seu aprendizado com a pesquisa: "[...] aceitar ser afetado supõe, todavia, que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer. Pois se o projeto de conhecimento for onipresente, não acontece nada". Para a pesquisadora, "[...] se acontece alguma coisa e se o projeto de conhecimento não se perde em meio a uma aventura, então uma etnografia é possível", ainda que o tempo da análise só venha mais tarde: "[...] os materiais recolhidos são de uma densidade particular, e sua análise conduz inevitavelmente a fazer com que as certezas científicas mais bem estabelecidas sejam quebradas" (FAVRET-SAADA, 2005, p. 160). Nesse ziguezaguear, o traçado Z provoca uma (de)formação nas formas instituídas, colocando a capacidade de ver em múltiplas direções. Desse

modo, nos aproximamos do outro apenas com uma caixa de ferramentas. Conforme o encontro é que nossos saberes poderão operar práticas. Os saberes não preexistem aos encontros, são os encontros que os determinam.

A perspectiva Z, que aceita escapar às formas – abre N possibilidades (um Z deitado?), forja novos encontros, para que o processo do fazer-saber aconteça, permitindo a produção de cuidado e aprendizado em ato. Eis que outro caminho se anuncia provocando rachaduras nos saberes *a priori*, desestabilizando o trabalho protocolar, das habilitações regulamentadas, privativas, exclusivas, restritivas, verticalizadas. Mesquita (2010, p. 4) cita uma aula com o professor Luís Orlandi: "[...] num ziguezague são bem-vindos os conceitos vagabundos, aqueles que vagueiam, que nunca se firmam, nunca se fixam. São nômades e não resistem como essência". Cita o professor: "[...] eles estão na batalha do sentido e não do significado". Depois, retoma uma passagem de Deleuze e Guattari em *Mil Platôs*: "[...] uma outra imagem reveladora das qualidades do movimento ziguezague é a dança de acasalamento do peixe esgana-gata, espécie comum em água doce da região atlântica e mediterrânea". Refere os filósofos: "[...] eles descrevem a dança do macho - que muda de cor e constrói ninho - para induzir a fêmea grávida a segui-lo para o abrigo onde os ovos serão fertilizados". Então nos conta que é assim que o esgana-gata garante a vida, pois, sob o olhar dos autores, "[...] seu ziguezague é um motivo onde o zigue esposa uma pulsão agressiva em direção ao parceiro, o zague uma pulsão sexual em direção ao ninho, mas onde o zigue e o zague são diversamente acentuados, e mesmo, diversamente orientados".

Z, que – no abecedário – permite retornar ao A, jogo do eterno retorno. O Z que é chegar ao fim, também é retornar ao começo, nesse caso, à vontade, à potência de afirmação da vida. Quando as residências ganham forma, também é hora de retornar à forma-ação. Os conhecimentos e as experiências vividas nas *Residências em Saúde* permitem a cada ponto de chegada detectar a força dos pontos de partida. O ziguezaguear é, portanto, a processualidade que excede o "saber tudo", dá importância à variação e faz retornar a vontade, acolhe a potência e produção de novas formas/maneiras de ser/fazer em saúde. O movimento do aprender, e não o resultado do saber, é o que interessa. Jogar com o campo de formação em ziguezague é desenhar uma outra geografia durante a formação, abrir a possibilidade para um traçado que foge à linha reta. É o voo da mosca, belo e produtivo, exatamente por se fazer em escapes. É o movimento de liberação das forças de criação, que passam *pelo coletivo*, pela potência de variar (GUIMARÃES, 2016). Possibilidade de itinerâncias, trânsitos entre diferentes pontos e planos, fuga do aprisionamento.

As *Residências em Saúde* vivem em ziguezague: para sobreviver às tempestades e, para em meio ao conservadorismo, provocarem tempestades. Quando levam até o limite seus desafios, somente uma perspectiva Z não aniquilará suas N possibilidades: reconhecer, acolher e fazer uso das potências da interprofissionalidade, do trabalho em equipe multiprofissional, da troca interdisciplinar, da construção transdisciplinar, do compromisso com o *Sistema Único de Saúde* e a integralidade da atenção, da humanização e da ação intersetorial. Não se trata de "era o caos e deve vir a ordem", porque, onde era a ordem, vem o caos. Esse é o raio, essa é a sabedoria Zen, esse é o trajeto da mosca, esse é o Z bem no meio. Desse ponto de vista, a própria *Residência* muda de sentido ou ganha novos sentidos: ela é espaço de formação enquanto for ato de criação, prática cotidiana de invenção dos serviços e dos trabalhadores da saúde, assim como dos usuários, por novos acolhimentos, novas soluções, novas ações. Também haverá uma linha em Z traçando redes, linhas de cuidado, aprendizagem coletiva, comunidades de prática, educação permanente em saúde. Se com a letra Z o abecedário chega ao fim, a partir do Z, retornamos ao A. E cada informação prévia já não dirá mais as mesmas coisas, desafiará os saberes e fazeres, o ZZZ da mosca.

REFERÊNCIAS

ABIB, L. T. **"Caminhando contra o vento..."**: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. 2012. 55 f. Monografia (Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva) — Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ABRAHÃO, A. L. *et al*. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Revista Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 133-144, 2013.

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 187-203.

ADORNO, T. W. **Notas de Literatura I**. São Paulo: Editora 34, 2015.

AGAMBEN, G. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007.

AGUIAR, K. F. **Ligações perigosas e alianças insurgentes**: subjetividades e movimentos urbanos. 2003. 159 f. Tese (Doutorado em Psicologia) — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ALCOFORADO, L. M. A. *et al*. Residência de enfermagem um processo de ensino ou de trabalho?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 340-354, 1978 .

ALMEIDA-FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, nov/dez 2000.

ALMEIDA, R.; DUARTE, D. Teatro do oprimido e perspectivas de um criativo fazer coletivo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS** — v.5: saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 503-509.

AMARANTE, P. D. C.; COSTA, A. M. **Diversidade cultural e saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

AMORIM, A. S. L.; CHARNEY, A.; PULGA, V. L. Vivências no território vivo: pistas para superar a modelização na formação médica. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p. 07-13, 2016.

ANTUNES, R. (Org.). **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARAUJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARAUJO, R. C. O Diário de Luto de Roland Barthes ou a estética do fragmento. **Cadernos do CNLF**, Rio de Janeiro, v. XIV, n. 4, t. 3, 2010.

ARDOINO, J.; LOURAU, R. **Les pédagogies institutionnelles**. Paris: PUF, 1994.

ARIAS-CASTILLO, L. *et al*. **Perfil do Médico de Família e Comunidade**: Definição íbero-americana. Santiago de Cali: Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar, 2010. Tradução de Rogério Machado. Disponível em: <www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2018.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BACHA. H. A. Residência Médica: análise e proposições. **Anais da XIII Reunião Anual da ABEM**, Bahia, 1975.

BALDISSERROTO, J. *et al*. Residência Integrada de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: 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. p. 354-373.

BALDWIN, W. C. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. **Journal of Interprofessional Care**, v. 10, p. 173-187, 1996.

BALINT, M. **O médico, o paciente e sua doença**. Rio de Janeiro: Ed. Livraria Atheneu, 1988.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARR, H. **Interprofessional education today, yesterday and tomorrow**. [S.l.]: CAIPE, 2002. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/caipe-2002-interprofessional-education-today-yesterday-tomorrow-barr-h>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BARRA, S. M. M. **A infância na latitude zero**: as brincadeiras da criança 'global' africana. Portugal: Universidade do Minho, 2015.

BARRETO, V. H. L. *et al*. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, dez. 2011.

BARROS, F. S.; PINHEIRO, R. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Cepesc, ABRASCO, 2007.

BARROS, M. E. B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 131-150.

BARROS, M. de. **O livro das Ignorãças**. Rio de Janeiro: Alfaguara, Objetiva, 1993.

BARROS, M. de. **Poesia completa**. São Paulo: LeYa, 2013.

BARROS, M. C. N. **Papel do preceptor na residência multiprofissional**: experiência do serviço social. 2010. 128 f. Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde) — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BARTHES, R. **Diário de luto**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BASAGLIA, F. **L'Institution en négation**. Paris: Seuil, 1970.

BASBAUM, R. VCP - vivência crítica participante. **ARS**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 26-38, 2008.

BASSO, T. M. **Ubuntu todos os dias**. [S.l.: s.n], 2015. Disponível em: <http://deverasente.blogspot.com.br/2015/09/ubuntu-todo-os-dias.html>. Acesso em: 03 jan. 2018.

BAUMER, F. I. V. **O pensamento europeu moderno**: séculos XIX e XX. Lisboa: Edições 70, 1990.

BERGER, C. B. *et al*. A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-10, jul. 2017.

BOAL, A. **Teatro do oprimido e outras poéticas políticas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

BOAL, A. **Jogos para atores e não atores**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

BOAL, A. **Hamlet e o filho do padeiro**: memórias imaginadas. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BOAL, A. **Arco-íris do desejo**: método Boal de teatro e terapia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

BOAL, A. A árvore do teatro do oprimido. In: BOAL, A. **Teatro do oprimido e outras poéticas políticas**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009a.

BOAL, A. **A estética do oprimido**: reflexões errantes sobre o pensamento do ponto de vista estético e não científico. Rio de Janeiro: Funarte/Garamond, 2009b.

BOLETIM RESISTÊNCIA. Edição 3. Publicação apócrifa. Porto Alegre: [s.n.], mar./2006.

BOLETIM RESISTÊNCIA. Edição 2. Publicação apócrifa. Porto Alegre: [s.n.], fev./2006a.

BONELLA, A. E. Bioética baseada em razões: alguns fundamentos. **Thaumazein**, Santa Maria, v. 10, n. 19, p. 29-38, 2017.

BORGES, J. L. **Labirinto**. [S.l.: s.n.], 1984. Disponível em: <http://cvc.cervantes.es/actcult/borges/elementos/05b.htm>. Acesso em: 04 jan. 2018.

