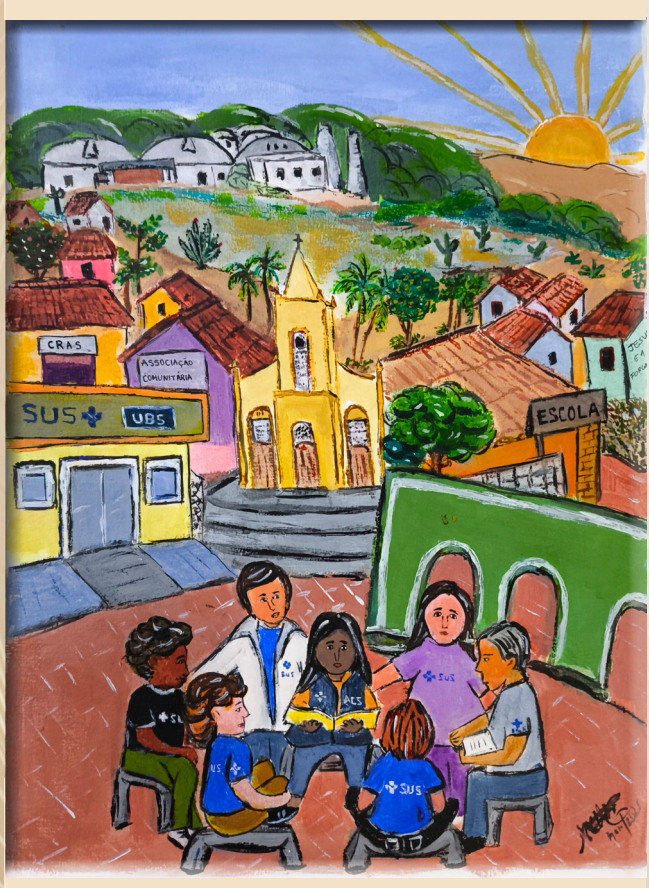
Pedro Alves de Araújo Filho
Maria Rocineide Ferreira da Silva



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO DISPOSITIVO DE MUDANÇA DO AGIR EM SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA

Ed UECE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR
Hidelbrando dos Santos Soares

VICE-REITOR
Dárcio Ítalo Alves Teixeira

EDITORA DA UECE
Cleudene de Oliveira Aragão

CONSELHO EDITORIAL
Ana Carolina Costa Pereira
Ana Cristina de Moraes
André Lima Sousa
Antonio Rodrigues Ferreira Junior
Daniele Alves Ferreira
Erasmo Miessa Ruiz
Fagner Cavalcante Patrocínio dos Santos
Germana Costa Paixão
Heraldo Simões Ferreira
Jamili Silva Fialho
Lia Pinheiro Barbosa
Maria do Socorro Pinheiro
Paula Bittencourt Vago
Paula Fabrícia Brandão Aguiar Mesquita
Sandra Maria Gadelha de Carvalho
Sarah Maria Forte Diogo
Vicente Thiago Freire Brazil

Pedro Alves de Araújo Filho
Maria Rocineide Ferreira da Silva

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO DISPOSITIVO DE MUDANÇA DO AGIR EM SAÚDE:

UMA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA

Ed UECE
1ª Edição
Fortaleza | CE | 2024

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO DISPOSITIVO DE MUDANÇA DO AGIR EM SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA

© 2024 *Copyright by* Pedro Alves de Araújo Filho e Maria Rocineide Ferreira da Silva

O conteúdo deste livro bem como os dados usados e sua fidedignidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download e o compartilhamento da obra são autorizados desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Além disso, é vedada a alteração de qualquer forma e/ou utilizá-la para fins comerciais.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel.: (85) 3101-9893 – Fax: (85) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Coordenação Editorial
Cleudene de Oliveira Aragão

Projeto Gráfico
Carlos Alberto A. Dantas

Ilustração da Capa
Maria Eliene Magalhães Teixeira (Agente Comunitária de Saúde de Fortaleza/CE)

Revisão Vernacular e Normalização
Luana Monteiro Rodrigues

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade como dispositivo de mudança do agir em saúde [livro eletrônico] : uma avaliação participativa / Pedro Alves de Araújo Filho, Maria Rocineide Ferreira da Silva. -- Fortaleza, CE : Editora da UECE, 2024.
PDF

Vários autores. Bibliografia.
ISBN 978-85-7826-934-0

1. Cuidados de saúde - Equipes - Formação 2. Educação em saúde 3. Pesquisas 4. Saúde coletiva 5. Saúde comunitária - Agentes I. Araújo Filho, Pedro Alves de. II. Silva, Maria Rocineide Ferreira da.

CDD-610.7
24-224781 NLM-WA-590

Índices para catálogo sistemático:
1. Educação em saúde 610.7
Eliane de Freitas Leite – Bibliotecária – CRB 8/8415

"Para que serve a utopia?
A utopia está lá no horizonte. Eu sei muito bem que nunca a alcançarei. Se caminho dois passos, ela se afasta dois passos. Se caminho dez passos, o horizonte corre dez passos. Quanto mais eu buscá-la, menos eu a encontrarei porque ela vai se afastando à medida que eu me aproximo. Então para que serve a utopia?
Serve para isso: para me fazer caminhar."

(Eduardo Galeano citando Fernando Birri)

Sumário

APRESENTAÇÃO ▪ 9
Pedro Alves de Araújo Filho
Maria Rocineide Ferreira da Silva

PRIMEIRO PREFÁCIO ▪ 13
Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

SEGUNDO PREFÁCIO ▪ 19
Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

INTRODUÇÃO •27

1 DELIMITAÇÃO DO OBJETO, ATRAVESSAMENTOS E IMPLICAÇÃO COM O TEMA ▪ 30

2 'POR QUE GRITAMOS GOLPE?': O FASCISMO SOCIAL DA ILUSÓRIA DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E O ABSURDO ESTADO DE EXCEÇÃO BRASILEIRO ▪ 44

3 MARCO TEÓRICO ▪ 66
3.1 Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde – dos ideais revolucionários ao desmonte de uma política de estado ▪ **67**
3.2 Modelos de Atenção à Saúde e Estratégia Saúde da Família – tentativas de reinventar os Modos de Agir em Saúde ▪ **85**
3.3 Processo de Trabalho em Saúde: algumas concepções fundamentais ▪ **90**
3.4 Formação Profissional como processo de reestruturação dos Modos de Agir em Saúde: gestão, ensino e atenção em diálogo ▪ **97**

3.5 Residências em Saúde como Estratégia de Educação Permanente para qualificação e fortalecimento do SUS ▪ **106**
3.6 Método Paideia e Avaliação de Quarta Geração – caminhos para Pesquisa Avaliativa Participativa ▪ **120**
3.6.1 Pesquisa Avaliativa Participativa – Aplicação da Avaliação de Quarta Geração no Campo da Saúde 131

4 METODOLOGIA ▪ 136
4.1 Tipo de pesquisa ▪ **136**
4.2 Cenário e período ▪ **139**
4.3 Participantes da pesquisa ▪ **147**
4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes ▪ **149**
4.4 Produção de dados – técnicas e instrumentos para coleta de dados ▪ **161**
4.5 Aspectos éticos ▪ **166**
4.6 Análise dos dados ▪ **167**

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ▪ 175
5.1 Residências em Saúde no Ceará – refletir sobre o passado para repensar o presente e planejar o futuro ▪ **176**
5.2 Formação no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade ▪ **205**
5.2.1 Seleção dos residentes e perfil para Atenção Primária à Saúde/ Estratégia Saúde da Família ▪ **213**
5.2.2 Pactuação dos Cenários de Aprendizagem e Processo de Imersão na Residência ▪ **220**
5.2.3 Processo de territorialização e planejamento participativo ▪ 228
5.2.4 Acompanhamento pedagógico e apoio institucional pela instituição formadora ▪ **234**
5.3 Processo de Trabalho e Produção do Cuidado – por uma práxis agenciadora de uma subjetividade desviante ▪ **242**
5.4 Preceptoria ▪ **257**
5.4.1 Avaliação do desenvolvimento de competências ▪ **265**
5.5 Potencialidades e desafios para implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade ▪ **272**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS – PELA CONSTITUIÇÃO DE SUJEITOS DESVIANTES PARA UM MUNDO POSSÍVEL ▪ 282

REFERÊNCIAS ▪ 293

APRESENTAÇÃO

Esta obra é fruto da dissertação de mestrado: '*Aos trancos e barrancos' – avaliação participativa sobre a formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade* (2017), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, de autoria de Pedro Alves de Araújo Filho, sob orientação da Prof.ª Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

Apresentamos, neste livro, as reflexões, as formulações, os desafios que configuram e atravessam o campo da formação e do trabalho em saúde, mais especificamente, uma pesquisa avaliativa participativa sobre os caminhos, as estratégias e as ferramentas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) para organização do processo de trabalho e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), em um dos cenários de aprendizagem da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE).

Como maneira de contextualizar os atravessamentos que condicionam nossas reflexões sobre o fenômeno em estudo, estruturamos esta obra em cinco capítulos.

O primeiro versa sobre a delimitação do objeto de estudo, a trajetória profissional e a implicação do pesquisador com o tema. Considerando que temos como objeto de estudo um processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho que tem como objetivo ativar/capacitar atores sociais com competências éti-

ca, científica e política para transformação de uma realidade instituída; o segundo capítulo corresponde a uma breve análise de conjuntura sobre os acontecimentos recentes na vida política do País, o golpe de Estado parlamentar-midiático-judicial na Presidente da República, e uma reflexão sobre os impactos sobre as políticas públicas e como isso influencia a educação emancipadora para formação crítica como estratégia para operacionalização da democracia plena.

No terceiro capítulo, destacamos nosso marco teórico, com revisão da literatura sobre o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios para implementação de um sistema de saúde universal e integral. Apresentamos algumas concepções fundamentais sobre modelos de atenção à saúde, à implantação/implementação da ESF e ao trabalho em saúde, abordando as racionalidades que orientam a organização do processo de trabalho e a mediação do saber/fazer na saúde e a instrumentalização desta para produção do cuidado. Ainda nesse capítulo, discutimos os referenciais que orientam a formação profissional como processo de reestruturação dos modos de agir em saúde, as implicações da concepção de Educação Permanente em Saúde (EPS), no contexto do trabalho em saúde e das Residências em Saúde, como estratégia de ensino-aprendizagem pelo trabalho, discutindo sobre a constituição e o desenvolvimento das Residências como dispositivo para formação em serviço e caminho para qualificação dos profissionais de saúde, no contexto da ESF e na construção do SUS como processo civilizatório.

Finalizamos esse capítulo com revisão de literatura sobre avaliação em saúde, particularmente, sobre Avaliação de Quarta Geração (AQG) e o Método Paideia (Método da Roda), que nortearam a realização deste estudo, incluindo uma breve dis-

cussão sobre a aplicação dos princípios e fundamentos conceituais da metodologia da Avaliação de Quarta Geração.

O quarto capítulo refere-se ao percurso metodológico e o quinto consiste na análise e discussão dos resultados, no qual incluímos um resgate sobre a constituição e o desenvolvimento das Residências em Saúde no Estado do Ceará e a discussão de acordo com as categorias analíticas estabelecidas neste estudo, divididas em quatro categorias principais: 1. Processo de Formação no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; 2. Processo de trabalho e produção do cuidado; 3. Preceptoria; 4. Potencialidades e desafios para implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Com a reflexão acerca do que explica Gadamer (1999), sobre o texto escrito, segundo o qual, após fixo o texto, este se desvencilha da contingência da origem e do autor e libera-se positivamente para novas referências e interpretações; entregamos este trabalho na certeza do inacabamento e na expectativa do por vir, não somente na sua avaliação, mas também o que nos reserva o futuro de incertezas e retrocessos em que estamos imersos, ajude-nos a preencher os vazios que nossa compreensão tem sobre o fenômeno em estudo e que nossa visão de mundo permitiram conceber.

PRIMEIRO PREFÁCIO

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio[1]

Para enfrentar a complexidade dos temas que formam o campo da Saúde Coletiva, sempre processo um movimento do pensamento que parte da saturação das descrições e vai às sínteses estratégicas, passando pelas análises consistentes, daí partindo para a contextualização histórica e a crítica teórica. Deste modo, procedo a várias leituras, sem perder de vista o respeito ao bom português, às padronizações necessárias ao texto científico e ao prazer derivado da fluidez e da beleza estilística.

O livro de Pedro Alves de Araújo Filho e Maria Rocineide Ferreira da Silva, denominado *Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade como Dispositivo de Mudança do Agir em Saúde: uma avaliação participativa*, é derivado de Dissertação de Mestrado dele, orientada por ela, passa pelos testes dos movimentos dialéticos do pensamento e das múltiplas leituras. Percebe-se que há, aqui, um verdadeiro trabalho científico, político e existencial construindo novos caminhos para a compreensão ou caminhos para novas compreensões.

1 Professor titular em Saúde Pública da Uece, docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, líder do Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde. Foi coordenador do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (1993/6), diretor do Centro de Ciências da Saúde (2004/9), pró-reitor de Pós-Graduação e Pesquisa (1996/2004, 2009/2012) e reitor da Uece (2012/2020). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, saúde e trabalho, epidemiologia social crítica, política e planejamento em saúde.

Os estudos em Saúde Coletiva não escolhem e nem constroem os momentos, pois há um entrelaçamento vivo de histórias em interdependência e interdeterminação. O tempo é o tempo que nos cabe estudar, sobretudo, neste Brasil, onde a colônia agroexportadora oligárquica escravista nunca foi de todo superada. Os 523 anos desde a inclusão no capitalismo mercantil ocidental resultam em 523 anos de estado burocrático autoritário, com sucessivas convulsões e modernizações desorgânicas, até chegarmos a uma economia dependente dos interesses atuais dos capitalismos industriais e financeiros centrais. O trabalho livre não faz desaparecer o trabalho escravo. As abissais desigualdades boicotam as experiências democráticas.

Os esforços democráticos são recentes (1945-1964 e 1985 até agora), mas são superficiais, frustros para as grandes massas, não lineares, interrompidos por 21 anos de Ditadura Militar (1964-1985), sobretudo quando consideramos que o Iluminismo que orientou o papel político das classes médias europeias, por exemplo, de dar voz às suas lutas e às lutas populares, não se reproduz por aqui, pois nossas classes médias têm se dedicado a lutar por si mesmas, sem repasse às classes populares, transformando direitos em privilégios.

Lamentavelmente não há muito com o que se espantar quando emergem, no palco principal de nossa história, o racismo, o classismo, o patriarcalismo, o corporativismo, o machismo e um arsenal de preconceitos fatais sempre com tudo ao mesmo tempo, no mesmo lugar. O projeto SUS tem sido de uma resiliência espantosa, apesar das poderosas forças centralizadoras, concentradoras e pró-mercado, o capitalismo da saúde.

Os autores constroem trajetórias interligadas, dos sujeitos (destaque-se o caminhar de Pedro), da própria pesquisa (o encontro das biografias com os problemas que se intenta ver

resolvidos com as ferramentas da ciência), do sistema de saúde em sua experiência mais avançada e vulnerável que é o nosso SUS (exitosa expressão de uma visão social-democrata, participativa, integrativa, dialógica, mesmo que com graves obstáculos e contradições internas), das teorias sobre o processo saúde/doença (aqui ampliado para processo saúde/doença/cuidado) e dos dispositivos formativos vinculados à estratégia de compreensão crítica para a intervenção sensível e solidária.

Impossível fazer política, planejamento, gestão e avaliação de política, de planejamento e de gestão, na promoção de saúde, na ponta do cuidado ou nos processos formativos sem um bom diagnóstico situacional crítico, que desvende a complexidade das conjunturas e das tendências históricas, sobretudo no município de Horizonte/CE, cenário deste estudo, uma cidade recém industrializada ao modo predatório, suspensa entre a vida rural do sertão nordestino e o taylorismo fabril, deslumbrando com a carteira de trabalho assinada o cidadão meio camponês, meio operário, mas subvertido até em sua vivência do tempo natural em tempo artificial.

Pedro e Rocineide se saem muito bem neste afazer de tecer, perceber roto o que foi tecido e refazer a tecelagem de modo mais resistente. Deste modo, enfrentam a delimitação do objeto, a construção do cenário, do campo e do caso; a implicação dos atores, distinguindo as tensões entre tempo de ação e tempo de (form)ação, o golpe jurídico-parlamentar contra um governo legítimo, a ascensão ao poder de um reacionarismo perverso que caricatura todos os preconceitos para as batalhas histriônicas das redes sociais, enquanto passa a manada das desregulamentações do trabalho, da exploração destruidora das florestas (secar o Pantanal e derrubar a Amazônia para plantar soja) e do território arrasado das terras indígenas (extinguir os povos originários para garimpar ouro jogando mercúrio nos rios). No

entanto, o SUS e a Universidade Pública resistem, realizando, na contramão, um projeto civilizatório.

Pedro e Rocineide expressam a indignação, mas não deixam de orientar o olhar pelos caminhos da lógica científica, expondo com rigor o mapa de um caminho para quem queira/possa se aventurar nele e reproduzir o estudo em outras circunstâncias e em outros recortes. Há um evidente esforço de não deixar o estudo avaliativo burocratizar-se, daí a elevação ao abstrato filosófico que ampara as escolhas metodológicas e técnicas, permitindo o manejo competente da avaliação participativa, por meio de relações que respeitam a autoridade epistêmica da ciência, sem gerar autoritarismo paternalista. Abismar-se na singularidade das vivências é esquecer o fluxo histórico, transindividual, das consequências.

Nesta armadilha, os autores não caem. O conceito de subjetividade desviante é fundamental para a linha do pensar/fazer: este desvio que também deriva do inclinar grego possibilita ao pensamento desapegar-se e retorcer-se para ressignificar. O conceito de práxis é outro fundamento: praticar a própria crítica e criticar a própria prática possibilita testar o abstrato no concreto e testar o concreto no abstrato. O conceito de agir comunicativo acrescenta-se ao fundamento: o agir ensina, mas quando os mantos do quotidiano alienado são relativizados, sabendo-se que o sinal, o sintoma e o indicador não substituem o fenômeno sinalizado/simbolizado/indicado.

Deste modo, acompanho os autores, passo a passo, pelos blocos de significado de suas considerações finais. Saúde e Educação são os mais transversais campos civilizatórios, miscíveis em permanente vir a ser. O mundo do trabalho constitui *locus* privilegiado para o processo ensino-aprendizagem, mas que não corra o risco de ocorrer apenas na órbita dos desejos generosos e progressistas, carentes que são de legislação construída

democraticamente, gestão organizada democraticamente e financiamento adequado ao atendimento das necessidades populares. A relação entre o direito do cidadão e o dever do Estado não se resolve na lógica mercadológica do direito a procedimentos, mas se estabelece na construção de uma responsabilidade sanitária compartilhada. Ao final, os autores reconvocam os atores do estudo e a todos nós com instigantes reivindicações, preocupações e questões a serem analisadas, debatidas, aceitas ou refutadas pelos implicados.

Pedro e Rocineide deixaram-me muito orgulhoso ao escolherem meu nome para assinar este Prefácio. Sou o privilegiado primeiro leitor da obra pronta, depois de transformação do gênero textual "relatório de pesquisa", submetido ao crivo da banca de defesa do Mestrado, para o gênero textual "livro", que, em seguida, passará pelo parecer do conselho de uma editora universitária. Ser o leitor *princeps*, entre a banca e o conselho editorial, de um livro com tantas e inegáveis qualidades, me engrandece. Espero que a experiência de engrandecimento seja compartilhada pelos futuros leitores, que necessariamente me sucederão.

SEGUNDO PREFÁCIO

Avaliar: um interesse do controle social em saúde – a experiência da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade no estado do Ceará

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim[1]

O livro de Pedro Alves de Araújo Filho veio de uma dissertação de mestrado em Saúde Coletiva. Pensem o fôlego dessa dissertação! A dissertação foi orientada pela professora Maria Rocineide Ferreira da Silva, sua colaboradora no livro. O livro contempla o estudo de pelo menos 187 documentos, entre textos legais, científicos, informativos, normativos e de registro de percursos. Além desses, constam trechos poéticos e musicais que dizem não apenas de seu autor e autora colaboradora, mas das experiências sensíveis de ser-com o Brasil, viver as necessidades e a cultura do Brasil.

O tema do livro são as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade, uma prioridade dos sistemas de saúde no mundo, uma prioridade do Sistema Único de Saúde

1 O professor doutor Ricardo Burg Ceccim é um autor de referência aos estudos da formação de profissionais de saúde. Especialista em saúde pública, mestre em educação e doutor em psicologia, o professor é líder do Grupo de Pesquisa no CNPq de Educação e Ensino da Saúde, possuindo uma trajetória docente na área de educação em saúde com as universidades federais do Rio Grande do Sul, do Rio Grande do Norte e Rural do Semiárido. É autor de várias obras no campo das residências em saúde.

do Brasil. Observadas com um arguto olhar de um defensor do SUS, atuante no controle social, representado pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará, e de um pesquisador da área de avaliação em Saúde Coletiva, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pode ser avaliada e um legado avaliativo pode ser ofertado aos sistemas sanitários.

O livro resulta de um exercício relativo à avaliação de programas formativos, mostrando-nos a complexidade e a necessidade de um processo desse porte em apoio e sustentação às políticas públicas de saúde e formação de pessoal para atuação nessa área. Afinal, são muitos recursos financeiros, intelectuais, organizacionais e pedagógicos investidos em programas de formação por meio da Residência Multiprofissional em Saúde. Além disso, esses programas são parte da promessa de sustentabilidade ao Sistema Único de Saúde.

Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, uni ou multiprofissionais, ainda são uma novidade nacional e internacional. Quanto mais avaliados e quanto mais informação qualitativa e quantitativamente organizada tivermos sobre essa modalidade formativa, tanto mais argumentos ao seu favor ou contrários podemos acumular, difundir e transformar.

No Brasil, é apenas a partir de 2005 que tal modalidade formativa se torna estratégia política integrada ao sistema nacional de saúde. Experiências pregressas isoladas ou institucionais foram inúmeras. As mesmas que, avaliadas positivamente por seus egressos, justificaram a proposição no primeiro ano do primeiro governo Lula de uma lei que desse guarida e provimento à formação especializada em serviço e sob supervisão para o conjunto das categorias profissionais integrantes do trabalho na saúde. Anteriormente apenas aos médicos se assegurava a oferta de vagas em programas de residência. A lei que cria a residência médica no Brasil é de 1977,

13 anos antes da promulgação Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 8.080/90.

Uma justificativa adicional à criação da residência para o conjunto das categorias profissionais que integram o trabalho em saúde era a formação profissionalizada da juventude recém-formada nessas categorias, tendo em vista o melhor preenchimento dos postos de trabalho sistematicamente abertos no bojo da instalação e implementação do Sistema Único de Saúde, mas a necessidade do setor envolve ainda a expansão da oferta pública de serviços inovadores como de atenção básica, de atenção em urgência e emergência, de atenção psicossocial e de saúde bucal, além da consolidação das Redes Integradas de Atenção à Saúde: assistência e cuidado por meio de ações programáticas estratégicas (oncologia, pessoas com deficiência, população carcerária, populações alvo de políticas de equidade e promoção da saúde, entre outras, por exemplo).

Os autores revelam a intersecção das residências com a noção de Educação Permanente em Saúde, um modo de formação implicado com a realidade e sua necessidade de mudança permanente, para que permanentemente essa realidade se ajuste às necessidades sociais e microrregionais, promovendo saúde individual e populacional. Os autores lembram da importância de formar de acordo com as exigências contemporâneas para mudar o agir em saúde – de hospitalocêntrico e centrado no tratamento médico – para centrado nas necessidades sociais em saúde e no trabalho em equipe multiprofissional. O trabalho em equipe hoje se explica pela educação e prática interprofissional, uma compreensão resultante também de avaliação, no caso a avaliação internacional dos 100 anos do Relatório Flexner.

O livro traz um recorrido da história da educação e ensino dos profissionais de saúde, da avaliação participativa e da história política nacional recente, ou seja, sustenta sua análise em

estudos, história e desafios políticos. O Brasil é um dos poucos países no mundo com mais de 100 milhões de habitantes com sistema de saúde de acesso universal, isto coloca demandas ao financiamento e infraestrutura, mas indiscutivelmente coloca demandas à formação e ao processo de trabalho em equipes integradas e multiprofissionais. Não há sustentabilidade possível e será evidente o déficit de integralidade em um sistema universal que esteja estruturado com base no trabalho médico, então é preciso objetivamente pensar educação e trabalho das e em equipes multiprofissionais de natureza interprofissional.

Os autores alertam sobre o uso de fontes não apenas científicas para o acesso à informação, aquilo que as ciências da comunicação e divulgação do saber chamam de literatura cinza, aquela de fundamental veiculação de dados, informações e conhecimentos que resta na periferia dos sistemas bibliográficos, sua zona cinza, por não serem indexados ou catalogados por sistemas de indexação. Contudo, essa informação existe, é encontrável e possível de revisão por estudiosos cientistas. Acessar e usar essa fonte torna o trabalho acadêmico mais consistente, pois não descarta informação existente, não deixando que os dados se esgotem em informação parcial, reduzindo a realidade àquelas fontes que foram indexadas e catalogadas em sistemas bibliométricos.

O livro levanta um tema candente, entre outros, relativo a uma política nacional ou internacional de residências em saúde: a relação entre egressos de residência e incorporação ao mundo do trabalho. Objetivamente nos faltam políticas de articulação residência-trabalho. Passados 17 anos da promulgação da lei que criou as residências em área profissional da saúde, uni ou multiprofissionais, já não é sem tempo a formulação de políticas de gestão do trabalho que reconheçam e valorizem as residências, especialmente, as residências multiprofissionais

em saúde, pois estas supõem de pronto as mesmas exigências contemporâneas da atuação em sistemas e serviços do campo sanitário.