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. 363–373, set. 2008.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRANDÃO, C. R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRASIL. Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, 18 jul. 1975, Seção 1, p. 8921. Brasília, DF, 1975. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6229.htm>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de Setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 6 set. 1977, Seção 1, p. 11787. Brasília, DF, 1977.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 7, de 12 de junho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 17 jun. 1981, Seção 1, p. 11846. Brasília, DF, 1981a.

BRASIL. Lei Federal nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 9 jul. 1981, Seção 1 p. 12789. Brasília, DF, 1981b.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080**,** 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**, 19 set. 1990, Seção 1, p. 18055. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990, Seção 1, p. 25694. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 11, de 31 de outubro de 1991. Institui e normatiza o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Recursos Humanos para a Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde, Vigilância Sanitária e Farmácia, entre outros. **Diário Oficial da União**, 12 nov. 1991. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1991/Reso011.doc>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, 23 dez. 1996, Seção 1, p. 27833. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/l9394.htm>. Acesso em: 19 mai. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2264**, de 13 de agosto de 1996. Brasília, DF, 1996a. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17872>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2322**, de 27 de setembro de 1996. Brasília, DF, 1996b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17955>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 63ª Reunião Ordinária**. 05 e 06 de março de 1997. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_97.htm>. Acesso em: 23/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 225, de 08 de maio de 1997. Aprova a reinstalação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e estabelece seus componentes e atribuições. **Diário Oficial da União**, 23 set. 1997. Brasilia, DF, 1997a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm>. Acesso em 10 mai. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 4210**, de 13 de fevereiro de 1998. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20737>. Acesso em: 10 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Diário Oficial da União**, 7 nov. 2001, Seção 1, p. 38. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portarias Interministeriais das Diretrizes Curriculares**: Cursos de Graduação de Biomedicina, Ciências Biológicas, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional. Brasília: Ministério da Educação, 2001/2002.

BRASIL. Lei Federal nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a

assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 16 abr. 2002, n. 72, Seção 1, p. 1-2. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. Aprova a "Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia de "Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde" como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente. **Diário Oficial da União,** 05 fev. 2004. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Aprender SUS**: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 5 de 8 de junho de 2004. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. **Diário Oficial da União**, 11 jun. 2004, Seção 1, p. 19. Brasília, DF, 2004a.

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. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização — humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**: Conferência Sergio Arouca — Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União***,* 13 fev. 2004, n. 32, Seção 1, p.37-41. Brasília, DF, 2004f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS:** notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro de 2004 a junho de 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.111, 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**, 7 jul. 2005, Seção 1, p. 47. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 4, de 7 de julho de 2005. Dispõe sobre o intercâmbio interinstitucional para apoiar a criação e o aprimoramento de Programas de Residência Médica em especialidades prioritárias em regiões carentes do país. **Diário Oficial da União**, 14 jul. 2005, Seção 1, p. 59-62. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 4 nov. 2005, n. 21, Seção 1, p. 112. Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**, 1 jul. 2005, Seção 1, p.1-2. Brasília, DF, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União**, 04 nov. 2005, n. 212, Seção 1, p. 111. Brasília, DF, 2005e.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 5, de 7 de julho de 2005. Dispõe sobre a criação de estágio voluntário para residentes, como modalidade de estágio optativo, em localidades de difícil acesso do país. **Diário Oficial da União**, 14 jul. 2005, Seção 1, p. 62. Brasília, DF, 2005f.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 6, de 7 de julho de 2005. Dispõe sobre a autorização de Curso Livre com metodologia de ensino a distância, para o aperfeiçoamento teórico dos médicos residentes. **Diário Oficial da União**, 14 jul. 2005, Seção 1, p. 62-64. Brasília, DF, 2005g.

BRASIL. Medida Provisória nº 238, de 1º de fevereiro de 2005. Institui, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude - CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências (Convertida na Lei nº 11.129, de 2005). **Diário Oficial da União**, 2 fev. 2005. Brasília, DF, 2005h.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 mai. 2006, Seção 1, p. 23-36. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

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, 2006c.

BRASIL. Lei Federal nº 11.381, de 1º de dezembro de 2006. Altera a Lei no 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002. **Diário Oficial da União**, 4 dez. 2006, Seção 1, p. 8. Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006**: saúde mental no SUS — acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, elencando suas principais atribuições. **Diário Oficial da União**, 15 jan. 2007, Seção 1, p. 28. Brasília, DF, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União,** 22 ago. 2007, Seção 1, p. 34. Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-Saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n° 698, de 19 de julho de 2007.

Nomeação de membros titulares e suplentes da CNRMS. **Diário Oficial da União,** 20 jul. 2007, Seção 2, p. 9. Brasília, DF, 2007d.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Relatório do III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde**. Brasília: Ministério da Educação, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/relatorio.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. **Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial União**, 25 jan. 2008, n. 18, Seção 1, p. 47-50. Brasília, 2008c.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1° da Portaria Interministerial n° 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, 25 abr. 2008, Seção 1, p. 12. Brasília, DF, 2008d.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 593 de 15 de maio de 2008. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde — CNRMS. **Diário Oficial da União**, 16 mai. 2008, Seção 1, p. 10-11. Brasília, DF, 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.001 de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas para o SUS (Pró-Residência). **Diário Oficial da União**, 23 out. 2009, Seção 1, p. 9. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, 13 nov. 2009, Seção 1, p. 7. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**: Exercício 2007/2009. Brasília: Ministério da Educação, 2009c.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 03, de 04 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, 5 mai. 2010, Seção 1, p. 14-15. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 mar. 2010, Seção 1, p. 53. Brasília, DF, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 22 out. 2011, n. 204, Seção 1, p. 48. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2007-2010**: saúde mental no SUS — as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011, Seção 1, p. 1. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 14 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 226ª Reunião Ordinária** — Brasília, 05 e 06 de outubro de 2011. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_11.htm>. Acesso em 23/05/2018.

BRASIL. Lei Federal nº 12.513, de 26 de outubro de 2011. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis no 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), no 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, no 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e no 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 27 out. 2011, Seção 1, p. 1. Brasília, DF, 2011d.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jan. 2012, Seção 1, p. 1. Brasilia, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 02, 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**, 16 abr. 2012, Seção 1, p. 24-25. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar** — v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**.Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Ata da 238ª Reunião Ordinária** — Brasilia, 09 e 10 de outubro de 2012. Brasília, DF, 2012d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_12.htm>. Acesso em: 23/05/2018.

BRASIL. Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 23 out. 2013, Seção 1, p. 1. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 05, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e

uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, 10 nov. 2014, n. 217, Seção 1, p. 34. Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à saúde da Família**: Ferramentas para a gestão do trabalho cotidiano — v. 1.. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 07, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, 17 nov. 2014, Seção 1, p. 12. Brasília, DF, 2014c.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 34, de 09 de abril de 2014. Nomeia a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. **Diário Oficial da União**, 10 abr. 2014, Seção 2, p. 25. Brasília, DF, 2014d.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, 23 dez. 2014, Seção 1, p. 21. Brasília, DF, 2014e.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Ensino Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 01, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. **Diário Oficial da União**, 22 jul. 2015, Seção 1, p. 16. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 51 de 08 de setembro de 2015. Dispõe sobre a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005. **Diário Oficial da União**, 9 set. 2015, n. 172, Seção 1, p. 8. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=8&data=09/09/2015> Acesso em: 28 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). **Diário Oficial da União**, 25 mar. 2015, Seção 1, n. 57, p. 31-34. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html> Acesso em: 04 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/29/Edital-PET-GraduaSUS.pdf>. Acesso em:04 jan. 2018 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.127, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 6 ago. 2015, n. 149, Seção 1, p. 39. Brasília, DF, 2015d.

BRASIL. Ministério da Educação. **Perguntas e respostas sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde**. Brasília: Ministério da Educação, 2015e. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional> Acesso em: 12 mai. 2018.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 9.235, de 15 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. **Diário Oficial da União**, 18 dez. 2017, Seção 1, p. 2. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2017/decreto-9235-15-dezembro-2017-785940-publicacaooriginal-154513-pe.html>. Acesso: em 20 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Residência Multiprofissional em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional#2>. Acesso em: 27 dez. 2017.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Denominações das Instituições de Ensino Superior**. Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2017b. Disponível em: <http://www.dce.mre.gov.br/nomenclatura_cursos.html>. Acesso em: 25 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital 11, de 27 de novembro de 2017. Adesão entre os federados e instituições à concessão de bolsas do Ministério da Saúde para programas de residência em área profissional da saúde. **Diário Oficial da União**, n. 227, Seção 3, p. 95-96. Brasília, DF, 2017c. Disponível em: <http://sigresidencias.saude.gov.br/tmp-sigresidencias/EDITAL_11_2017.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP. **CEP ativos por macrorregiões**. Brasília: CONEP, 2017d. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/MAPA_CEP.pdf. Acesso em: 29 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. **Diário Oficial da União**, 30. nov. 2017, Seção 1, p. 141. Brasília, DF, 2017e.

BRECHT, B. A exceção e a regra. In: BRECHT, B. **Teatro Completo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990. p. 129-160.

BRUM, E. **Olho da Rua**. São Paulo: Globo, 1999.

BRUNELLO, M. E. F. *et al*. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem,** São Paulo, v. 23, n. 1, p.131-135, 2010.

CAMPOS, F. N. **Trabalhadores de Saúde Mental**: incoerências, conflitos e alternativas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2008. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CAMPOS, F. E.; BELISÁRIO, S. A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e educação continuada. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133-142, 2001.

CAMPOS, G. W. S. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 107-127.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez. 1998

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000a.

CAMPOS, G. W. S. **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, 2000b.

CAMPOS, G. W. S. **Práxis e Formação Paideia**: Apoio e Cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, R. H. F.; GUARESCHI, P. (Orgs.). **Paradigmas em Psicologia Social**: a perspectiva Latino-Americana. Petrópolis: Vozes, 2000.