Como um livro originário de um programa de pós-graduação *stricto sensu* em saúde, nele transbordam os autores da saúde coletiva, mas também convergem autores das ciências sociais e das ciências humanas, fazendo com que a abordagem ganhe tonalidades de avaliação de programas em saúde, mas também de análise e crítica social. Eventos políticos são citados, a atuação do legislativo é arrolada e o tratamento das agendas do controle social em saúde por políticos e governos é abordada.

A saúde é apresentada como bem público fundamental, configurada por um complexo de atividades e serviços públicos, dependente de formação de profissionais, exercício do controle social e ousadia na transformação inovadora dos modelos de atenção. O livro, com base em suas análises, articula um novo padrão de desenvolvimento do trabalho e dos trabalhadores, comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade, aprofundando nosso compromisso com a Reforma Sanitária brasileira. A satisfação das necessidades sociais em saúde constitui o grande objetivo estratégico das residências. O conjunto de medidas e ações concretas para a implantação e expansão dos programas de residência volta-se para a melhoria da qualidade de vida da população.

Como aponta o professor Gilles Monceau no prefácio da *EnSiQlopedia das Residências em Saúde* (Monceau, 2018, p. 2), "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", contudo, essa especificação profissionalizada "também produz um núcleo fe-

chado entre os profissionais, de um lado, e uma apropriação de poder nos serviços onde eles praticam sua atividade, por outro".

Para o pesquisador, "hoje, é cada vez mais frequente que os pacientes se revoltem contra a dominação dos profissionais nas instituições de saúde". Conforme aponta, os cidadãos estão, por diversos motivos (de formação, de esclarecimento, de acesso à informação) "cada vez mais exigentes em relação aos profissionais". Sucede que essa condição também vem "acompanhada de uma judicialização das relações entre os cuidadores e os usuários".

A consequência, numa estrutura de trabalho isolado, fragmentado, centrado em prerrogativas de saber-poder "é cada vez mais difícil, e mesmo arriscada, para os cuidadores que são tentados a se isolar em seus conhecimentos e seus poderes". Para Monceau, é necessário escapar dessa armadilha, não se fechar sobre si próprios e evitar completamente a ruptura com a população. O isolamento dos profissionais por suas categorias e especialidades resultaria contraproducente para o trabalho, para os trabalhadores, para o sistema de saúde e para os usuários. A residência multiprofissional em saúde é dispositivo de luta na contramão desse risco.

Com o livro do Pedro e Rocineide, verifica-se que as Residências Integradas em Saúde, modelo da Escola de Saúde Pública do Ceará, coloca os princípios da integralidade e humanização, da educação permanente em saúde e da interprofissionalidade. A Educação Permanente em Saúde, como política de formação e desenvolvimento profissional, apresentada pelo Brasil e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde no ano de 2003, é um dispositivo que envolve a humanização da atenção, a melhoria da qualidade do trabalho pelos profissionais de saúde e o encontro com os territórios de vida e produção socioeconômica. A Educação Permanente em Saúde ativa a reflexividade

profissional, a análise crítica dos modos de trabalhar e a discussão sobre a capacidade das equipes de responderem às necessidades sociais em saúde.

O livro **Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade como dispositivo de mudança do agir em saúde: uma avaliação participativa**, se soma, portanto, à galeria das produções intelectuais no bojo da educação e ensino da saúde, área que venho buscando construir e demarcar nos últimos 23 anos. Considero o livro uma relevante contribuição e parabenizo o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará por acolher uma pesquisa com fôlego de livro e participar de sua difusão na forma de livro acadêmico pela editora da universidade.

Referências

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Portal da Presidência da República**. Brasília, DF, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil03/decreto/1970-1979/d80281.htm. Acesso em: 28 fev. 2023.

_____. Casa Civil. Lei 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. **Portal da Presidência da República**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 fev. 2022.

_____. Casa Civil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e nº 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Portal da Presidência da República**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.

gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 28 fev. 2023.

MONCEAU, G. Análise coletiva: para combater os efeitos de institucionalização na educação e no trabalho na saúde. *In*: CECCIM, R. B. *et al.* (Org**)**. **EnSiQlopedia das residências em saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018, p. 1-8.

INTRODUÇÃO

A reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem como desafio a reorientação dos modos de lidar e conviver com as pessoas em sua inserção territorial/sociocomunitária no processo saúde-doença-cuidado (Starfield; Shi; Macinko, 2005; Giovanella *et al.*, 2009). Neste sentido, o processo de trabalho e a produção do cuidado devem enfatizar a promoção da saúde, o trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional, estruturados em redes setoriais, intersetoriais e de apoio social, para construção de vínculos de amizade e solidariedade, norteados pela implicação, pelo sentimento de pertencimento, pela corresponsabilidade e pela cogestão entre trabalhadores, gestores e usuários para efetivação do cuidado integral promotor de vida (Merhy; Franco, 2003; Campos, 2011a; Peduzzi; Agreli, 2018).

Tomamos como pressuposto a ideia de que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) constitui estratégico processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho, sob a lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS), para construção, qualificação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com potencial de promover a subjetivação e a ressignificação de saberes e práticas e, consequentemente, como dispositivo para reorientar processos de trabalho e produção do cuidado em saúde e constituir em espaços de conformação crítica, reflexiva e transformação social (Ceccim, 2005; Ferreira; Olschowsky, 2010; Medeiros, 2016).

O ensino e o trabalho no campo da saúde, no entanto, é consequência dos paradigmas hegemônicos, configurando modelo de ensino e atenção médico-centrado e hospitalocêntrico, sócio-historicamente constituídos e cotidianamente perpetuados (Carvalho; Ceccim, 2012; Mendes-Gonçalves, 2017).

Apesar de introduzir critérios de cientificidade à formação e prática dos profissionais (Almeida Filho, 2010), o agir em saúde, balizado por esses paradigmas, adquiriu caráter instrumental e disciplinar, com fragmentação dos saberes em núcleos profissionais, que promove divisão técnica e social do trabalho e dificulta o entendimento do trabalhador de saúde em compreender o papel de protagonista do próprio processo de trabalho, em resposta às necessidades de saúde da população e os condicionantes impostos pela determinação social da saúde (Carvalho; Ceccim, 2012; Mendes-Gonçalves, 2017).

Quanto à abordagem da categoria trabalho, adotou-se a perspectiva marxista e os respectivos desdobramentos no campo da saúde (Marx, 1996; Mendes-Gonçalves, 2017). Esse recorte parte da concepção do trabalho humano como prática social, e como tal, o processo de trabalho em saúde configura-se pela reprodução de estruturas de necessidades imanentes de momento condicionado sócio-historicamente, em que as práticas de saúde e os agentes são representativos de "necessidades sociais" decorrentes do saber/fazer hegemônicos de grupos dominantes e as correlações de poder e jogos de interesses que influenciam a formação e o trabalho em saúde inerentes ao modelo de Estado e de sociedade e os processos de assujeitamento e subjetivação capitalísticas.

A pesquisa teve como objetivo geral avaliar os caminhos, as estratégias e as ferramentas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade para organização do processo de trabalho e da produção de cuidado em saúde, no

contexto da Estratégia Saúde da Família. E, como objetivos específicos: compreender a influência da Residência no processo de trabalho e produção do cuidado em saúde, no contexto da Estratégia Saúde da Família; e identificar as possíveis contribuições da Residência na subjetivação e ressignificação de saberes e práticas dos residentes e profissionais do serviço.

1
DELIMITAÇÃO DO OBJETO, ATRAVESSAMENTOS E IMPLICAÇÃO COM O TEMA

"É de sonho e de pó, o destino de um só
Feito eu perdido em pensamentos
Sobre o meu cavalo
É de laço e de nó, de gibeira o jiló
Dessa vida cumprida a sol[1]."
(Renato Teixeira – Romaria)

Esse texto guarda um pouco do que nos mobiliza a continuar perseverando por dias melhores, mas também trilhar esse caminho nos auxilia na tomada de consciência sobre os desafios da realidade vivida e da formação com qualidade da força de trabalho no e para o Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente do processo de ensino-aprendizagem no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), caso o SUS 'sobreviva' às tentativas galopantes de desmonte em curso.

Em debate sobre o Projeto de Emenda Constitucional – PEC 241/2016 (ou 55)[2] e os reflexos na saúde, em face da conjuntura de retrocessos e retirada de direitos sociais e trabalhistas

1 Primeira estrofe da música 'Romaria', de Renato Teixeira.

2 A PEC 241/2016 foi aprovada como Emenda Constitucional nº 95/2016 – Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=251058&norma=270459. Acesso em: 3 jan. 2017.

de maneira tão acelerada pelo governo vigente (Michel Temer) e a política de austeridade econômica, ouvimos das debatedoras que temos que conjugar o verbo 'esperançar' em todos os tempos e possibilidades; como nos ensina Paulo Freire (1992), esperançar é se levantar, ir atrás, construir e não desistir, juntar-se com outros para fazer de outro modo.

Pois, lembrando Albert Camus e a filosofia existencial dele, mudar uma realidade absurda exige tomada de consciência/autonomia/revolta como estratégia de não se perder nas encruzilhadas e transpor essa aporia sisífica[3] que nos cerca e em que a sociedade brasileira está imersa.

Essas afirmações são reforçadas pelas reflexões de Theodor W. Adorno sobre os desafios para conduzir uma sociedade à emancipação e consequente transformação de uma realidade adversa. Ele nos lembra que

> [...] quando é grande a ânsia de transformar, a repressão se torna muito fácil; que as tentativas de transformar efetivamente o nosso mundo em um aspecto específico qualquer imediatamente são submetidas à potência avassaladora do existente e parecem condenadas à impotência. Aquele que quer transformar provavelmente só poderá fazê-lo na medida em que converter esta impotência, ela mesma, juntamente com a sua própria impotência, em um momento daquilo que ele pensa e talvez também daquilo que ele faz (Adorno, 1995, p. 185).

Essas reflexões se aplicam bem ao contexto das políticas públicas no Brasil, falando especificamente sobre os constrangimentos, os desafios e as resistências para efetivação do direito constitucional à saúde universal e integral, norteados pelos princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), consubstanciados com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS); sem

3 Referência ao Mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo, de Albert Camus.

contar as reflexões, propostas e tentativas de reorientação dos modelos de formação em saúde e atenção à saúde hegemônicos, há muito identificados aspectos e abordagens restritivas e incoerentes ao processo saúde-doença-cuidado, tomando a concepção ampliada de saúde, mas que as resistências para manutenção do instituído suplantam as tentativas transformadoras.

São conjunturas absurdas e reflexões que conformam, condicionam e atravessam nosso objeto de estudo. Não concebemos dialogar sobre as Residências em Saúde, mas, especificamente, a respeito da RMSFC, no que tange aos caminhos, às estratégias e às ferramentas para organização do processo de trabalho e produção do cuidado, sem abordar, mesmo que superficialmente, os "atravessamentos" e contextos políticos, econômicos e sócio-histórico que condicionam e perpetuam o agir em saúde e na formação dos trabalhadores do setor.

Apesar das analogias filosóficas que podem deixar o texto enfadonho e prolixo, abstemo-nos de elaboração ou confirmações de possíveis teses, até porque não é o objetivo de um trabalho de dissertação de mestrado e muito menos cabe no tempo, no espaço e na falta de embasamento epistemológico imposto pelo produtivismo acadêmico sobre o 'chicote' da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), brandido por suas/seus 'capitãos(ãs) do mato', séquitos do Qualis-Capes[4]. Essa é outra realidade absurda, aquela em que se preza uma produção a qualquer custo, em detrimento da qualidade do produto ofertado à sociedade, reforçando o sen-

4 O Qualis é o conjunto de procedimentos utilizados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação, com base na publicação em periódicos científicos. Esse processo foi concebido para atender às necessidades específicas do sistema de avaliação e é baseado nas informações fornecidas pelas instituições de ensino superior. Como resultado, disponibiliza uma lista com a classificação dos veículos utilizados pelos programas de pós-graduação para divulgação da produção.

so comum do distanciamento da academia do mundo, da vida, desconsiderando que por trás dessas dissertações e teses, tem seres humanos em singularidades, desejos e afetos. Como dizem a arte e a constatação, tachadas de 'pichação', no muro da universidade: *a vida não cabe no lattes*.

Para deixar mais explícitas as motivações e implicações do pesquisador com o objeto de pesquisa, considero importante apresentar minha trajetória profissional e os caminhos trilhados nesse percurso.

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), 1996-2001, entrei em contato com o modelo tradicional de formação para área da saúde caracterizado como fragmentado, disciplinar, pautado na Pedagogia da transmissão, com desconexão de núcleos temáticos e desvinculação do ensino em relação ao serviço e à comunidade; uma formação orientada pelo modelo biomédico hegemônico, cientificista de ensino e de atenção à saúde, influenciando diretamente minha prática como profissional de saúde.