CAROZZI, S. O Qorpo-Santo da escrita: o projeto ensiqlopèdico de José Joaquim de Campos Leão. 2008. 135 f. Dissertação (Mestrado em Letras) — Programa de Pós-Graduação em Letras, Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

CASADO, M. Bioética y educación: sobre la necesidad de adoptar una concepción de la bioética flexible y que promueva la educación en los principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v. 11, n. 2, p. 62-71, 2011.

CASTELLO, L. A.; MÁRSICO, C. T. **Oculto nas palavras**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS-UERJ, ABRASCO, 2005. p. 161-181.

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, IMS-UERJ, ABRASCO, 2006. p. 259-278.

CECCIM, R. B. 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. **Residências em Saúde**: Fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 17-22

CECCIM, R. B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. (Orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS-UERJ, ABRASCO, 2010a. p. 131-154

CECCIM, R. B. Interprofissionalidade. **Seminário de Interprofissionalidade**: debate sobre as experiências no ensino e no serviço, 2017, Fortaleza. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/apresentacao-do-seminario-interprofissionalidade/>. Acesso em: 10 jan. 2018.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. M. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos em saúde e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. 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. 165-184.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, out. 2004a.

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

CECCIM, R. B.; KREUTZ J. A.; MAYER JÚNIOR, M. Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). **Cidadania no Cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Cepesc, 2011. p. 257-292.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CECÍLIO, L. C. O. Programa UNI: uma necessária ampliação de sua agenda. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS, C. M. (Orgs.). **Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 129-136.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 24, 2003, p. 5-15.

CHUEIRI, M. S. F. Concepções sobre a Avaliação Escolar. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 19, n. 39, jan./abr., p. 49-64, 2008.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. spe, p. 143-147, dez. 2000.

COIMBRA, C. M. B. Os Caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 52-80, 1995.

COLAVITTO, M. A. **O clown e a criança**: poéticas de resistência. 2015. 124 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

COLETIVO GAÚCHO DE RESIDENTES EM SAÚDE. **Carta Aberta do Coletivo Gaúcho de Residentes em Saúde**: Campanha contra as 60 horas semanais. [S.l.: s.n., s.d]. Disponível em: <http://residentesrs.blogspot.com.br/2014/11/carta-da-campanha-contra-as-60-horas.html>. Acesso em: 27 dez. 2017.

COLOMÉ, I. C. S.; LIMA, M. A. D. S.; DAVIS, R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v . 42, n. 2, p. 256-261, 2008.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde** — promovida pelo Ministério da Saúde (1963, Brasília/DF). Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

CORAZZA, S. M. Currículos nômades: múltiplos nomes em 51 fragmentos. **Anais do VII Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul**: Pesquisa em Educação e Inserção Social, 2008, Itajaí. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2008/ Curriculo_e_Saberes/Mesa_Tematica/12_05_23_Eixo2_mt_ sandra.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CORAZZA, S. M. Didática da tradução, transcriação do currículo (uma escrileitura da diferença). **Pro-Posições**, Campinas, v. 26, n. 1 (76), p. 105-122, jan./abr. 2015.

CORTÁZAR, J. Autoestrada do sul. In: CORTÁZAR, J. **Todos os fogos o fogo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CÔRTES, S. V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009.

COSTA, L. B. Cartografia: uma outra forma de estar. **Revista Digital do LAV**, Santa Maria, v. 7, n. 2, p. 66-77, mai/ago, 2014.

COSTA, L. B. Fronteiras desguarnecidas: noturnos de uma residência multiprofissional em saúde mental coletiva. In: KASTRUP, V.; MACHADO, A. M. (Orgs.). **Movimentos micropolíticos em Saúde, Formação e Reabilitação.** Curitiba: CRV, 2016.

COSTA-ROSA, A.; DEVERA, D. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformação na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

COTTA, R. M. M. *et al*. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 787-796, 2012.

COTTA, R. M. M.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 30, n. 5, p. 415-421, 2011.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

CUBERO-CASTILO, E. La construcción de un nuevo campo de conocimiento: el caso de la bioética en Venezuela. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 21, n. 1, p. 137-144, 2015.

CUKIER,R. **Palavras de Jacob Levy Moreno**: vocabulário de citações do Psicodrama, da psicoterapia de grupo, do Sociodrama e da Sociometria. São Paulo: Ágora, 2002.

CUNHA E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Ed Hucitec, 2005.

CUNHA, G. T. **Grupos Balint Paidéia**: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. 2009. 248 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. supl. 1, p. 8-20, 2005.

DALLEGRAVE, D. **No olho do furacão, na ilha da fantasia**: a invenção da residência multiprofissional em saúde. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagens e governamentalidade no trabalho em saúde**: as residências no país das maravilhas. 2013. 161 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

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

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Expressões do processo de governamentalização nas Residências em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 377-388, jun., 2016.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-237, jan/mar, 2009.

DAWSON, A. The future of bioethics: three dogmas and a cup of hemlock. **Bioethics**, v. 24, n. 5, p. 218–225, 2010.

DECLARAÇÃO de Rijeka sobre o futuro da bioética. Annual of the Department of Social Sciences and Medical Humanities at the University of Rijeka, Rijeka, v. 2, n. 4, p. 587-588, 2011. Tradução de José Roberto Goldim. Disponível em: <http://hrcak.srce.hr/file/110077>. Acesso em: 18 mai. 2017.

DEJOURS, C. O trabalho como Enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours:** da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. **Crítica e clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G. **Espinoza:** Filosofia Prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. São Paulo: Graal, 2006.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

DELEUZE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 1. São Paulo: Editora 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 4. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Kafka**: por uma literatura menor. Lisboa: Assírio & Alvim, 2002.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **From A to Z**. Direção: Pierre André Boutang. Tradução: Charles J. Stivale. Los Angeles (EUA): Semiotext(e), 2012. 3 DVDs. Transcrição traduzida para português disponível em: http://stoa.usp.br/prodsubjeduc/files/262/1015/Abecedario+G.+Deleuze.pdf . Acesso em: 02 fev. 2018.

DELIGNY, F. **O aracniano e outros textos**. São Paulo: n-1 Edições, 2015.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do Senac**, n. esp., mar. 2001a.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: **Formação — Humanizar cuidados de saúde**: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. p. 5-15.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. In: **Formação — Humanizar cuidados de saúde**: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 27-37.

DESCRITORES em Ciências da Saúde: DeCS. 2017. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME, OPAS, OMS, 2017. Disponível em: < http://decs.bvsalud.org >. Acesso em: 25 dez. 2017

DICK, B. **Action research and evaluation online email-based course**. [S.l.: s.n], 2002. Disponível em: <http://www.aral.com.au/areol/areolind.html>. Acesso em: 28 dez. 2017.

DIDI-HUBERMAN, G. **O que vemos, o que nos olha**. São Paulo: Editora 34, 2010.

DONNÂNGELO, M. C. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUSSAULT, G. A. Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

ELIAS, P. E. M. **Residência médica no Brasil**: a institucionalização da ambivalência. 1987. 155 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) — Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

ELIAS, P. E. M. Descentralização e Saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 17-34, jan. 1996.

ELLERY, A. E. L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família**: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. 255 f. Tese (Doutorado em Saúde Comunitária) — Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 213-214, 2014.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEBES, 2008. p. 853-884.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEBES, 2008. p. 333-434.

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. 200 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós Gradução em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FAJARDO, A.P. Outros modos de ser profissional de saúde. In: FAJARDO, A.P.; DALLEGRAVE, D. (Orgs.). **RIS/GHC**: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 51-58.

FALK, J. W. **A especialidade Medicina de Família e Comunidade no Brasil**: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

FAVRET-SAADA, J. “Être Affecté”. **Gradhiva**: revue d’histoire et d’archives de l’anthropologie, v. 8, p. 3-9, 1990.

FAVRET-SAADA, J. “Ser afetado”. **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 13, p. 155-161, 2005.

FERLA, A. A. Participação da População: do Controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-108, 2004.

FERLA, A. A. *et al*. A interface entre os subsistemas privado e público de saúde na política de saúde mental: a

construção de linhas de cuidado. In: LOZER, A. C. *et al.* (Orgs.). **Conhecimento técnico-científico para a qualificação da saúde suplementar**. Brasília: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14, n. supl.1, p. 1421-1428, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec, Rede UNIDA, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica:** processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. Initial approach to regulatory action in health human resources in Brazil. In: Rotem; Perfilieva; dal Poz; Ha Doan (orgs). **National Health Workforce:** Assessment of the Past and Agenda for the Future. Paris: Centre de Sociologie et de Démographie Médicales, 2006. p 191-210.

FEUERWERKER, L. C. M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, p.213-37, jan./mar., 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J.; REGO, S. (Orgs.). **Educação Médica**: gestão cuidado e avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 99-113.

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

FIORI, E.M. Prefácio. In: FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FONSECA, T. M. G. O acontecimentalizar nos modos de trabalhar e modos de subjetivar: por uma ontologia histórica. In: COSTA, L.A.; FONSECA, T. M. G; JANEIRA, A. L. **As estrias da razão através da loucura**: **fazer razão na loucura?**. Lisboa: Apenas Livros, 2006. p. 17-40.

FONVIELLE, R. **Naissance de la pédagogie autogestionnaire**. Paris: Anthropos; 1998.

FORTUNA, C. M. *et al*. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FÓRUM DAS ENTIDADES NACIONAIS DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE SAÚDE (FENTAS). **Manifesto em defesa da Integralidade da Assistência**. [S.l.]: [s.n.], 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/em-manifesto-trabalhadores-da-saude-defendem-integralidade-de-assistencia>. Acesso em: 23 mai. 2018.

FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO DAS PROFISSÕES NA ÁREA DE SAÚDE (FNEPAS). **Caderno Fnepas** — v.1. Rio de Janeiro: FNEPAS, 2011. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/caderno_artigos.php>. Acesso em: 23 mai. 2018.

FÓRUM NACIONAL DE COORDENADORES DE RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (FNCRS). **Relatório do 4º Encontro Brasileiro do Fórum Nacional de Coordenadores de Residências em Área Profissional da Saúde** — Vitória/ES (mimeo). Vitória: [s.n.], 2014.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta em Defesa das Residências**. [S.l.: s.n.], 2010. Disponível em: <http://forumresidentes.blogspot.com/2010_06_01_archive.html>. Acesso em: 27 dez. 2017.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE. **Histórico do Fórum Nacional de Residentes em Saúde**. [S.l.: s.n.], 2010a. Disponível em: <http://forumresidentes.blogspot.com.br/search/label/Hist%C3%B3rico>. Acesso em 10 mai. 2018.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta de João Pessoa**, de 9 de julho de 2011. João Pessoa: [s.n.], 2011. Disponível em: <http://forumresidentes.blogspot.com.br/2011/07/carta-publica-do-ii-connerms-joao.html>. Acesso em: 27 dez. 2017

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta de Princípios**. [S.l.: s.n.], 2012. Disponível em: <http://forumresidentes.blogspot.com.br/p/encontro-nacional-de-residentes.html>. Acesso em: 25 dez. 2017.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta do Rio de Janeiro**, de 09 de maio de 2012 (mimeo). Rio de Janeiro: [s.n.], 2012a.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Propostas prioritárias para o IV Seminário Nacional de Residências em Saúde**, de 15 de novembro de 2012 (mimeo). Porto Alegre: [s.n.], 2012b.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta de Fortaleza**, de 21 de novembro de 2013. Fortaleza: [s.n.], 2013. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B-kqN1hlN6M4dm1iSjc0WXV1OVE/view?usp=sharing>. Acesso em: 27 dez. 2017

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta do Recife**, de 06 de dezembro de 2014. Recife: [s.n.], 2014. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B_Y8H27zIDt7amZuX2VoMDUtWlk/view>. Acesso em: 25 dez. 2017.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta de Florianópolis**, de 30 de outubro de 2015. Florianópolis: [s.n.], 2015. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B_Y8H27zIDt7MHJjWE1hYU8yaVE/view>. Acesso em: 25 dez. 2017.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta de Curitiba**, de 08 de julho de 2016. Curitiba: [s.n.], 2015. Disponível em: <portal.cfmv.gov.br/uploads/files/Carta_VI_ENRS_Curitiba_final.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2017.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE (FNRS). **Carta de Olinda**, de 18 de agosto de 2017. Olinda: [s.n.], 2017. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B_Y8H27zIDt7aWRhdmlkOFZkQVk/view>. Acesso em: 03 jan. 2018.

FÓRUM NACIONAL DE TUTORES E PRECEPTORES (FNTP). **Fórum Nacional de Tutores e Preceptores**. [S.l.: s.n., s.d]. Disponível em: <http://forumtutorespreceptores.blogspot.com.br/>. Acesso em: 25 dez. 2017

FÓRUM NACIONAL DE TUTORES E PRECEPTORES (FNTP). **Relatoria da Oficina de Formação**: Residência em Área Profissional da Saúde: multiprofissional, uniprofissional e integrada – avanços e desafios. Realizada no 11º Congresso Internacional da Rede UNIDA. Fortaleza: [s.n.], 2014. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B-kqN1hlN6M4MFVLNThPNndZQm8/view>. Acesso em: 27 dez. 2017.

FOUCAULT, M. Da amizade como modo de vida (entrevista). **Le Gai Pied**, Paris, n. 25, p. 38-39, abr. 1981. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: <http://psicanaliselacaniana.blogspot.com.br/2009/08/da-amizade-como-modo-de-vida.html>. Acesso em: 25 dez. 2017.

FOUCAULT, M. **O pensamento do exterior**. São Paulo: Princípio, 1990.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1993.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

FOUCAULT, M. Conversa com Michel Foucault. In: FOUCAULT, M. **Repensar a política**: Ditos & escritos VI. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 289-347.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**: o cuidado de si. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FRANÇA, M. C. T. *et al*. Fonoaudiologia na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: potencializando a interdisciplinaridade para a prestação de atenção integral à saúde. In: FAJARDO, A. P.; DALLEGRAVE, D. **RIS/GHC**: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 137-156.

FRANCO, C. M; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. [S.l.: s.n., 2008]. Disponível em <https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2018.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 459-474.

FRANCO, T. B. Produção de cuidado e produção pedagógica: integração dos cenários do SUS. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**: Textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 183-198.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização da Linhas de Cuidado. In: MERHY, E. E. *et al*. **O trabalho em saúde** — olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 125-134.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: FRANCO, T. B; MERHY, E. E (Orgs.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**: Textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 338-361.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**: Textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 138-150.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

FREIRE, P. **Ação Cultural para a liberdade e outros escritos**. São Paulo: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à pratica educativa. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à pratica educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FUNK, C. S. *et al*. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. In: FAJARDO, A. P.; DALLEGRAVE, D. **RIS/GHC**: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 23-42.

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-11, 2009.

GIANNINI, D. T.; AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Construção colaborativa de um manual: estratégia no processo ensino e aprendizagem na residência. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. supl. 1, p. 106-113, 2012.

GIL, J. **Movimento Total**: o corpo e a dança. São Paulo: Iluminuras, 2004.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, CEBES, 2012. p. 493-545.

GOFFMAN, E. **Asylums**: essays on the social situation of mental patients and others inmates. New York: Anchor Books; 1961.

GOLDIM, J. R. **A evolução da definição de bioética na visão de Van Rensselaer Potter 1970 a 1998**. Porto Alegre: [s.n], 1999. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/bioetev.htm>. Acesso em: 18 mai. 2017.

GOMES, A. L. C.; SÁ, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, Junho, 2009.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago, 2005.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

GREENFIELD, D *et al*. Auditing an organization's interprofessional learning and interprofessional practice: the interprofessional praxis audit framework (IPAF). **Journal of Interprofessional Care**. v. 24, n. 4, p. 436-449, 2010.

GUATTARI, F. **As três ecologias**. Campinas: Papirus, 1993.

GUIMARÃES, C. F. O coletivo como potência. In: GUIMARÃES, C. F. **O coletivo na saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p.125-165.

GUIZARDI, F.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção Social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS-UERJ, ABRASCO, 2005.

HAUBRICH, P. L. G. *et al*. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, p. 47-56, 2015.

HAUBRICH, P. L. G. **Intensões entre Tensões**: A descentralização da Residência Integrada em Saúde. 2015. 78 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

HECKERT, A. L. C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 1. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, Cepesc, 2007. p. 199-212.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Cepesc, ABRASCO, 2007. p. 145-160.

HENK, A.; FAJARDO, A. P. Supervisão em Atenção Primária à Saúde: Experiência Interdisciplinar junto à Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição. In: FAJARDO, A. P.; DALLEGRAVE, D. **RIS/GHC**: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 59-74.

HESS, R. Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional. In: HESS, R.; SAVOYE, A. (coord.). **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle**. Paris: Méridiens Klincksieck, 1998. p. 119-138

HOFFMANN, J. M. L. Avaliação: um Estado de Alerta Permanente Sobre o Significado da Ação Educativa. **Educação e Seleção**, São Paulo, n. 20, p. 57-61, 1989.

HOUAISS, A. (Ed.). **Mini Houaiss**: Dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Editora Moderna, 2008.

HUIZINGA, J. **Homo Ludens:** o jogo como elemento da cultura. São Paulo: Perspectiva, 2012.

IRIART, C.; MERHY, E. E. Inter-capitalistic disputes, biomedicalization and hegemonic medical model. **Interface (Botucatu)**,Botucatu, v. 21, n. 63, p. 1005-1016, 2017.

JOCA, E. C.; LINHARES, A. M. O teatro do oprimido na saúde mental: "isso é mais lombreiro que o uso da droga!?". **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 18, p. 156-169, 2016.

JOCA, E. C.; SILVA, M. R. F. A abordagem teatral de Augusto Boal na atenção psicossocial: poéticas e políticas do teatro do oprimido na saúde. In: BESSA-JORGE, M. S.; LEITÃO, I. M. T. A.; BEZERRA, I. C. (Orgs.). **Pesquisas em saúde no contexto do cuidado, redes de atenção, fluxos e avaliação**: multiplicidade de olhares. Fortaleza: EdUECE, 2017.

KAFKA, F. **Narrativas do espólio (1914-1924)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr., 2007.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano Comum. **Fractal**: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, mai./ago. 2013.

KASTRUP, V.; TSALLIS, A. Acoplamentos, vínculos e deficiência visual. **Revista Brasileira de Informática e Educação**, v. 15, p. 12-22, 2009.

KHUSE, H.; SINGER, P. **A companion to bioethics**. WestSussex: Wiley-Blackwell, 2009.

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

KRAEMER, M. E. P. A avaliação da aprendizagem como um processo construtivo de um novo fazer. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 137-147, 2005.

LANA, L. D.; BIRNER, J. A. Um relato de caso sobre a construção e elaboração do portfólio como metodologia avaliativa de aprendizagem. **Cienc. enferm**., Concepción, v. 21, n. 3, p. 101-112, dic. 2015.

LANE, S. T. M. A psicologia social na América Latina: por uma ética do conhecimento. In: CAMPOS, R. H. F.; GUARESCHI, P. A. (Orgs.). **Paradigmas em Psicologia Social**: a perspectiva latino-americana. Petrópolis: Vozes, 2001.

LAZZAROTTO, G. D. R.; AXT, M. Uma singular pragmática do escrever: um diário coletivo. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 120-136, 2012.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA, J. F.; TOSCHI, M. S. **Educação escolar**: políticas, estrutura e organização. Sao Paulo: Cortez, 2003.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T.; DAL PRÁ, K. R. A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 93-104. jan./jun, 2007.

LIMA, E. M. F. A. A produção e a recepção dos escritos de Qorpo-Santo: apontando transformações nas relações entre arte e loucura. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 437-447, Jun., 2010.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012.