Decorrente desse contexto de formação, vi-me reproduzindo na saúde pública, como profissional do então Programa Saúde da Família (PSF), o modelo de prática odontológica do setor privado, que foi o foco da nossa formação acadêmica disciplinar, caracterizado no modelo liberal privatista da denominada 'Odontologia de mercado' (Narvai; Frazão, 2008). Como era recente a inclusão da Odontologia na equipe de referência do PSF[5], concluí a graduação sem a menor noção do que se tratava e quais os princípios e as diretrizes orientadores do processo de trabalho na Saúde da Família.

5 Na tentativa de promover maior integração da Odontologia com os serviços de saúde em geral, a saúde bucal aferiu nova perspectiva, em termos de política pública, com a Portaria Ministerial nº 1.444, de 28/12/2000, que estabeleceu incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, por meio do Programa Saúde da Família.

No início de 2002, atuei como dentista do PSF, em Avelino Lopes-PI, distante 900km da capital, região do semiárido, pequena cidade do sertão nordestino com peculiaridades estranhas ao jovem dentista que viveu entre a cidade natal na região da mata dos cocais maranhense e as capitais do Piauí (PI) e do Maranhão (MA). Em junho do mesmo ano, fui trabalhar no município de Ribeiro Gonçalves, também no sul do Piauí, mas no outro extremo oeste, região com clima e vegetação típicos do Cerrado, situada às margens do Rio Parnaíba, na divisa com o MA. Deparei-me com uma região cheia de potencialidades naturais e econômicas, com povo acolhedor, mas população pobre submetida às iniquidades sociais e dificuldades de acesso às ações e aos serviços públicos de saúde tão comuns, particularmente nos rincões mais isolados do nosso país. Como fronteira agrícola de plantação de soja, arroz e milho, acompanhávamos os relatos negativos da expansão agrícola, desmatamento, mortes de riachos, desaparecimento de animais e especulação imobiliária e até grilagem de terras.

Nos três anos nesse município, ocupei, por um ano, o cargo de secretário de saúde, concomitantemente com a função de dentista do PSF. Com a dupla função, pude constatar as dificuldades de implementar o direito à saúde com poucos recursos e muitos problemas, mesmo com população com menos de 8 mil habitantes, mas distribuído em extensa área territorial e de difícil acesso.

Dos tempos ribeirenses, mas do que experiência profissional, guardei muitas vivências pessoais e os vínculos de amizade que por lá construí. Foi, porém, quando consegui ter noção do que era trabalhar em equipe no contexto da Saúde da Família, das reuniões de equipe, das discussões de caso, das conversas na calçada, da participação social nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, das ações na comunidade, nas escolas e

das cansativas e gratificantes viagens aos Gerais (denominação atribuída a parte da zona rural com comunidades que chegavam a mais de 200km da sede do município). Esse foi para mim um período rico de vivências e lembranças que nos são muito caras, mas vou parar por aqui o relato sobre meus tempos ribeirenses, deixarei para as memórias a serem escritas, quem sabe um dia.

Dos rincões do sul ao litoral do Piauí, quando atuei como servidor do município de Parnaíba, passando pelo interior do Maranhão, quando trabalhei em Trizidela do Vale, minha cidade natal, até assumir como cirurgião-dentista concursado da ESF do município de Fortaleza, Ceará, em agosto de 2006. Nesse percurso, tive a oportunidade de atuar, concomitantemente na gestão e assistência, vivenciar realidades diversas e, apesar de tal diversidade de atribuições, realidades e olhares sobre a saúde, todas tinham em comum a influência do modelo hegemônico de atenção à saúde, consequências do modelo biomédico de ensino e atenção à saúde no Brasil, mencionado anteriormente, apesar das linhas de fuga proporcionadas pela potência do devir Saúde da Família (Silva, 2012).

Em Fortaleza, atuei como preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde, pela Universidade Federal do Ceará (PET Saúde/UFC), durante um ano (2010), cujo foco era a formação pelo trabalho, porém com parcos momentos para reflexão sobre os saberes e práticas instituídos. Em 2011, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza (2011-2013), cujo programa tinha o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza como instituição executora, sendo chancelado/certificado pela Universidade Estadual do Ceará (Uece).

As vivências na residência possibilitaram-me espaço fértil para refletir sobre a formação e a organização do processo

de trabalho em saúde, além de evidenciar a potencialidade do ensino em serviço como estratégia para subjetivação e ressignificação de saberes e práticas para o agir crítico em saúde.

Posteriormente, atuei como tutor da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), na ênfase Saúde da Família e Comunidade (2013-2015), e, por algum tempo e concomitantemente, como preceptor deste programa, na referida ênfase, no município de Fortaleza (2014-2016).

A Residência constituiu o divisor de águas na minha vida profissional e pessoal, pelos aprendizados e pelas amizades estabelecidas. Tomo as reflexões de Evelina Hoisel (2010), ao discorrer sobre o conto *A Terceira Margem*, de Guimarães Rosa[6], que traduziu bem meus sentimentos e pensamentos sobre as experiências e ideal de Residência, a qual faço analogia à terceira margem, como o "não-lugar atravessado por todos aqueles que realizam o gesto precípuo – e corajoso – de instaurar outras ordens de valores existenciais, desordenando uma ordem estabelecida e nos ofertando a possibilidade de renovadas travessias".

Consequentemente, a aproximação com o tema tratado nesta obra se deu da vivência, na qualidade de cirurgião-dentista da ESF; como residente do Programa de RMSFC da SMS/SMSE de Fortaleza; enquanto tutor de núcleo da Odontologia da RIS-ESP/CE, na ênfase Saúde da Família e Comunidade (SFC), preceptor de núcleo e de campo da referida ênfase em Fortaleza; e, atualmente, como pesquisador e participante do Fórum Cearense de Residências em Saúde.

A formação no contexto das Residências que vivenciamos tem como pressuposto uma práxis pedagógica inovadora, com o estímulo à formação do sujeito como um ser ético, histórico,

6 ROSA, J. G. **Primeiras estórias**. 15. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

crítico, reflexivo, transformador e humanizado. Entendemos que esse processo de ensino-aprendizagem em serviço que se propõe a ser transformador dos sujeitos e do contexto em que atuam, pode se constituir ou não na referida "terceira margem", a depender da implicação dos sujeitos e da conjuntura que favoreça a ressignificação e a subjetivação dos modos de ser e agir em saúde.

Atravessado e implicado com esse processo de formação pelo trabalho, o objeto deste trabalho reflete esses afetos e "atravessamentos", e também é motivado pelas experiências e reflexões advindas das vivências e produções nesse contexto, consubstanciados no Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), intitulado *Micropolítica do trabalho em saúde bucal e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em Fortaleza – Ceará*, resultado de pesquisa sobre a organização do processo de trabalho na saúde bucal, no contexto do PRMSFC, em Fortaleza; na qual, demonstramos que, naquela circunstância, tempo e espaço, a Residência contribuiu efetivamente na qualificação do acesso e acolhimento dos usuários e proporcionou ampliação do "cardápio" de ofertas das ações e dos serviços prestados nos territórios de atuação dos residentes, proporcionando processo de subjetivação e ressignificação do agir na saúde bucal, na perspectiva do cuidado integral (Araújo Filho, 2013).

Posteriormente, como tutor e preceptor na ênfase Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE, os *insights*, as percepções e as discursões sobre o Núcleo da Odontologia estenderam-se ao campo da Saúde da Família, como: as dificuldades para efetivação do trabalho em equipe multiprofissional, do compartilhamento de saberes, fazeres e poderes, de como fomentar a interação do processo formativo com os processos da gestão e produção do cuidado em saúde nos cenários de apren-

dizagem, dos desafios para implantação de uma Residência descentralizada e interiorizada.

Despertou-nos o interesse por compreender como a formação e a atuação no contexto da Residência influenciavam o processo de trabalho e produção do cuidado, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) da equipe de residentes e das respectivas interconexões com os profissionais do serviço e território de atuação, ou seja, avaliar se os caminhos, as ferramentas e as estratégias que norteiam o agir do profissional de saúde residente foram implementadas, e, se assim o foram, se contribuíam efetivamente no processo de ressignificação e subjetivação dos saberes e das práticas no agir em saúde, nesse contexto.

A proposta de realizar avaliação compreensiva de um fenômeno com uma diversidade de agentes e interesses envolvidos, como estes interagem e os sentidos que atribuem a esse processo, além das possíveis transformações decorrentes dessa vivência nos sujeitos, processos de ressignificação e subjetivação, e nos serviços, é um grande desafio. Partindo do pressuposto de que esses processos são atravessados e condicionados pelos conflitos e pelas contradições inerentes e imanentes dos modelos hegemônicos de ensino e atenção na saúde, entendemos que um processo com essas dimensões não cabe nas metodologias tradicionais de avaliação e colocam o avaliador que se predispõe a trilhar esse caminho em uma encruzilhada. Então, que caminho seguir?

Essa resposta veio com a leitura do artigo de Furtado (2001), o qual apresenta um método construtivista para avaliação de um serviço de atendimento domiciliar, em que propõe a aproximação da abordagem da Avaliação de Quarta Geração (AQG), proposta por Guba e Lincoln (2011), ao Método Paideia para a cogestão de coletivos, conhecido como Método da Roda, desenvolvido por Campos (2013, 2015b).

Em virtude de nossa aproximação e implicação com o programa avaliado, tomamos como premissa uma postura de compreensão de sujeito pesquisador implicado, perpassado por um fenômeno, além da concepção positivista de sujeito epistêmico, como destacado por Merhy (s/a, p. 05), agir como "um sujeito militante que pretende ser epistêmico", um sujeito ideológico, um 'sujeito cultura', isto é, ter a consciência de que ao mesmo tempo seremos pesquisador e estaremos sendo pesquisados, ao mesmo tempo sujeito do conhecimento e objeto do estudo.

Como nos lembra Freire (2015, p. 57), "ensinar e aprender exige consciência do inacabamento" e do "reconhecimento do ser condicionado". Na qualidade de sujeitos sociocultural e historicamente constituídos e condicionados, "é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente", emancipador e transformador.

Portanto, partimos da compreensão de que, mais do que sujeito epistêmico, atuamos como sujeito implicado e atravessado por esse objeto, no entendimento de que somos sujeitos da práxis[7], condicionados por uma ordem social dominante, porém, conscientes de que este ser é imanente de um devir[8] histórico, segundo o qual a vida está em constante transformação; que percebemo-nos como atores sociais e políticos, conscientes de nossas heranças sociais, culturais, políticas e, porque não dizer, pedagógicas, que nos oprimem e alienam. Ao mesmo

7 Práxis: entendida como atividade material humana transformadora do mundo e do próprio homem; como atividade teórico-prática essencialmente indissociável, o que somente pode ser feita por um processo de abstração, isto é, não há práxis puramente material, objetiva e nem exclusivamente teórica ou subjetiva (Vásquez, A.S. **Filosofia da práxis**. [Tradução: Maria Encarnación Moya]. Buenos Aires/São Paulo: Clacso/Expressão Popular, 2007).

8 Devir: ideia de mundo mutável, provisório e em constante transformação. A ideia de "transitoriedade como marca de tudo que vive" (Mosé, V. **Nietzsche e a grande política da linguagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 39).

tempo, entretanto, ao tomarmos consciência desse devir, da realidade absurda que vivemos, podemos nos tornar sujeitos autônomos e protagonistas de uma transformação social para superação dos modos de produção da subjetividade dominante e, consequentemente, dos modelos de ensino e atenção à saúde instituídos.

Assim, assumimos esse viés por entendermos que sujeito e objeto serão parte da formação do objeto proposto, cuja atitude pode reforçar ou subverter a reprodução de modelos instituídos, dos sistemas de produção da subjetividade dominante (Guattari; Rolnik, 1996). No dizer de Franco (2007), trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de cognição e subjetivação e acontecem simultaneamente como expressão da realidade.

Ao partir dessa premissa, destacamos o cotidiano do trabalho como *locus* privilegiado para construção de novos modos de agir em saúde, para formação de sujeitos emancipados, protagonistas e implicados, ética, técnica e politicamente, com a transformação dos modos de agir em saúde e a produção do cuidado integral, com potencialidade de promover processos de subjetivação e ressignificação de saberes e práticas para reorientação do modelo de atenção à saúde instituído e de ruptura com os processos de trabalho cristalizados.

Esses "atravessamentos" e essas conjunturas trazem à tona os questionamentos: qual o objetivo das Residências em Saúde? Já que não dispomos de uma política de valorização e absorção dos egressos, para que mesmo esses profissionais estão sendo qualificados? E, para os profissionais já inseridos nos serviços de saúde, quais as estratégias de qualificação? São estimulados a fazer Residência? Já que essa modalidade é considerada o padrão-ouro da qualificação na saúde. As Residências realmente constituem estratégia de educação permanente para

fortalecimento e qualificação do SUS, como defendem alguns movimentos e coletivos que discutem sobre as Residências em Saúde no Brasil?