LOBATO, L. C. V.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmicas. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEBES, 2012. p. 89-120.

LOPES, D. A. **Delicadeza**: estética, experiência e paisagem. Brasília: Editora UnB, 2007.

LOPES, J. M. C. **A pessoa como centro do cuidado**: A abordagem centrada na pessoa na produção do cuidado médico no Serviço de Saúde Comunitária. 2005. 223 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Gradação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

LORENA, A. G. *et al*. O VER-SUS como dispositivo de diálogo na formação em saúde e nos serviços de saúde: Conectando saberes e práticas. In: FERLA, A. A. *et al*. (Orgs.). **Múltiplos cenários do VER-SUS**: vivências e estágios de norte a sul do Brasil — Cadernos de Saúde Coletiva v. 2. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 88-92.

LOURAU, R. **L'analyse institutionnelle**. Paris: Minuit, 1970.

LOURAU, R. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 2014.

LUCKESI, C. C. Avaliação da aprendizagem na escola e a questão das representações sociais. **Eccos revista científica**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 79-88, 2002.

LUCKESI, C. C. Avaliação da aprendizagem... mais uma vez. **ABC EDUCATIO**, n. 46, p. 28-29, jun. 2005.

MACEDO, M. C. S. *et al*. Cenários de Aprendizagem: interSeção entre os mundos do trabalho e da formação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Cepesc, ABRASCO, 2006. p. 229-250.

MACEDO, R. S. **Currículo**: campo, conceito e pesquisa. Petrópolis: Vozes, 2008.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set, 2010.

MARCHI, J. A. M.. **"Faz Assim ó"**: Como as crianças ensinam e o que as escolas podem aprender com elas. 2017. 142 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

MARTINS, A. R. *et al*. Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. **Residências em Saúde**: Fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-90.

MARTINS, J. S.; GARCIA, J. F.; PASSOS, A. B. B. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.1, n. 1, Nov./Dez. 2008.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2006. p. 119-132.

MATTOS, F. W.; MOURA, M. R. Pós-graduação: residência médica brasileira. Situação atual e objetivos da ANMR. **Anais da XI Reunião Anual da ABEM**, 1973.

MEDEIROS, R. H. A. A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 497-514, 2010.

MELLO, V. **Grupo como dispositivo de promoção da saúde**. 2002. 50 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

MELNIK, C. S.; GOLDIM, J. R. Perfil das consultorias de bioética clínica envolvendo famílias que dificultaram a resolução de problemas. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 113-118, 2013.

MELO, D.T. **Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil**: a experiência do movimento sanitário e do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Mauad X, Faperj, 2015.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Orgs.). **Acolher Chapecó**. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. p. 21-45.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al*. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E. O Cuidado é um acontecimento e não um ato. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 172-182.

MERHY, E. E. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 35-36, p. 98-99, mai./dez., 2013b.

MERHY, E. E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (Orgs.). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013c.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Saúde: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, p. 07-14, 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.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora da UFS; 2009. p. 29-74.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997.

MESQUITA, C. Pistas para um método ziguezague: trajetos entre fluxos vestíveis e design de moda. In: Colóquio de Moda, 6., 2010, São Paulo. **Anais**... São Paulo: [s.n.], 2010**.** Disponível em: <http://www.coloquiomoda.com.br/anais_ant/anais/6-Coloquio-de-Moda_2010/71889_Pistas_para_um_metodo_ziguezague_-_trajetos_entre_flux.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

METAXIS. Rio de Janeiro: Centro de Teatro do Oprimido, n. 3, 2007.

METAXIS. Rio de Janeiro: Centro de Teatro do Oprimido, n. 4, 2008.

METAXIS. Rio de Janeiro: Centro de Teatro do Oprimido, n. 7, 2010.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. [online]. São Paulo: Melhoramentos, 2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>. Acesso em: 05 jan. 2018.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 42-64, 1994.

MONCEAU, G. Transformar as práticas para conhecê-las: pesquisa-ação e profissionalização docente. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, p. 467-482, 2005.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal**: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-26, jun., 2008.

MONCEAU, G. (Org.). **L'analyse institutionnelle des pratiques**: socio-clinique des tourments institutionnels. Paris: L'Harmattan, 2012.

MONCEAU, G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e saúde. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. **Análise institucional e saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 91-103.

MONCEAU, G., Analyse critique, analyse en actes. Les apports de l'analyse institutionnelle française. In: SOULIÈRE, M.; GENTELET, K.; COMAN, G. (dir.). **Visages contemporains de la critique sociale. Réflexions croisées sur la résistance quotidienne**. Montreal: Editions de l'Acsalf, 2014. p. 175-192.

MONCEAU, G. Técnicas socioclínicas para análise institucional das práticas sociais. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 1, p. 197-217, 2015.

MONCEAU, G.; SOULIÈRE, M. The democratization of research and knowledge: the recherche avec network. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 15, n. 4, p. 594-8, 2016.

MONCEAU, G.; SOULIÈRE, M. Mener la recherche avec les sujets concernés: comment et pour quels résultats? **Éducation et socialisation** [online], v. 45, [s.p.], 2017.

MOOSER, G.; BEGUN, J. W. **Trabalho em equipe na saúde**. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2015.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. 16 ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MORIN E. **Ensinar a viver**: manifesto para mudar a educação. Porto Alegre: Sulina, 2015.

MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: estratégias de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.

MÜLLER, V. **Reflexões de quem navega na educação social**: uma viagem com crianças e adolescentes. Maringá: Clichetec, 2002.

NASCIMENTO, A. Revendo a trajetória, os avanços e retrocessos da Reforma Sanitária Brasileira. **Revista Tema**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 3-8, fev. 2001.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: BOURGET, M. M. M. (Org.). **Estratégia Saúde da Família**: a experiência da equipe de reabilitação. São Paulo: Martinari, 2008. p. 43-59.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NASCIMENTO, R. D. S. **Teoria dos signos no pensamento de Gilles Deleuze**. 2012. 216 f. Tese (Doutorado em Filosofia) —Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

NEVES, C. A.; HECKERT, A. L. C. Modos de Formar e Modos de Intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R. *et al*. (Org.). **Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Cepesc, ABRASCO, 2007. p. 145-160.

NEVES, G. **A história e o significado da expressão XPTO**. Lisboa: [s.n.], 2017. Disponível em: <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/artigos/rubricas/idioma/xpto/3531>. Acesso em: 26 mai. 2018.

NIETZSCHE, F. **Aurora**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

NOAL-GAI, D. **Ética do Brincar**. 2015. 200 f. Tese (Doutorado em Educação) — Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

OLIVEIRA, E. *et al*. Uma Experiência de Avaliação da Aprendizagem na Educação a Distância. O Diálogo entre Avaliação Somativa e Formativa. **Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación**, v. 5, n. 2e, p. 39-55, 2007.

OLIVEIRA, M. D.; OLIVEIRA, R. D. Pesquisa social e ação educativa: conhecendo a realidade para poder transformá-la. In: BRANDÃO, C.R. (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 17-33.

OLIVEIRA, T. Tessituras temporais em jogos pervasivos. **Significação**: Revista de Cultura Audiovisual, São Paulo, v. 42, n. 43, p. 162-182, 2015.

ONOCKO, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **La salud en las Américas**: edición 2002. Washington D.C.: OPAS, 2002.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/1A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2017.

PASINI, V. L. **Residência multiprofissional em saúde**: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS. 2010. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. F. Problematizando a produção de saberes para invenção de fazeres em saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. **Residências em Saúde**: Fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

PASSOS, E. *et al*. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, Canoas, n. 41, p. 24-38, ago. 2013.

PAULA, W. R. F. **A convivência das famílias com as reeducação vesical de crianças com disrafismo espinhal**: estudo epidemiológico e sociopoético. 2015. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 268 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) — Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 151-151, 2000.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 419-426.

PEDUZZZI, M.; SCHRAIBER, L.B. Processos de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 199-206.

PELBART, P. P. **A nau do tempo-rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PELBART, P. P. Estante. **Revista Trópico** [on-line], São Paulo, 11 fev. 2013. Disponível em: <http://www.revistatropico.com.br/tropico/html/textos/2409,1.shl>. Acesso em: 27 dez. 2017.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 9-19, 2013.

PICCOLO, G. M. O universo lúdico proposto por Callois. **Revista digital**. Buenos Aires, v. 13, n. 127, Dez 2008.

PICHON-RIVIÉRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009a.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. São Paulo: Annablume; 2008.

POLO, J. **Angel Vianna através da história**: a trajetória da dança da vida. Rio de Janeiro: [s.n.], 2005. Disponível em: <http://www.angelvianna.art.br/arquivos/10/157/200507XX-RJ-ACA-PES-Jpolo.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2018.

POTTER, V. R. Fragmented ethics and “Bridge Bioethics”. **Hastings Centre Report**, v. 29, n. 1, 38-40, 1999.

POTTER, V. R.; POTTER, L. Global Bioethics: converting sustainable development to global survival. **Medicine & Global Survival**, v. 2, n. 3, p.185-191, 1995.

PROJETO ACERVO ANGEL VIANNA. **Biografia de Angel Vianna**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://psicod.org/biografia-de-angel-vianna.html?page=37>. Acesso em: 26 mai. 2018.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SOUSA SANTOS, B.; MENESES, M. P. (Orgs.). **Epistemologias do su**l. São Paulo: Cortez, 2010. p. 84-130.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental**: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

RAMOS, A. S. *et al*. Residências em saúde: Encontros multiprofissionais, sentidos Multidimensionais. In: 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. p. 375-390.

RAMOS, M. N. Currículo por competências. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

REZENDE, M. **A articulação educação-saúde no processo de formulação das políticas nacionais voltadas para a formação de nível superior dos profissionais da saúde.** Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 590/2013** de 11 de novembro de 2013. Institui a Rede de Educação em Saúde Coletiva no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114725-20141105173338rs-res-590-2013-rede-de-educacao-em-saude-coletiva.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2018.

RODRIGUES, E. **Pedagogia dos Pormenores**: rendi[o]lhando fo[car]tografias de formação. 2012. 99 f. Monografia (Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva) — Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RODRIGUES, H. B. C.; SOUZA, V. L. B. A Análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: KAMKHAGI, V. R.; SAIDON, O. (Orgs.). **Análise Institucional no Brasil**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987. p. 27-46.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, Editora UFRGS, 2006.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação no Brasil: apontamentos históricos. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, 2009/2010.

ROSADO, A. F. B.; SILVA, C. **Conceitos básicos sobre avaliação das aprendizagens**. [S.l.: s.n], 2010. Disponível em: <http://home.fmh.utl.pt/~arosado/ESTAGIO/conceitos.htm>. Acesso em: 24 dez. 2017.

ROSSETO, R. **Jogos e improvisação teatral**: perspectivas metodológicas. Guarapuava: Unicentro, 2013.

ROSSONI, E. **Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde**: processos educativos em tempos líquidos. 2010. 223 f. Tese (Doutorado em Educação) — Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ROSSONI, E. Residência na atenção básica à saúde em tempos líquidos. **Physis**, Rio de Janeiro. v. 25, n.3, p. 1011-1031, 2015.

SÁ, I. M. A. **Educação a Distância**: processo contínuo de inclusão social. Fortaleza: CEC, 1998.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V. S.; KOIFMAN, L. Trabalho e formação: diálogos necessários para a construção de práticas de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. **10 anos do Projeto Integralidade**: Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, ABRASCO, 2010. p. 191-206.

SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L.; PINHEIRO, R. Seleção de conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, Cepesc, ABRASCO, 2006.

SALOMÃO, W. **Armarinho de Miudezas**. Rio de Janeiro: Rocco, 2005.

SAMSON, D. Escrita e trabalho de institucionalização: o efeito Goody. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Orgs.). **Análise institucional e saúde coletiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 131-146.

SANTOS, E. S.; JOCA, E. C.; SOUZA, A. M. A. Teatro do oprimido em saúde mental: participação social com arte. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 637-647, 2016.

SANTOS, N. E. P. Trabalho em equipe. In: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. (Orgs.). **Dicionário**: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG, 2010. CD-ROM.

SANTOS NETO, J. O. l. A Distinção Aion x Cronos em Deleuze. **Revista de Filosofia GAMA Digital**, Rio de Janeiro, n. 2, p. 01-06, 2009.

SARMENTO, M. J.; PINTO, M. As culturas da infância nas encruzilhadas da 2ª modernidade. In: SARMENTO, M. J.; CERISARA, A. B. **Crianças e miúdos**: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação. Porto: Edições ASA, 2004.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, dez. 2001.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *et al*. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p221-242, 1999.

SCHWARTZ, Y. **Reconnaissances du travail**: pour une approche ergologique. Paris: PUF, 1998.

SCHWARTZ, Y. A experiência é formadora?. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, jan./abr., p. 35-48, 2010.

SCOTT, J. **Gender and the politics of history**. New York: Columbia University Press, 1989.

SHIVA, V. **Monoculturas da mente**: perspectivas da biodiversidade e da biotectonologia. São Paulo: Gaia; 2003.

SILVA, E. M.; MOREIRA, M. C. N. Equipe de saúde: negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3033-3042, 2015.

SILVA, G. R. Origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 31-35, 1973.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

SILVA, M. M. S. **Efetividade da Residência Multiprofissional em Saúde da Família**: uma análise a partir do quadrilátero da formação para a área da saúde. 2014. 165 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) — Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

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.). **Residência em Saúde**: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

SILVA, R. N. Notas para uma genealogia da Psicologia Social. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 12-19, mai./ago. 2004.

SILVA, P. J. P. **A poética da promoção da saúde e o teatro do oprimido**: percepções sobre a relevância do uso da linguagem teatral na Estratégia Saúde da Família do Complexo de Manguinhos (RJ), através da estruturação da Ação-Interdisciplinar Teatro Dentro da Vida. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) — Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.

SILVA, T. T.; CORAZZA, S.; ZORDAN, P. Um plano de imanência para o currículo. In: SILVA, T. T.; CORAZZA, S.; ZORDAN, P. **Linhas de escrita**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p.55-133.

SILVEIRA, M. B. "O Presente": uma vivência extracotidiana estruturada na fronteira porosa das artes visuais com as artes cênicas. **Revista Científica/FAP**, [S.l.], abr. 2014.

SILVEIRA, L. R.; VARGAS, T. M. O Controle Social como Experiência de Ensino-Aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde. In: FAJARDO, A. P.; DALLEGRAVE, D. (Orgs.). **RIS/GHC**: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 250-280.

SIMÕES, J. **A Ideologia de Paulo Freire**. São Paulo: Edições Loyola, 1981.

SOUSA SANTOS, B. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.

SOUSA SANTOS, B. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 1995.

SOUSA SANTOS, B. A universidade no século XXI: Para uma Reforma Democrática e Emancipatória da Universidade. **Educação, Sociedade & Culturas**, n. 23, p. 137-202, 2005.

SOUSA SANTOS, B. **A gramática do tempo:** para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2010.

SOUSA SANTOS, B.; ALMEIDA FILHO, N. **A universidade no século XXI, para uma universidade nova.** Coimbra: Almedina, 2008.

SOUSA, J. R. **Gramsci**: educação, escola e formação. Caminhos para a formação humana. Curitiba: Appris, 2014.

SOUZA, A. C. **Pontilhando Aprendizagens**: função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes. 2014. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SOUZA, C. S. M. **Residência Multiprofissional em Saúde do Amazonas**: A perspectiva do Núcleo Estruturante. 2012. 289 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) — Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, E. G. Residência médica no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 9, n. 2, p. 112-114, 1985.

SOUZA, J. A. G. Práticas avaliativas: reflexões. **Virtú**, Juiz de Fora, v. 2, 2005.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

SPOLIN, V. **Improvisação para o teatro**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

STENGERS, I. **Quem tem medo da ciência?**. São Paulo: Siciliano, 1990.

TADEU, T.; CORRAZA, S. M.; ZORDAN, P. **Linhas de Escrita**. Belo Horizonte: Autentica, 2004.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

TIBURI, M.; CHUÍ, F. **Diálogo/Desenho**. São Paulo: Editora Senac, 2010.

TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v. 5, p. 31-51, 1991.

TOSCANO, Y. Nosso processo pedagógico. **METAXIS**: informativo do Centro de Teatro do Oprimido, Rio de Janeiro, n. 7, p. 21-23, 2010.

TRENTIN, V.; FAJARDO, A.P. Práticas Interdisciplinares nos Processos de Formação em Atenção Primária em Saúde. In: FAJARDO, A. P.; DALLEGRAVE, D. (Orgs.). **RIS/GHC**: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 117-136.

TRINDADE, R. **A tarefa mecânica da esquizoanálise**. [S.l.: s.n], 2015. Disponível em: <https://razaoinadequada.com/2015/12/09/a-tarefa-mecanica-da-esquizoanalise/>. Acesso em: 24 dez. 2017.

TUTU, D. **No Future Without Forgiveness**. London: Bantan Books, 2000.

UNESCO. **Conferência Mundial sobre Educação Superior no século XXI**: visão e ação. Paris: UNESCO, 1998.

VERDI, M. *et al*. Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar. In: 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, p. 283-304.

WEBER, M. **Conceitos sociológicos fundamentais**: metodologia das ciências sociais. Campinas: Cortez/ Unicamp, 1992.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento do indivíduo**. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZOURABICHVILI, F. **O Vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AUTORAS E AUTORES

Adriene Jacinto Pereira, enfermeira, mestra em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde. Membro do Conselho Editorial da Revista ESPAÇO SAÚDE (Informativo Mensal Municipal de Saúde de João Pessoa). E-mail: adrienejacinto@uol.com.br

Alcindo Antônio Ferla, médico, doutor em Educação. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Federal do Pará. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Alessandra Wladyka Charney, médica, mestra em Saúde Coletiva. Tutora do Programa Mais Médicos para o Brasil na Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: charney.alessandra@yahoo.com.br

Alexandra Paiva Vale, enfermeira, especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência em Saúde. Integrante da equipe técnico-pedagógica do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: alexandrapaivavale@hotmail.com

Alexandre Sobral Loureiro Amorim, médico, doutorando em Educação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tutor do Programa Mais Médicos para o Brasil na Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: amorim.alexandre@yahoo.com.br

Allan Gomes de Lorena, sanitarista graduado em Saúde Coletiva, especialista em Gestão em Saúde na modalidade Residência em Saúde. Consultor Técnico na Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. E-mail: allangdl.usp@gmail.com

Amanda Cavalcante Frota, enfermeira, mestra em Saúde Pública. Coordenadora geral da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: frota.amanda@hotmail.com

Ana Carolina Souza Torres, odontóloga, mestra em Saúde Pública. Coordenadora de pesquisa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: acarolina_st@yahoo.com.br

Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz, enfermeira, doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Goiás. Tutora da Residência de Enfermagem da Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Email: carolinacmq@gmail.com

Ana Celina de Souza, enfermeira, mestra em Saúde Coletiva. Coordenadora da Unidade Básica de Saúde Jardim-Itu do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: acelina.acelina@gmail.com

Ana Ecilda Lima Ellery, psicóloga, doutora em Saúde Coletiva. Pós-doutoranda e integrante do Grupo de Pesquisa “Zika em Fortaleza: respostas de uma coorte de mulheres entre 15 e 39 anos” na Universidade Federal do Ceará. E-mail: ana.ellery@gmail.com

Ana Paula Gularte Macedo, nutricionista, especialista em Gestão em Saúde Pública. Atual Secretária de Saúde na Prefeitura Municipal de Estância Velha/RS. E-mail: apgmsus@gmail.com