Essas são questões que temos compartilhado com outros sujeitos nos espaços que se propõem a dialogar sobre força de trabalho para o SUS e a institucionalização de uma possível Política Nacional de Residências em Saúde, como os encontros nacionais e estaduais e o Fórum Cearense de Residências em Saúde. Por não ser nosso objetivo neste trabalho, não assumimos o compromisso de respondê-las com este estudo, mas consideramos que são questões fundamentais para aqueles que se dispõem a dialogar sobre o campo do trabalho e da saúde e uma possível estruturação de uma política específica nessa área e, consequentemente, é um vetor que perpassa nossa pesquisa.

Outro tema que está no nosso objeto de estudo é a discussão sobre a análise de conjuntura política, particularmente sobre os acontecimentos que estamos vivenciando no Brasil e as consequências nas políticas de saúde e educação, como o golpe parlamentar-midiático-jurídico na Presidente da República Dilma Rousseff, as políticas de austeridade na esteira do projeto neoliberal do capitalismo predatório financeiro, as reformas na saúde, com as propostas de desmonte do SUS, e na educação, com a imposição do 'projeto escola sem partido', a reforma do ensino médio e os cortes de recursos em ambos os setores.

São tantas questões que não temos tempo e espaço, nem capacidade para fazê-lo, mas que tentaremos apontar alguns fatos para embasar a discussão. Não temos a pretensão nem é nosso objeto de estudo analisar essa conjuntura detalhadamente, mas faremos contextualização do que denominamos realidade absurda e estado de exceção e as implicações nas políticas públicas, particularmente, no Sistema Único de Saúde e na "Política de Residências em Saúde" no País, se é que podemos

falar que existe uma, no último caso. Entendemos, pois, que essa conjuntura doravante condiciona nosso objeto de estudo e sujeitos nele implicados.

Com esse estudo, almejamos contribuir com a produção científica atual quanto à discussão sobre formação e trabalho em saúde, ao apresentar os resultados de pesquisa avaliativa participativa sobre os caminhos, as estratégias e as ferramentas relacionadas à organização do processo de trabalho e produção do cuidado da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), em um município cearense contemplado pelo programa.

Acreditamos que este estudo poderá contribuir para evidenciar se esta proposta de formação pelo trabalho sob supervisão, que vem sendo desenvolvido no Estado, em que medida tem contribuído efetivamente na reorientação do processo de trabalho e de cuidado em saúde nos territórios de atuação dos profissionais de saúde residentes e/ou no reconhecimento dos avanços, dos limites e das possibilidades de transformações necessárias ao mundo do trabalho que estes estão se formando para integrar.

Além disso, poderá contribuir na compreensão dos modos de subjetivação e ressignificação de saberes e práticas dos profissionais residentes e do serviço; bem como identificar possíveis potencialidades e fragilidades/desafios do referido programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com vistas à qualificação deste.

Assim, antes de adentrarmos o nosso objeto de estudo propriamente dito, traremos elementos da referida conjuntura, que configuram um caos institucional instalado no País. Por essa análise de conjuntura não ser nosso escopo de pesquisa, optamos por colocar parte das referências que embasam nosso diálogo em notas de rodapé. Além disso, muitos dos textos e

das referências utilizados aqui podem não ser cientificamente aceitos para um trabalho acadêmico, por serem retirados de *sites* de jornais, revistas e *blogs* da internet, consequentemente, sem indexação. Em virtude, porém, da temporalidade dos fatos e acontecimentos relativos à conjuntura atual, não visualizamos melhores fontes, mesmo contraditórias, apesar de muitas carecerem de análises imparciais e mais abrangentes sobre os acontecimentos relatados.

Assim, no capítulo a seguir, trazemos reflexões sobre a conjuntura política e as rupturas no estado democrático de direito como estratégia de contextualização do que denominamos realidade absurda e estado de exceção da ilusória democracia representativa brasileira, fundamentais para o agir crítico em saúde e a formação de sujeitos conscientes do devir sócio-histórico.

2
‘POR QUE GRITAMOS GOLPE?’[9]: O FASCISMO SOCIAL DA ILUSÓRIA DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E O ABSURDO ESTADO DE EXCEÇÃO BRASILEIRO

“Vamos celebrar
A estupidez do povo
Nossa polícia e televisão
Vamos celebrar nosso governo
E nosso estado que não é nação
Celebrar a juventude sem escolas
As crianças mortas
Celebrar nossa desunião.”
(Legião Urbana – Perfeição)

Os versos acima são da música Perfeição, da Legião Urbana, lançada em 1993. Mesmo depois de duas décadas, essa letra continua bastante atual. Descreve o paradoxo em que se constitui a sociedade brasileira, desde a formação até a ordem social vigente, diante dos retrocessos observados no último ano (2016). Essa letra impactante remete-nos à conjuntura atual em que se desenvolve este trabalho, em meio a um contexto político, jurídico, econômico e social absurdo e revoltante; uma verdadeira distopia democrática, agravando o estado de exceção político-jurídico-econômico institucionalizado no Brasil.

9 Retirado do livro homônimo *Por que gritamos golpe: para entender o impeachment e a crise política no Brasil*, que reúne reflexões, narrativas, charges e imagens sobre o golpe de Estado parlamentar-midiático-jurídico no Brasil.

O dia 31 de agosto de 2016 foi marcado com a chegada ao fim do processo de *impeachment* da Presidente da República, Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT). A primeira mulher eleita para o cargo de presidente do país. Dilma foi condenada pelo crime de responsabilidade por delito fiscal, caracterizado em decretos de crédito suplementar, não autorizados pelo Congresso Nacional, e suposta operação de crédito com instituições públicas (apelidadas de *pedaladas fiscais*). Com isso, o governo Dilma teria usado, supostamente, contabilidade criativa no orçamento para mascarar o tamanho do déficit nos anos anteriores[10].

A destituição da Presidente Dilma e a ruptura política e institucional decorrente foram frutos de um processo questionável e perpassado de complexas questões de ordem técnico-jurídica, com divergências entre profissionais das mais diversas especialidades (juristas, cientistas políticos, sociólogos, cientistas sociais etc.) sobre o enquadramento da questão – *impeachment* ou golpe? (Cavalcanti; Venerio, 2017).

A despeito dos argumentos que sustentam que o impedimento é um processo político, Fornazieri (2016)[11] enfatiza que se trata de um processo jurídico com consequências políticas. O autor destaca que a Constituição brasileira, no tocante ao processo de *impeachment,* segue a Constituição americana, destacando que o Senado só poderá julgar o Presidente em face de crime de responsabilidade e não pelo fato do governo ser mal avaliado, pelo "conjunto da obra" ou porque o governo cometeu erros políticos, administrativos ou contábeis. O inciso 7 define

10 *Brazil just enacted the harshest austerity program in the world*. Disponível em: http://www.vox.com/world/2016/12/15/13957284 /brazil-spending-cap-austerity. Acesso em: 19 dez. 2016.

11 *Impeachment* político é golpe. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/185-noticias/noticias-2016/559424-impeachment-politico-e-golpe. Acesso em: 13 jul. 2021.

que a consequência do julgamento do Senado é política: reduz-se à perda do mandato e/ou a inabilitação para cargo público.

Segundo Fornazieri (2016), as teses de que a presidente Dilma cometeu crime de responsabilidade, condição *sine qua non* para legitimar a consumação de qualquer *impeachment*, foram desmoralizadas durante o julgamento da presidente, enfatizando que impedimento sem crime de responsabilidade é golpe.

> Então o que se tem é o seguinte: não há crime de responsabilidade. Porém, se quer julgar Dilma por prazos que legalmente não existem e se quer imputar a ela responsabilidade que a lei atribui a autoria de terceiros. Impeachment sem crime de responsabilidade, como tanto o disseram, é golpe. Impeachment que se reduz à vontade política dos congressistas é golpe. Impeachment que se fundamenta na vontade majoritária da população e em manifestações de rua, sem crime de responsabilidade política, é golpe (s/p).

O processo de impedimento está previsto no art. 85 da Constituição de 1988 (Brasil, 1988), ao definir que são crimes de responsabilidade os atos da(o) Presidente da República que atentem contra a Constituição Federal.

O cenário político, econômico e social no período pré-impedimento era extremamente conturbado[12] e remete as manifestações de junho de 2013[13]. Movimento que se inicia com uma série de manifestações contra o aumento das tarifas do transporte público, cuja revolta contra a repressão policial causaram comoção nacional e deram vazão ao mal-estar geral latente na

12 Ebook: Tudo sobre o *impeachment* de Dilma. Disponível em: https://www.politize.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Ebook-Tudo-Sobre-o-Impeachment-de-Dilma.pdf. Acesso em: 13 jul. 2021.

13 Matéria de Fernanda Odilla para a BBC News Brasil, com o título "5 anos depois, o que aconteceu com as reivindicações dos protestos que pararam o Brasil em junho de 2013?" Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44353703. Acesso em: 8 nov. 2021.

população, por meio de megamanifestações pelo país inteiro com miríade de reivindicações, por melhoria dos serviços públicos, contra a corrupção, pela reforma política, contra os gastos com a Copa do Mundo entre tantas outras. Houve quem exibisse cartaz em que se lia "É tanta coisa que não cabe no cartaz". Sobre os acontecimentos de junho de 2013, Fonseca (2021, s/p)[14] enfatiza:

> Um mal-estar latente foi posto para fora em junho de 2013. Uma profunda desconexão entre o brasileiro médio e a classe política se transformou em revolta. Na mira estava não só a corrupção, como também a percepção mais abrangente de que tudo na política era negociação de interesses particulares, com zero espaço para se pensar o bem comum. Governo, Congresso, partidos, imprensa; tudo era parte de um sistema corrupto e alheio aos interesses do povo.

Para Suely Rolnik (2018)[15], no entanto, esse movimento como o que vivemos no Brasil, com o impedimento da Presidente Dilma, é globalizado e inaugura um novo tipo de golpe de Estado, com variações de nuances para adaptar-se aos diferentes contextos, que tem por objetivo afastar quaisquer obstáculos e preparar o terreno para o livre fluxo do capital transnacional.

> Uma paisagem sinistra instaurou-se no planeta com a tomada de poder mundial pelo regime capitalista em sua nova dobra – financeirizada e neoliberal –, poder que leva seu projeto colonial às últimas consequências, sua realização globalitária. Junto com este fenômeno, um outro, simultâneo, também contri-

14 Cinco anos depois, não há motivo para se arrepender de *impeachment* de Dilma. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2021/04 /cinco-anos-depois-nao-ha-motivo-para-se-arrepender-de-impeachment-de-dilma.shtml. Acesso em: 13 jul. 2021.

15 O seriado do golpe em três temporadas. Disponível em: https://outraspalavras.net/sem-categoria/666381/. Acesso em: 8 nov. 2021.

> bui para o ar tóxico da presente paisagem: a ascensão ao poder de forças conservadoras por toda parte [...] (s/p).

Rolnik (2018) argumenta que apesar de parecer paradoxal, a aliança entre neoconservadores e neoliberais, por se tratar de sintomas de forças reativas radicalmente distintos, originados em distintos tempos históricos, mas que coexistem em nossa contemporaneidade, essa união temporária é facilitada pela coincidência de interesses em relação à manutenção da ordem social vigente, desmonte do Estado de Proteção Social e preparação do terreno para o livre fluxo do capital globalizado. A autora destaca que o capitalismo financeirizado precisa destas subjetividades rudes temporariamente no poder, pois como seus capangas, se incumbirão do trabalho sujo imprescindível para a instalação de um Estado neoliberal: destruir todas as conquistas democráticas e republicanas, dissolver seu imaginário e erradicar da cena seus protagonistas – entre os quais, prioritariamente, as esquerdas em todos os seus matizes.

Esses argumentos são reforçados pelos fatos que se sucederam, deixando evidente que se tratou de um golpe parlamentar-jurídico-midiático (acrescentamos, ainda, elitista, classista e misógino), dentre eles, a aprovação de uma lei que autoriza a abertura de créditos suplementares sem autorização do Congresso[16], justificativa para o impedimento de Dilma Rousseff, dois dias após a destituição da Presidente.

Mais recentemente, as revelações[17] que transformaram a vida social e política brasileira e chamaram atenção do mundo,

16 Dois dias após o *impeachment*, a Câmara dos Deputados aprovou a Lei 13.332/16 que flexibiliza as regras para abertura de créditos suplementares sem necessidade de autorização do Congresso Nacional. Disponível em: http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/nova-lei-sobre-credito-suplementar-nao-muda-acusacao-contra-dilma-diz-especialista/. Acesso em: 19 dez. 2016.

17 Referência aos acontecimentos envolvendo a Operação Lava-Jato que endossam nossa afirmação de golpe. Disponível em: https://theintercept.com/series/mensagens-lava-jato/. Acesso em: 3 jul. 2021.

como as delações de diretores da empreiteira Odebrecht envolvendo o governo Temer, a coleção de materiais da "Vasa Jato", as mensagens secretas que mostraram discussões internas e atitudes altamente controversas, politizadas e legalmente questionáveis sobre as operações da força-tarefa anticorrupção denominada Lava-Jato, que excluíram o ex-Presidente Lula da corrida eleitoral em 2018, culminando com a eleição de Bolsonaro e ascensão de um governo de extrema direita, ultraliberal na economia, ultraconservador e retrógado em termos de direitos sociais e nos costumes.

Contraditoriamente, parcela considerável dos parlamentares que a julgaram são acusados de vários crimes de corrupção que se arrastam na justiça e no comitê de ética do legislativo, que, se confirmados, impedi-los-iam de ocupar cargos de 'representantes do povo' no Congresso Nacional[18].

Há de se destacar o fato de que a delação supracitada envolve parlamentares de praticamente todos os partidos políticos, tanto os ditos de esquerda, como o da Presidente afastada, quanto os de direita, configurando imbróglio político-jurídico na já cambaleante democracia representativa brasileira.

Com o impedimento da presidente Dilma Rousseff, assumiu em definitivo o vice-presidente Michel Temer e a respectiva plataforma de governo, denominada "Uma ponte para o futuro", do ponto de vista político-ideológico, em posição diametralmente oposta à agenda do governo anterior, do qual era integrante (Cavalcanti; Venerio, 2017, p. 140).

Temer gozava de um amplo apoio no Congresso Nacional e na mídia burguesa, que dominam os principais veículos de comuni-

18 Congressistas brasileiros investigados por diversos tipos de crimes. Disponível em: http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/cerca-de-150-deputados-investigados-participam-da-votacao-do-impeachment/. Acesso em: 19 dez. 2016.

cação no País. A falta desse apoio foi apontada como um dos fatores que contribuíram para destituição da Presidente Dilma. Temer vinha implementando o que estava sendo denominado desmonte do Estado de Bem-Estar Social, institucionalizado com a Constituição Federal de 1988, com uma série de medidas alinhadas com as políticas de austeridade neoliberais que prevê a 'reorientação'[19] do papel do Estado na economia e na garantia dos direitos sociais. Retomada acelerada ao receituário neoliberal do Consenso de Washington[20], iniciado no governo Fernando Collor de Melo (1990-1992) e seguida nos subsequentes, com menor ou maior grau na implementação da doutrina neoliberal (Paulani, 2006).

Esse projeto deve ser alcançado com políticas de austeridade fiscal, com reformas que alteram direitos trabalhistas,

19 Empregamos o termo *reorientação* ao clássico *redução* usado no sentido de Estado Mínimo. Para Pierre Dardot e Christian Laval, a racionalidade do neoliberalismo difere do liberalismo clássico do século XVIII (*laissez-faire e laissez-passer*), cuja razão/doutrina não deve ser confundida. Eles argumentam que a razão neoliberal é global e totalizante, isto é, ela atravessa todas as esferas da existência humana sem se reduzir à esfera propriamente econômica. Cabendo ao Estado a implementação da lógica da competitividade tanto entre empresas no mercado como na vida privada/individual, com a normatização e institucionalização de políticas de apoio às empresas/capital financeiro, de redução de custos trabalhistas, de desmantelamento de direitos trabalhistas e sociais, de transformações do Estado e dos serviços públicos em nome da sua modernização, importando procedimentos, técnicas, normas provenientes do setor capitalista. Estendendo, assim, a lógica do mercado para esfera pública, reformando o funcionamento interno do Estado, de modo a torná-lo a alavanca dessa extensão e como estratégia de cooptação de recursos públicos (Andrade, D. P.; Ota, N. K. Uma alternativa ao neoliberalismo: Entrevista com Pierre Dardot e Christian Laval. **Tempo Soc**., v. 27, n. 1, p. 275-316, 2015).

20 O **Consenso de Washington** ficou conhecido como um conjunto de medidas de ajuste macroeconômico do doutrinário neoliberal formulado por economistas de instituições financeiras como FMI (Fundo Monetário Internacional), Banco Mundial e o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), elaborado em 1989. Entre essas "regras" que deveriam ser adotadas pelos países para promover o desenvolvimento econômico, social e a modernização do Estado estavam: disciplina fiscal, redução dos gastos públicos, reforma tributária, juros de mercado, câmbio de mercado, abertura comercial, investimento estrangeiro direto, com eliminação de restrições, privatização das estatais, desregulamentação e desburocratização, direito à propriedade intelectual.

previdenciários e de cortes de gastos com saúde e educação, sob o argumento de necessidade de reequilibrar as contas públicas e como estratégia de superação da crise econômica que se vive, reflexos da crise do predatório capitalismo financeiro, externamente; e, na conjuntura interna, de uma crise política atrelada a escandalosos esquemas de corrupção. O trecho abaixo, de um texto publicado originalmente em inglês, exemplifica a realidade absurda que envolve a conjuntura descrita.

> O Brasil passa por um caos institucional. A forte recessão, que começou em 2014, coincidiu com — e em partes foi causada por — uma crise política que derrubou para os piores patamares da história a confiança do brasileiro com a classe política.
> A presidente anterior, Dilma Rousseff, sofreu impeachment em agosto por supostamente ter usado contabilidade criativa em seu orçamento para mascarar o tamanho do déficit nos anos anteriores. Mas seu impedimento também teve um viés fortemente político, e o apoio a sua queda foi em grande parte baseado em um colossal escândalo de propinas que destinou recursos da gigante estatal do petróleo, Petrobras, para três partidos de esquerda que formavam a coalizão do governo (Aleem, 2016, s/p)[21].

Como exemplo da implementação da política de ajuste fiscal supracitada, temos a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 (renomeada no Senado de PEC 55 e aprovada como EC 95)[22], que dispõe sobre o "Novo Regime Fiscal" no Brasil. A EC 95 congela os gastos públicos por 20 anos, estabelecendo

21 Tradução do texto 'Brazil just enacted the harshest austerity program in the world' de Zeeshan Aleem. http://www.vox.com/world/2016/12/15/13957284/brazil-spending-cap-austerity. Disponível em: https://www.facebook.com/lauracarvalhousp/posts/720405441442156. Acesso em: 20 dez. 2016.

22 Emenda Constitucional nº 95/2016 – Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=251058&norma=270459. Acesso em: 3 jan. 2017.

teto para as despesas primárias, sendo que, a partir do décimo ano, a regra pode ser revista por lei, mediante a iniciativa do Poder Executivo. Esta proposta é defendida pelo governo como um dos principais mecanismos para garantir o reequilíbrio das contas. Apelidada de a 'PEC do Teto dos Gastos Públicos', ela estabelece que os gastos da União (Executivo, Legislativo e Judiciário) somente poderão crescer conforme a inflação do ano anterior, pelas próximas duas décadas, impondo sanções ao poder que não respeitar esse teto.

Entretanto, no cômputo desse limite, ficam excluídos os seguintes itens, conforme §6º do Art. 1º da EC: (I) transferências constitucionais, (II) créditos extraordinários, (III) despesas não recorrentes da Justiça Eleitoral com a realização de eleições e (IV) despesas com aumento de capital de empresas estatais não dependentes. Ou seja, são excluídos desse limite as despesas financeiras, entre outras, como o pagamento de juros da dívida.

No caso do *aumento de capital de empresas estatais não dependentes*, com o Projeto de Lei do Senado nº 204/2016[23], que "dispõe sobre a cessão de direitos creditórios originados de créditos tributários e não tributários dos entes da Federação", vem sendo apontado pela Associação Auditoria Cidadã da Dívida como um escandaloso esquema de corrupção que se pretende institucionalizar no País, pois, com o congelamento por até 20 anos dos gastos e investimentos primários, garante recursos

23 Permite aos entes da Federação, mediante autorização legislativa, ceder direitos creditórios originados de créditos tributários e não tributários, objeto de parcelamentos administrativos ou judiciais, inscritos ou não em dívida ativa, a pessoas jurídicas de Direito Privado. Para tanto, são propostas alterações na Lei 4.320, de 1964, sob o argumento de que as operações de cessão de direitos creditórios, que hoje já são efetuadas por alguns estados e municípios ganhem maior segurança jurídica. Permite aos entes da Federação, mediante autorização legislativa, ceder direitos creditórios originados de créditos tributários e não tributários, objeto de parcelamentos administrativos ou judiciais, inscritos ou não em dívida ativa, a pessoas jurídicas de direito privado.

públicos para aumento de capital de "empresas estatais não dependentes", que tem como função precípua emitir títulos da dívida pública. Essa é uma situação complexa, mas que mostra como e por que a dívida pública vem se tornando irresgatável e todo esquema montado para desviar recursos públicos em prol de bancos nacionais e internacionais. Para mais detalhes e esclarecimentos, recomendamos as publicações disponíveis no *site* da Associação Auditoria Cidadã da Dívida[24].

A 'fé cega' nas teorias de austeridade econômica e a 'faca amolada' dos cortes de gastos públicos e direitos sociais, trocadilho de Luís Nassif[25], com a letra da canção de Milton Nascimento, vinham sendo aprovadas e implementadas de forma galopante no governo Temer, mas seguiam um movimento internacional em prol do projeto neoliberal e já assinalado nos governos anteriores, como a Desvinculação das Receitas da União (DRU)[26], um mecanismo que permite ao governo federal usar livremente percentual de todos os tributos federais vinculados por lei a fundos ou despesas. A principal fonte de recursos da DRU são as contribuições sociais, que respondem a cerca de 90% do montante desvinculado. Esse percentual era de 20%,

24 Site da Associação Auditoria Cidadã da Dívida. Disponível em: http://www.auditoriacidada.org.br/. Acesso em: 19 dez. 2016.
Para melhor entendimento sobre esse esquema fraudulento, ver os documentos e vídeos da Associação Auditoria Cidadã da Dívida. Disponível em: http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/09/20/pec-241-teto-para-investimentos-sociais-essenciais- e-garantia-de-recurso-para-esquema- fraudulento-que--o-pls-2042016-0-plp-1812015- e-pl-33372015-visam-legalizar/. Acesso em: 19 dez. 2016.
PEC 55 vai aumentar gastança financeira e alimentar escândalos. Disponível em: http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/12/01/ pec-55-vai-aumentar--gastanca-financeira-e-alimentar-escandalos/. Acesso em: 19 dez. 2016.

25 O xadrez da teoria que produziu 12 milhões de desempregados. Disponível em: http://jornalggn.com.br/noticia/o-xadrez-da-teoria- que-produziu-12-milhoes--de-desempregados. Acesso em: 19 dez. 2016.

26 Retirado do site do Senado Federal. Disponível em: http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru. Acesso em: 19 dez. 2016.

mas foi aumentado para 30% até 2023 pela PEC 87/2015. Essa desvinculação foi criada em 1994, no governo Itamar Franco (1992-1995), com o nome de Fundo Social de Emergência (FSE), sob a justificativa de estabilizar a economia logo após o Plano Real. No ano 2000, no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), o nome foi trocado para Desvinculação de Receitas da União, e vinha sendo utilizada pelos governos que o sucederam, Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016).

Mesmo o governo negando veementemente que a PEC 241/55 não reduz os gastos públicos com saúde e educação, os argumentos pífios e inconsistentes dos defensores desta política de ajuste fiscal são desmontados por economistas, instituições, organizações e associações em debates e documentos que seus defensores preferem desconsiderar. Assim, sem o devido debate com a sociedade e sem ouvir os argumentos e as contrapropostas dos que são contrários ao ajuste proposto, a PEC foi aprovada pela maioria absoluta dos deputados e senadores.

Somado a essa conjuntura, destacamos o apoio incondicional da grande mídia mercantil, oligárquica e burguesa brasileira, que goza de muitos benefícios e renúncias fiscais do governo, capitaneadas pelas Organizações Globo, as editoras do grupo Abril e Caras, os grupos Folha/UOL, Estadão e Band[27].

Aliás, usar dinheiro público para veicular propagandas governamentais de forma parcial e acriticamente nos principais meios de comunicação de massa é prática comum no presidencialismo de coalizão, termo cunhado por Sérgio Abranches[28],

27 Temer tira a grande imprensa do vermelho. Disponível em: http://observatoriodaimprensa.com.br/imprensa-em-questao/temer-tira-grande-imprensa-do-vermelho/. Acesso em: 19 dez. 2016.

28 O termo Presidencialismo de Coalizão foi cunhado por Sérgio Abranches para designar o arranjo político-institucional entre partidos/forças políticas, em que o Poder Executivo conduz a administração pública, por meio de acordos/

realizado no Brasil, ferramenta utilizada por todos os governos[29], em todos os níveis da federação.

As evidências, os argumentos e as análises que desmontam o discurso governamental sobre a política de ajuste fiscal, exemplificados pela EC 95/2016, são diversos[30]. No livro *A economia desumana: porque mata a austeridade*, de Stuckler e Basu (2014)[31], um economista e um epidemiologista apresentam evidências de que escolhas políticas inteligentes podem impulsionar o crescimento e solucionar o problema da dívida dos países sem pôr em risco a saúde das populações, enfatizando que a principal ameaça para a saúde pública não é a recessão, mas a austeridade.