Ana Paula Silveira de Morais Vasconcelos, assistente social, especialista em Saúde da Família na modalidade Residência em Saúde, mestranda em Serviço Social, trabalho e questão social na Universidade Estadual do Ceará . Docente na Faculdade Cearense. E-mail: anapaulasilveirass@yahoo.com.br

Analice de Lima Palombini, psicóloga, doutora em Saúde Coletiva. Pós-doutoranda em Serviço Social na Universidade de Montreal (Canadá). Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: analice.palombini@gmail.com

Ananyr Porto Fajardo, odontóloga, doutora em Educação. Docente e orientadora de Pesquisa na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: aportofajardo@gmail.com

Anderson Rio Branco de Menezes, psicólogo, especialista em Saúde Hospitalar com ênfase em Atenção à Saúde do Paciente Crítico na modalidade Residência em Saúde. E-mail: andersonriobranco@gmail.com

André Luis Leite de Figueirêdo Sales, psicólogo, doutorando em Psicologia na Universidade Estadual Paulista. E-mail: andreluislfs@gmail.com

Anna Letícia Ventre, psicóloga, mestranda em Psicanálise, Clínica e Cultura na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicóloga e apoiadora Institucional na Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo/RS. E-mail: leventre@gmail.com

Belchior Puziol Amaral, sociólogo e antropólogo social, mestre em Saúde Coletiva. Apoiador institucional das Residências Integradas em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul de 2009 a 2016. E-mail: belchiorpuziol@gmail.com

Carla Baumvol Berger, médica, mestranda em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Grupo Hospitalar Conceição. Médica de família e comunidade no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: carlab.berger@gmail.com

Carla Cristiane Freire Corrêa, assistente social, especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde. E-mail: carlakkcorrea@gmail.com

Carla Garcia Bottega, psicóloga, doutora em Psicologia Social e Institucional. Docente na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. E-mail: carlabott@terra.com.br

Carolina Eidelwein, psicóloga, especialista em Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Técnica no Centro de Referência para o Assessoramento e Educação em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: centrodereferenciard@gmail.com

Cássio Andrade Machado, psicólogo, especialista em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência em Saúde. Psicólogo no Serviço de Atendimento Familiar no Centro de Promoção da Criança e do Adolescente. E-mail: cassioandrademachado@gmail.com

César Augusto Paro, fonoaudiólogo, doutorando em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: cesaraugustoparo@iesc.ufrj.br

Cinira Magali Fortuna, enfermeira, pós-doutora em Educação. Docente na Universidade de São Paulo. E-mail: fortuna@eerp.usp.br

Cristian Fabiano Guimarães, psicólogo, doutor em Psicologia Social e Institucional. Docente e pesquisador na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: crisfabianog@gmail.com

Cristianne Maria Famer Rocha, comunicadora social, pós-doutora em Educação. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

Daniela Dallegrave, enfermeira, doutora em Educação. Docente na Universidade Federal de Goiás. E-mail: danidallegrave@gmail.com

Daniele Noal Gai, educadora especial, doutora em Educação. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: daninoal@gmail.com

Danielle Maria da Silva Oliveira, fonoaudióloga, doutoranda em Ciências da Saúde na Universidade de Pernambuco. Fonoaudióloga do Hospital Oswaldo Cruz e Hospital das Clínicas, preceptora e tutora na Universidade de Pernambuco. E-mail: dllsilva@yahoo.com.br

Diego Elias Rodrigues dos Santos, enfermeiro, mestrando em Enfermagem na Universidade Federal de Pelotas. Preceptor do núcleo de enfermagem da Residência Integrada Saúde Mental Coletiva na Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul/RS. E-mail: pcmdiego@yahoo.com.br

Diego Monroe Kurtz, fisioterapeuta, mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. E-mail: bonecosdagente@gmail.com

Elisandro Rodrigues, pedagogo, doutorando em Educação na Universidade do Vale dos Sinos. Técnico em Educação no Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: elisandromosaico@gmail.com

Eno Dias de Castro Filho, médico, doutor em Epidemiologia. Médico de família e comunidade no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e médico na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre**.** E-mail: enofilho@gmail.com

Felipe Proenço de Oliveira, médico, doutorando em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília. Docente na Universidade Federal da Paraíba. E-mail: proenco@hotmail.com

Fernando Antônio Cavalcante Dias, sociólogo, mestre em Educação Profissional em Saúde. Docente na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia da Secretaria de Educação do Estado do Ceará. E-mail: fernandoacdias@gmail.com

Fernando Lopes Tavares de Lima, odontólogo, doutorando em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Tecnologista de Programas Educacionais em Saúde no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. E-mail: flima@inca.gov.br

Francine dos Reis Pinheiro, administradora em sistemas e serviços de saúde, especialista em Gestão em Saúde. Analista no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: francine.pinheiro@outlook.com

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, enfermeiro, pós-doutorando na Universidade de Évora, Portugal. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: farnoldo@gmail.com

Francisco Élder Escossio de Barros, cientista contábil, mestrando em Administração na Universidade do Vale do Itajaí. Docente no Centro Social Clodoveu Arruda e no Instituto de Estudos e Pesquisas do Vale do Acaraú. E-mail: elderescossio@hotmail.com

Geraldo Leandro Vasques Mandicaju, historiador, especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: leandromandicaju@bol.com.br

Gilles Monceau, psicólogo, pós-doutor em Análise Institucional Socioclínica. Docente na Universidade de Cergy-Pontoise e coordenador do Laboratório de Educação, Mutações e Aprendizagens. E-mail: gilles.monceau@u-cergy.fr

Giovanna Carvalho de Oliveira, psicóloga, mestranda em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: nonada_psico@yahoo.com.br

Hêider Aurélio Pinto, médico, doutorando em Políticas Públicas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apoiador pedagógico e institucional na Fundação Estatal Saúde da Família – Fundação Hospitalar Getúlio Vargas. E-mail: heider.aurelio.pinto@gmail.com

Heloisa Helena Rousselet de Alencar, médica, mestra em Saúde Coletiva. Servidora na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. E-mail: heloalencar@hotmail.com

Iago Gonçalves Cunha, assistente social, especialista em Saúde Mental Coletiva na modalidade Residência em Saúde. Servidor na Prefeitura Municipal de Porto Alegre. E-mail: iagogc@gmail.com

Isabelle Araujo Varvelo Soares, terapeuta ocupacional, especialista em Redes de Atenção Psicossocial na modalidade Residência em Saúde. E-mail: isaah_araujo@hotmail.com

Jane Iandora Heringer Padilha, psicóloga, mestra em Psicologia. Coordenadora do serviço de psicologia do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. E-mail: janeiheringer@gmail.com

João Beccon de Almeida Neto, advogado, doutorando em Bioética e Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense. Docente na Universidade de Federal de Juiz de Fora. E-mail: jbeccon@gmail.com

João Alfredo Martins Marchi, artista cênico, doutorando em educação pela Universidade do Minho, Portugal. Docente na Universidade Estadual de Maringá. Ator, palhaço e pesquisador no grupo “Meu Clown” de teatro. E-mail: joaomarchi23@hotmail.com

Jordane Reis de Meneses, enfermeiro, especialista em Enfermagem em Cuidados Intensivos. Enfermeiro do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: jordanereis@gmail.com

José da Paz Oliveira Alvarenga, enfermeiro, mestre em Ciências da Nutrição. Docente na Universidade Federal da Paraíba. E-mail: alvarengaJose@yahoo.com.br

José Renato Gatto Júnior, enfermeiro, doutorando em Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Membro fundador do Grupo Freire – Canadá. E-mail: jose.gatto@usp.br

José Reginaldo Feijão Parente, psicólogo, doutor em Educação. Docente na Universidade Estadual do Vale do Acaraú e na Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia da Secretaria de Educação do Estado do Ceará. E-mail: reginaldo.fp@hotmail.com

Juliana Tavares Ferreira, psicóloga, mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: juju_tf@yahoo.com.br

Juliano André Kreutz, enfermeiro, mestre em Educação. Docente no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul. E-mail: julianokreutz@gmail.com

Larissa Polejack Brambatti, psicóloga, pós-doutora em Educação. Docente na Universidade de Brasília. E-mail: larissapolejack@unb.br

Laura Camargo Macruz Feuerwerker, médica, livre-docente em Saúde Pública. Docente na Universidade de São Paulo e colaboradora na Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: laura.macruz@gmail.com

Lenilma Bento de Araújo Meneses, enfermeira, doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Federal da Paraíba. E-mail: lenilmabento@yahoo.com.br

Leonardo Trápaga Abib, professor de educação física, doutorando em Educação Física na Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: leoabib@gmail.com

Letícia Stanczyk, fisioterapeuta, mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: leticia.stan02@gmail.com

Liara Saldanha Brites, fonoaudióloga, mestra em Saúde Coletiva. Fonoaudióloga na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. E-mail: liarabrites@yahoo.com.br

Ligia Tlaija Leipnitz, psicóloga. E-mail: ligiatlaijaleipnitz@hotmail.com

Liliana Santos, psicóloga, doutora em Saúde Pública. Docente na Universidade Federal da Bahia. E-mail: lilianapsico@gmail.com

Lorrainy da Cruz Solano, enfermeira, doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Docente na Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN. E-mail: lorrainycsolano@yahoo.com.br

Luciano Bedin da Costa, psicólogo, doutor em Educação. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: bedin.costa@gmail.com

Malviluci Campos Pereira, enfermeira, mestra em Saúde Coletiva. Enfermeira no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. E-mail: malvipereira@hotmail.com

Manoel Mayer Júnior, psicólogo, mestre em Saúde Coletiva. Psicólogo no Centro de Referência de Assistência Social na Secretaria de Assistência Social do Município de Florianópolis/SC. E-mail: mmayerjr@gmail.com

Márcia Fernanda de Mello Mendes, educadora física, doutoranda em Antropologia e Comunicação na Universitat Rovira i Virgili em cooperação com a Universidade Federal do Pará. Docente no Instituto Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: marciafernandammendes@gmail.com