Nesse sentido, pesquisadores do Fundo Monetário Internacional (FMI), no texto – 'Neoliberalismo: superestimado'[32], reconhecem os influxos negativos das políticas de austeridade em alguns países. Eles afirmam que, em vez de gerar crescimento, algumas políticas neoliberais aumentaram a desigualdade, colocando em risco uma expansão duradoura do desenvolvi-

---

alianças com distribuição de cargos no governo, em busca de apoio político e a formação de uma maioria parlamentar. ABRANCHES, Sérgio H. H. de. Presidencialismo de coalizão: o dilema institucional brasileiro. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1: 5-34, jan. 1988. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4251415/mod_ resource/content/1/Abranches Sergio%281988%29_ PresidencialismodeCoalizao.pdf.

29 Publicidade federal: Globo recebeu R$ 6,2 bilhões dos governos Lula e Dilma. Disponível em: http://www.cartacapital.com.br/blogs/midiatico/ emissoras-de--tv-receberam-mais-de-r-10-8-bilhoes-publicidade- federal-7609.html. Acesso em: 19 dez. 2016.

30 Brasil: teto de 20 anos para o gasto público violará direitos humanos, alerta relator da ONU. Disponível em: https://nacoesunidas.org/brasil -teto-de-20-anos-para-o-gasto- publico-violara-direitos-humanos-alerta-relator-da-onu/. Acesso em: 14 jan. 2017.

31 Stuckler, D; Basu, S. **A economia desumana**: porque mata a austeridade. Lisboa: Editorial Bizâncio, 2014. 302p.

32 Os autores do texto 'Neoliberalism: oversold', Jonathan D. Ostry, Prakash Loungani, e Davide Furceri são do departamento de pesquisa do FMI. Disponível em: http://www.imf.org/external/pubs/ ft/fandd/2016/06/pdf/ostry.pdf. Acesso em: 14 jan. 2017.

mento. Além disso, enfatizam que o aumento da desigualdade prejudica o nível e a sustentabilidade do crescimento (Ostry; Loungani; Furceri, 2016).

Nessa mesma linha, a Coordenação de Estudos e Pesquisas de Saúde da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc), do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)[33], emitiu uma Nota Técnica do Ipea nº 28/2016: Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Nessa nota técnica, os autores fazem análise sobre o impacto das crises econômicas e medidas de austeridade fiscal sobre a situação de saúde das populações atingidas, assim como sobre as medidas que podem mitigar os possíveis efeitos negativos das crises para a saúde, concluem que as crises econômicas e as políticas de austeridade podem agravar os problemas sociais e aumentar as desigualdades, piorando a situação de saúde da população, destacando que a preservação dos programas de proteção social é medida importante para proteção da saúde da população e para a retomada do crescimento econômico em prazo mais curto.

O Ipea sempre gozou do título de ser uma instituição profissional de alta qualidade, mas, nos últimos anos, vem sendo acusado de sofrer processo de aparelhamento governamental[34]. Os fatos que se sucederam à publicação da referida nota

33 O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) é uma fundação pública federal vinculada ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, cujas atividades de pesquisa fornecem suporte técnico e institucional às ações governamentais para formulação e reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros. Descrição retirada do site oficial do Ipea. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php? option=com_content&view=article&id=1226&Itemid=68. Acesso em: 21 dez. 2016.

34 Nessa coluna do Jornal Folha de São Paulo, o autor critica a nomeação de presidente com filiação partidária ao então governo Dilma e acusa o Ipea de ter intencionalmente suspendido a divulgação de uma pesquisa que mostrava aumento da miséria no país, às vésperas das eleições de 2014, em que a Presidente

técnica reforçam essa opinião. Estamos nos referindo ao fato do então presidente do Ipea, Ernesto Lozardo, eximir a instituição do estudo realizado, atribuindo a responsabilidade somente aos autores. Posicionamento, no mínimo, controverso para um instituto de pesquisas que prima pela imparcialidade e qualidade de seus estudos.

> A censura do doutor Lozardo é preocupante porque sugere que o novo regime está disposto a barrar estudos que contrariem suas teses. Se a regra prevalecer no Ipea, pode se alastrar para o IBGE e as universidades federais. Em outros tempos, a tentativa de submeter órgãos técnicos à vontade política do governo era chamada de aparelhamento (s/p)[35].

Em nota publicada por Lozardo[36], cuja nomeação pelo Presidente Temer, foi repudiada em nota pública, pela Associação do Funcionários do Ipea, ele afirma que as análises emitidas na Nota Técnica são de inteira responsabilidade dos autores e não representam a posição do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPDG), tampouco do Ipea, destacando várias considerações, no sentido de rebater as análises do estudo e afirmando posicionamento favorável da instituição à PEC 241/55.

Dilma concorria à reeleição. Deixamos claro que discordamos do teor dessa coluna e do tom de deboche como essa coluna foi escrita; a utilizamos para fazer o contraponto e a visão dos críticos do então governo Dilma. Disponível em: http://m.folha.uol.com.br/colunas/ sergiomalbergier/2016/01/1729427-ipea-culpa-capitalismo-pela-corrupcao.shtml. Acesso em: 21 dez. 2016.

35 Ipea censurou Ipea. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/colunas/ bernardomellofranco/ 2016/10/1823157-o-ipea-censurou-o-ipea.shtml. Acesso em: 21 dez. 2016.

36 Em nota assinada por Ernesto Lozardo, presidente do Ipea, intitulada "O impacto do Novo Regime Fiscal para o financiamento da saúde", o autor procura rebater as análises apresentadas na Nota Técnica nº 28. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28722. Acesso em: 21 dez. 2016.

Diante da conjuntura descrita, temos consciência de que esses fatos configuram realidade absurda e antidemocrática, caracterizando estado de exceção, institucionalizado em uma democracia representativa ilusória.

Para Boaventura de Sousa Santos (2016), a democracia tornou-se uma daquelas palavras vazias de sentido. Como é usada para descrever tudo aquilo que não é um regime político autoritário, tendemos a não ver os tons de cinza entre o branco e o negro.

> Para uns, a democracia realmente existente está de tal modo descaracterizada que só por inércia ou distração se pode considerar como tal. Vivemos em regimes autoritários que se disfarçam com um verniz democrático. É, por exemplo, a posição de Alain Badiou. Para outros, entre os quais me incluo, vivemos em democracias de baixa ou muito baixa intensidade que convivem com regimes sociais fascistas. Daí o meu diagnóstico de que vivemos em sociedades que são politicamente democráticas, mas socialmente fascistas (Santos, 2016, s/p).

Trazendo essas concepções para conjuntura brasileira, o sociólogo aponta que "o golpe parlamentar-midiático-judicial no Brasil fez descer a qualidade da democracia brasileira de maneira dramática. Se era antes de baixa intensidade, é agora de baixíssima intensidade" (*op. cit.*, s/p).

Avritzer (2018) argumenta que a democracia brasileira foi/é constituída por movimentos pendulares de progressão e regressão democrática, oscilando, desde 1946, entre ondas de construção democrática institucionalizada e de avanços em políticas de proteção social e movimentos de fortes inversões antidemocráticos, que, em geral, envolvem fortes divisões políticas, crise econômica e profundo desacordo em relação ao projeto de país, como o que temos vivenciado desde 2014, com os

questionamentos dos resultados eleitorais e da soberania popular, destacando o papel das elites, do judiciário e do mercado financeiro, como forças que movimentam o pêndulo na direção contra democracia.

Apesar de Avritzer se ater ao período republicano, destacamos que a Proclamação da República Brasileira[37] ocorreu por meio do chamado Golpe Republicano, um golpe de Estado político-militar, ocorrido em 15 de novembro de 1889, que instaurou a forma republicana presidencialista de governo no Brasil, encerrando a monarquia constitucional parlamentarista do Império e, por conseguinte, destituindo o então chefe de Estado, imperador D. Pedro II, que, em seguida, recebeu ordens de partir para o exílio na Europa.

Tomando como concepção de democracia, aquela forma de poder em que o povo é soberano, Romano (2006) assevera que, no Brasil, fingimos seguir essa modalidade de mando, mas, na realidade, ao nosso povo a soberania é recusada sempre em proveito de oligarquias e dos que ocupam os três poderes formais do Estado. Sem direitos coletivos, detidos pelo povo soberano, é impossível até o presente manter direitos subjetivos. Ele conclui que, se a ordem jurídica e política descura e desconhece a soberania popular, ninguém está em segurança.

Nesse contexto, considerando que temos como objeto de estudo uma estratégia de ensino-aprendizado em serviço, que visa "ativar-capacitar atores sociais com competências ética, científica e política para transformação de uma realidade instituída", pensamos ser oportuno e pode nos auxiliar a entender a conjuntura descrita sobre o debate entre Helmutt Becker e Theodor W. Adorno acerca da tarefa da educação para emancipação dos povos contra a barbárie e como estratégia de operacionali-

37 Disponível em: https://atlas.fgv.br/verbetes/proclamacao-da-republica. Acesso em: 8 out. 2022.

zação da democracia, em que Adorno traz o exemplo do campo de concentração de Auschwitz, um dos locais de extermínio de judeus e outros povos, praticado pelos nazistas durante a Segunda Guerra Mundial.

No debate com Becker, posterior ao texto "Educação após Auschwitz", e publicado com o título "Educação para quê?", Adorno (1995) aprofunda o tema da emancipação com a reflexão

> A seguir, e assumindo o risco, gostaria de apresentar minha concepção inicial de educação. Evidentemente não a assim chamada modelagem de pessoas, porque não temos o direito de modelar as pessoas a partir do seu exterior; mas também não a mera transmissão de conhecimentos, cuja característica de coisa morta já foi mais do que destacada, mas a produção de uma consciência verdadeira. Isto seria inclusive da maior importância política; sua ideia, se é permitido dizer assim, é uma exigência política. Isto é: uma democracia com o dever de não apenas funcionar; mas operar conforme seu conceito, demanda pessoas emancipadas. Uma democracia efetiva só pode ser imaginada enquanto uma sociedade de quem é emancipado (Adorno, 1995, p. 141-142).

Ele destaca que a democracia é entendida como processo de autodeterminação, autonomia e emancipação de um povo, acrescentando que mesmo no plano da democracia formal, quem defende ideais contrários à emancipação, e, portanto, contrários à decisão consciente independente de cada pessoa em particular, é um antidemocrata (Adorno, 1995).

Para Viana (2005), a emancipação, na perspectiva de Adorno, não se refere apenas ao indivíduo como entidade isolada, mas fundamentalmente como um ser social. A emancipação é a formação para autonomia, mas ela somente pode ser bem-sucedida se for um processo coletivo, já que na nossa sociedade, a mudança individual não provoca necessariamente

a mudança social, mas esta é precondição daquela. A educação deve contribuir, portanto, para o processo de formação e emancipação, ensejando condições, em que as pessoas, socialmente, conquistem a autonomia.

O autor enfatiza que a argumentação de Adorno precisa ser resgatada, mas numa perspectiva crítica e ampliada, pois pregar a educação emancipadora para evitar a barbárie sem mexer na ordem social que a produz e reproduz, implicando em mudanças nas relações sociais concretas que contribua com o processo de libertação humana, fatalmente, levará esse processo ao fracasso (Viana, 2005).

Trazendo mais elementos a essa discussão, Gadelha (2012, p. 78-79), anteriormente aos acontecimentos descritos aqui, acentua que, nas últimas décadas, a democracia brasileira, sob a égide do projeto neoliberal, "o mercado se constituiu como o verdadeiro soberano, submetendo as camadas mais pobres da população brasileira a um estado de exceção permanente". E que esta política do neoliberalismo tem representado um "cerco às políticas da diferença, do acontecimento e das multiplicidades. [...] tanto no campo da prática quanto no pensamento, tanto no domínio da ação política como da teoria" (*op.cit.*, p. 83). Isto é, implica a negação de condutas aleatórias e criativas, extirpa a capacidade de pensar e reinventar a realidade em que se vive, homogeneizando os modos de existir e ver o mundo, de se educar e se levar a vida.

Sobre esse processo de objetificação do mundo e coisificação do ser e vice-versa, no debate intitulado 'Educação e Emancipação', Adorno (1995, p.65) acrescenta que a própria organização do mundo em que vivemos e a ideologia dominante ditaria os rumos da educação, exercendo pressão imensa sobre as pessoas e os modos de ser-no-mundo e levar a vida. Nesse contexto, ele assevera que a educação seria impotente e ideo-

lógica se ignorasse o objetivo de adaptação e não preparasse os homens para se orientarem no mundo. Porém, ela seria igualmente questionável se ficasse nisto, produzindo nada além de pessoas bem ajustadas, em consequência do que a situação existente se impõe precisamente no que tem de pior.