Márcia Maria Santos da Silva, assistente social, mestra em Ensino na Saúde. Coordenadora de ensino na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia da Secretaria de Educação do Estado do Ceará. E-mail: marciamss@yahoo.com.br

Maria Alice Pessanha de Carvalho, enfermeira, mestra em Tecnologia Educacional nas Ciências da Saúde. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: alice@ensp.fiocruz.br

Maria Amelia Medeiros Mano, médica, doutoranda em Educação na Universidade Federal de Santa Maria. Médica de família e comunidade no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: amelia.mano@ig.com.br

Maria Iracema Capistrano Bezerra, fisioterapeuta, mestra em Saúde Coletiva. Coordenadora pedagógica da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: iracemabezerra@yahoo.com.br

Maria José Galdino Saraiva, pedagoga, mestra em Educação na Saúde. Coordenadora pedagógica e docente na Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia da Secretaria de Educação do Estado do Ceará. E-mail: mariajosegaaldinosaraiva@gmail.com

Maria Marta Borba Orofino, terapeuta ocupacional, doutora em Letras. Terapeuta ocupacional no Grupo Hospitalar Conceição. E-mail: martaorofino@gmail.com

Maria Socorro de Araújo Dias, enfermeira, pós-doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Docente na Universidade Estadual Vale do Acaraú/CE. E-mail: socorroad@gmail.com

Marianna Golembiewski Ribeiro Mendes, psicóloga, especialista em Saúde Mental na modalidade Residência em Saúde. E-mail: marigolem@gmail.com

Mario Jorge Sobreira da Silva, farmacêutico, doutorando em Saúde Pública na Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Tecnologista no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. E-mail: mario.silva@inca.gov.br

Mônica Lima de Jesus, psicóloga, pós-doutora em Ciências Humanas. Docente na Universidade Federal da Bahia. E-mail: molije@hotmail.com

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro, odontóloga, mestra em Educação Profissional em Saúde. Assessora pedagógica na Escola de Formação Técnica em Saúde Izabel dos Santos. E-mail: nelia.ribeiro@inca.gov.br

Ni Brisant (Nivaldo Brito dos Santos), poeta e pugilista amador. Pensa que poesia é o que a gente sente e o resto é literatura. E-mail: nibrisant@gmail.com

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha, psicóloga, doutora em Educação. Membro do Grupo de Estudos em Desenvolvimento de Sistemas de Saúde da Universidade do Vale do Taquari. E-mail: olindalsaldanha@gmail.com

Paula Gonçalves Filippon, enfermeira, mestra em Saúde Coletiva. Enfermeira no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: paulafilippon@gmail.com

Pedro Augusto Papini, psicólogo, doutorando em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador de aprendizagem na Especialização em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: pedroaugustopapini@gmail.com

Renata Castro Gusmão, nutricionista, mestra em Saúde Coletiva. Professora substituta na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: renatagusmao.poa@gmail.com

Renata Flores Trepte, psicóloga, doutoranda em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: renata.trepte@gmail.com

Renata Pekelman, médica, mestra em Educação. Docente no Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC, e médica geral comunitária na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. E-mail: renatapek@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim, sanitarista, pós-doutor em Antropologia Médica. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: burgceccim@gmail.com

Roberto Henrique Amorim de Medeiros, psicólogo, doutor em Educação. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: robertoamorim80@hotmail.com

Roger Flores Ceccon, enfermeiro, pós-doutorando em Ciências da Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Assessor técnico na Gestão da Atenção Primária em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. E-mail: roger.ceccon@hotmail.com

Rose Teresinha da Rocha Mayer, psicóloga, mestra em Psicologia Social e Institucional. Técnica no Centro de Referência para o Assessoramento e Educação em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: centrodereferenciard@gmail.com

Rosemarie Gartner Tschiedel, psicóloga, doutora em Psicologia. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: rosetschiedel@gmail.com

Rosilene de Lima Pinheiro, nutricionista, mestra em Tocoginecologia. Tecnologista no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. E-mail: rpinheiro@inca.gov.br

Sâmia Barros Vieira, assistente social, especializanda em Saúde da Família e Comunidade na modalidade Residência em Saúde. E-mail: sa_mia_vieira@hotmail.com

Sandra Corrêa da Silva, psicóloga, especialista em Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. Psicóloga no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. E-mail: sandrainha65@gmail.com

Sandra Costa Prudente, fonoaudióloga, mestra em Educação. Assessora e consultora técnica especializada no Ministério da Saúde e docente na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Email: med.sprudente@gmail.com

Simone Santana da Silva, enfermeira, mestra em Enfermagem. Docente na Universidade do Estado da Bahia. E-mail: simone_ssilva1@yahoo.com.br

Stefania Rosa da Silva, sanitarista graduada em Saúde Coletiva, especialista em Gestão em Saúde na modalidade Residência em Saúde. E-mail: fani_rosa@hotmail.com

Stela Nazareth Meneghel, médica, pós-doutora em Psicologia Social. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: stelameneghel@gmail.com

Talita Abi Rios, fisioterapeuta e acupunturista, mestra em Saúde Coletiva. E-mail: talitagaucha@gmail.com

Thiele da Costa Muller Castro, psicóloga, mestra em Psicologia Social e Institucional. Presidente do Grupo de Estudos e Práticas em Clínica, Saúde e Trabalho. E-mail: thielemuller@msn.com

Valéria Leite Soares, terapeuta ocupacional, mestra em Distúrbios do Desenvolvimento. Docente na Universidade Federal da Paraíba. E-mail: valeriasoaresl@hotmail.com

Vanderleia Laodete Pulga, filósofa, doutora em Educação. Docente na Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: vanderleia.pulga@gmail.com

Vania Roseli Correa de Mello, psicóloga, doutora em Psicologia. Docente na Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. E-mail: vaniarcmello@gmail.com

Vera Lúcia Pasini, psicóloga, doutora em Psicologia. Docente na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: verapasini@gmail.com

Virgínia de Menezes Portes, sanitarista graduada em Saúde Coletiva, mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Apoiadora pedagógica do VER-SUS Brasil, na Associação Brasileira da Rede UNIDA. E-mail: virginiaportes@gmail.com

Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, assistente social, doutora em Ciências da Saúde. Diretora da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. E-mail: waniaescarvalho@gmail.com

Adriene Jacinto Pereira * Alcindo Antônio Ferla * Alessandra Wladyka Charney * Alexandra Paiva Vale * Alexandre Sobral Loureiro Amorim * Allan Gomes de Lorena * Amanda Cavalcante Frota * Ana Carolina Souza Torres * Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz * Ana Celina de Souza * Ana Ecilda Lima Ellery * Ana Paula Gularte Macedo * Ana Paula Silveira de Morais Vasconcelos * Analice de Lima Palombini * Ananyr Porto Fajardo * Anderson Rio Branco de Menezes * André Luis Leite de Figueirêdo Sales * Anna Letícia Ventre * Belchior Puziol Amaral* Carla Baumvol Berger * Carla Cristiane Freire Corrêa * Carla Garcia Bottega * Carolina Eidelwein * Cássio Andrade Machado * César Augusto Paro * Cinira Magali Fortuna * Cristian Fabiano Guimarães * Cristianne Maria Famer Rocha * Daniela Dallegrave * Daniele Noal Gai * Danielle Maria da Silva Oliveira * Diego Elias Rodrigues dos Santos * Diego Monroe Kurtz * Elisandro Rodrigues * Eno Dias de Castro Filho * Felipe Proenço de Oliveira * Fernando Antônio Cavalcante Dias * Fernando Lopes Tavares de Lima * Francine dos Reis Pinheiro * Francisco Arnoldo Nunes de Miranda * Francisco Élder Escossio de Barros * Geraldo Leandro Vasques Mandicaju * Gilles Monceau * Giovanna Carvalho de Oliveira * Hêider Aurélio Pinto * Heloisa Helena Rousselet de Alencar * Iago Gonçalves Cunha * Isabelle Araujo Varvelo Soares * Jane Iandora Heringer Padilha * João Beccon de Almeida Neto * João Alfredo Martins Marchi * Jordane Reis de Meneses * José da Paz Oliveira Alvarenga * José Renato Gatto Júnior * José Reginaldo Feijão Parente * Juliana Tavares Ferreira* Juliano André Kreutz * Larissa Polejack Brambatti * Laura Camargo Macruz Feuerwerker * Lenilma Bento de Araújo Meneses * Leonardo Trápaga Abib * Letícia Stanczyk * Liara Saldanha Brites * Ligia Tlaija Leipnitz * Liliana Santos * Lorrainy da Cruz Solano * Luciano Bedin da Costa * Malviluci Campos Pereira * Manoel Mayer Júnior * Márcia Fernanda de Mello Mendes * Márcia Maria Santos da Silva * Maria Alice Pessanha de Carvalho * Maria Amelia Medeiros Mano * Maria Iracema Capistrano Bezerra * Maria José Galdino Saraiva * Maria Marta Borba Orofino * Maria Socorro de Araújo Dias * Marianna Golembiewski Ribeiro Mendes * Mario Jorge Sobreira da Silva * Mônica Lima de Jesus * Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro * Ni Brisant * Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha * Paula Gonçalves Filippon * Pedro Augusto Papini * Renata Castro Gusmão * Renata Flores Trepte * Renata Pekelman * Ricardo Burg Ceccim * Roberto Henrique Amorim de Medeiros * Roger Flores Ceccon * Rose Teresinha da Rocha Mayer * Rosemarie Gartner Tschiedel * Rosilene de Lima Pinheiro * Sâmia Barros Vieira * Sandra Corrêa da Silva * Sandra Costa Prudente * Simone Santana da Silva * Stefania Rosa da Silva * Stela Nazareth Meneghel * Talita Abi Rios * Thiele da Costa Muller Castro * Valéria Leite Soares * Vanderleia Laodete Pulga * Vania Roseli Correa de Mello * Vera Lúcia Pasini * Virgínia de Menezes Portes * Wania Maria do Espírito Santo Carvalho



editora
redeunida