Nesse sentindo, tomando como referência as concepções freireanas sobre a educação, Correia e Bonfim (2008) destacam que, para Paulo Freire, os processos pedagógicos de ensino-aprendizagem não significam apenas codificar e decodificar palavras e frases, mas, sobretudo, profundos processos de leitura do mundo, da vida, da sociedade, todos passíveis de serem superados, recriados e transformados, permitindo reflexão e ação perante a realidade.

Nessa perspectiva, o ato pedagógico é compreendido como práxis, em que teoria e prática se unem na ação ativa e libertadora, sempre mediada pelo dialogismo como método e pela horizontalidade como ontologia. Como nos ensina Paulo Freire (2015, p. 57), como sujeito sócio-historicamente constituídos e condicionados, "é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente".

Das falácias cotidianas da nossa ilusória democracia representativa para a realidade absurda de um fascismo social, exemplificados pelos retrocessos nas políticas públicas de justiça social e reações pela manutenção da ordem social dominante, típicos de um estado de exceção e de profundas desigualdades sociais, não haveria "nada de multiplicidade, nada de contingente, nada de experimentação; *por outro lado, predomina* o império da igualdade, da repetição do mesmo e da homogeneização" (Gadelha, 2012, p. 100, grifo nosso). A saída para esse absurdo 'camuniano' estaria na necessidade de reinventar-se como ser-no-mundo e sujeitos da práxis para transformação da realidade social. "Por isso, [...] é tão urgente que

nos exercitemos em políticas da diferença, das multiplicidades e do acontecimento".

Sobre o absurdo existencial, Camus (2010) em *O mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo*, descrevendo homens em situações extremas e envoltos em armadilhas do cotidiano e do 'destino', argumenta que o absurdo está em ter consciência de toda extensão da condição absurda em que se vive e, mesmo assim, continuar seguindo e reproduzindo um cotidiano de vida e trabalho alienado, ou, mesmo se consciente, não ter autonomia ou condições para mudar seu destino. E assevera – "só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia" (Camus, 2010, p. 19). Essa é a principal tese de sua filosofia do absurdo.

Então, qual seria a saída? Seria o suicídio? Questiona o filósofo. Camus responde em outra obra – *O homem revoltado* –, que a saída para essa aporia sisífica não é o suicídio, mas a revolta. Revolta imanente do processo de tomada de consciência e autonomia sobre a condição absurda, de recusa ao suicídio e da morte, em sentidos metafísicos e mesmo existencial. Sobre essa revolta, afirma o filósofo:

> [...] a revolta é o ato do homem informado, que tem consciência de seus direitos. Mas nada nos autoriza a dizer que se trata apenas dos direitos do indivíduo. Pelo contrário, parece efetivamente, pela solidariedade já assinalada, que se trata de uma consciência cada vez mais ampla que a espécie humana toma de si mesma ao longo de sua aventura. O homem revoltado é o homem situado antes ou depois do sagrado e dedicado a reivindicar uma ordem humana em que todas as respostas sejam humanas, isto é, formuladas racionalmente (Camus, 2011, p. 25).

Nesse contexto de uma 'conjuntura política e social' revoltante em uma democracia distópica, o absurdo revelado por

uma análise, mesmo superficial, poderia ocasionar, além da revolta, ampliação paralisante ante essa conjuntura. Por isso, valer-se de analogias filosóficas é uma saída desse labirinto de incertezas e conjecturas. Mas, para não correr o risco de entrar em um círculo vicioso de elucubrações, essa análise de conjuntura e, até mesmo, as analogias filosóficas revelam os desafios práticos para se efetivar uma política pública que priorize o bem-estar da coletividade e a justiça social, que fomente o protagonismo e a autonomia dos sujeitos, que seja progressista e revolucionária em um contexto tão controverso e conservador, em que está em curso o retrocesso nas "políticas da diferença, das multiplicidades e do acontecimento", prevalecendo o individualismo, o conservadorismo e o corporativismo excludentes.

Realidade bem diversa da que pretendiam os defensores e ideólogos da Reforma Sanitária Brasileira e das ideias de mudança da ordem social vigente e transformação da realidade brasileira, que, apesar de propostas revolucionárias e de inflexão no modelo de Estado e de sociedade dominante, restringiram-se à reforma setorial da saúde, consubstanciada nos princípios e nas diretrizes que constituíram o Sistema de Saúde brasileiro como direito constitucional de todo cidadão a uma política de saúde pública universal e integral, em que o Estado tem o dever de ser o provedor e mantenedor desse sistema.

Acreditamos que quaisquer processos de ensino-aprendizagem que tenham por objetivo ativar-capacitar lideranças técnicas, científicas e políticas, consequentemente, sujeitos emancipados, conscientes e protagonistas em um contexto sócio-histórico, precisam ter consciência dos desafios e das resistências a serem enfrentados para emancipação dessas lideranças e transformação da realidade social.

Entendemos que um processo de análise de conjuntura está em constante transformação e não se encerra nos fatos

relatados, mas, em virtude da natureza do nosso trabalho, que prescinde de uma temporalidade, nosso objetivo não foi pormenorizar nem analisar datas e governos, somente nos valer dos fatos para exemplificar o que denominamos de ilusória democracia representativa ante o absurdo estado de exceção político, econômico e social brasileiro.

3
MARCO TEÓRICO

"Quem não tem ferramentas de pensar, inventa!"
(Manoel de Barros)

Para estruturação do nosso marco teórico, fizemos revisão da literatura sobre o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e a institucionalização do SUS e os desafios para implementação de um sistema de saúde universal e integral no Brasil. Exprimimos algumas concepções fundamentais sobre modelos de atenção à saúde e processo de trabalho em saúde que direta e indiretamente orientam a reorganização da Estratégia Saúde da Família como modelo de estruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) e na estratégia das Redes de Atenção à Saúde (RAS), abordando, ainda, as discussões que perpassam as racionalidades que orientam a organização do processo de trabalho e na mediação do saber/fazer na saúde e a instrumentalização para produção do cuidado.

Seguimos com discussão sobre a formação profissional como processo de reestruturação dos modos de agir em saúde e as implicações da concepção de Educação Permanente em Saúde, no contexto do trabalho em saúde e das Residências em Saúde como estratégia de ensino-aprendizagem em serviço. Procuramos fazer contextualização da constituição e do desenvolvimento das Residências em Saúde como dispositivo de educação permanente para qualificação e fortalecimento do SUS.

Procedemos, também, à revisão sobre avaliação em saúde, particularmente, sobre Avaliação de Quarta Geração e o Método Paideia que nortearam a realização deste estudo, com breve discussão sobre a aplicação prática dos princípios e fundamentos conceituais da metodologia da Avaliação de Quarta Geração.

3.1 Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde – dos ideais revolucionários ao desmonte de uma política de estado

> A Constituição cidadã, quando o Sarney promulgou, o que ele falou? Que o Brasil iria ficar ingovernável. Por quê? Porque só tem direitos lá, não tem deveres. Nós não vamos conseguir sustentar o nível de direitos que a Constituição determina.
> Em um determinado momento, vamos ter que repactuar, como aconteceu na Grécia, que cortou as aposentadorias, e outros países que tiveram que repactuar as obrigações do Estado porque ele não tinha mais capacidade de sustentá-las. Não adianta lutar por direitos que não poderão ser entregues pelo Estado. Temos que chegar ao ponto do equilíbrio entre o que o Estado tem condições de suprir e o que o cidadão tem direito de receber (Ricardo Barros – ministro da Saúde do Brasil[38]).

Com essas declarações, o deputado federal Ricardo Barros, indicação da bancada do Partido Progressista do Paraná (PP-PR), assumiu o Ministério da Saúde, dadas em entrevista ao jornal Folha de São Paulo, publicada em 17 de maio de 2016. Engenheiro civil de formação, Barros foi o primeiro ministro da saúde sem formação na área desde 2003. As declarações dele deixaram claro o total desconhecimento em relação ao Sistema

38 Entrevista do ministro da saúde, Ricardo Barros. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1771901- tamanho-do-sus-precisa-ser-revisto-diz- novo-ministro-da-saude.shtml. Acesso em: 28 dez. 2016.

Único de Saúde (SUS) e todo o processo sócio-histórico do movimento da Reforma Sanitária Brasileira na luta pelo direito à saúde institucionalizados na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, Leis 8.080 e 8.142 de 1990. Além do desconhecimento, que pelo jeito pouco importa, como destaca Farias (2017, s/p), o ministro deixou evidente "a favor de quem irá trabalhar em sua nova função: para o mercado de planos privados de saúde".

Enfatizamos a filiação partidária e base de apoio do governo Temer, para destacar o que consideramos um exemplo típico do histórico patrimonialismo da sociedade brasileira, reproduzido na esfera político-partidária com o nosso presidencialismo de coalizão, o qual se aplica a todas as esferas de governo; em que o *loteamento de cargos* é utilizado como *moeda de troca,* na busca de apoio político-partidário por parte dos governos, independentemente da qualificação para o cargo, quando não se constitui mera apropriação clientelística, fisiológica ou nepotista de postos de trabalho (Ipea, 2015).

As declarações poderiam ser tomadas com perplexidade se não fossem os interesses implícitos por trás dessas falas. Barros e o partido dele tiveram suas campanhas financiadas por empresários e operadoras de planos de saúde, de modo que nada mais natural no jogo de interesses na típica política brasileira a defesa dos interesses corporativistas em questão (Farias, 2017).

Em face desse fato e da opção do governo Temer, que assumiu após impedimento da Presidente Dilma Rousseff, pela implementação acelerada do projeto neoliberal que prevê a reorientação do papel do Estado na economia e na garantia dos direitos trabalhistas e sociais, no tocante à saúde, um projeto de privatização da saúde e de estímulo ao mercado de planos de saúde subsidiados com recursos públicos, de retirada do direito

constitucional à saúde, de consequente desmonte do SUS. Nas palavras do ministro:

> Quanto mais gente puder ter planos, melhor, porque vai ter atendimento patrocinado por eles mesmos, o que alivia o custo do governo em sustentar essa questão. [...] a capacidade financeira do governo para suprir todas essas garantias que tem o cidadão não são suficientes. Não estamos em um nível de desenvolvimento econômico que nos permita garantir esses direitos por conta do Estado (Jornal Folha de São Paulo, 2016, s/p).

Entidades e militantes com atuação na área da saúde reagiram, divulgando nota de repúdio às declarações do novo ministro e do projeto do atual governo declaradamente anti-SUS. Reproduzimos a seguir parte da nota de repúdio[39].

> NÃO ministro, não vamos permitir que rasguem a Constituição Federal de 1988, a Constituição cidadã, que consagrou Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado e instituiu o SUS como Sistema de Saúde Pública universal e equitativo, inscrevendo o Brasil no rol dos países civilizados. Não podemos permitir o retrocesso. Enfrentamos muitas dificuldades ao longo dos últimos 40 anos. Nossa luta é longa, continua, cotidiana, acontece em cada uma das 400 mil unidades de saúde que compõem o SUS. Acontece em cada sala de aula, em cada Centro de Saúde, em cada Hospital e em cada laboratório do SUS, em cada ambulância do SAMU, em cada ponto de dispensação de farmácia popular e de assistência farmacêutica pública, em cada visita domiciliar feita pelos Agentes Comunitários ou pelos médicos do programa Mais Médicos!
> NÃO aceitamos este retrocesso. Em nome dessa luta contínua, em nome dos companheiros que iniciaram o movimento pela RSB em pleno governo militar, na luta contra a ditadura, pela

39 Entidades e militantes divulgam nota de repúdio às declarações do Ministro da Saúde à imprensa. Disponível em: http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/?id=2f57a35238488 1e9a37de3cfb908bd30. Acesso em: 10 jan. 2017.

> democracia e pela Saúde, em nome de todos os trabalhadores da saúde, em nome dos representantes do poder popular nos Conselhos de Saúde, em nome de todos os brasileiros que trabalham todos os dias, pagam seus impostos e sonham com um país melhor, mais justo, menos desigual, mais democrático, mais saudável, não podemos aceitar as palavras do Ministro. NÃO!
> Pelo DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE!
> Pelo SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE!
> Pela PARTICIPAÇÃO POPULAR!
> Pela REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA!
> Resistiremos.

Seguindo o processo de análise da conjuntura absurda de retirada dos direitos constitucionais e de desmonte/reorientação do estado democrático feitas anteriormente, como evidente nesse tópico, vamos fazer breve contextualização sobre o direito à saúde no Brasil, fruto do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), consubstanciado na institucionalização constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como nos lembra Paim (2009, p. 25), "É preciso saber o que existia antes do SUS para que possamos avaliá-lo, valorizá-lo e aperfeiçoá-lo" e não o desmontar, retirando o direito universal à saúde inscrito no Texto Constitucional. Não temos a pretensão neste trabalho de fazer análise histórica detalhada da organização sanitária no Brasil, como 'maestralmente' o fez o autor entre outros aqui citados, mas trazer alguns elementos que caracterizam esse período, permitindo, assim, visualizar como chegamos ao modelo de atenção à saúde dominante e os desafios que a conjuntura atual impõe a efetivação do direito à saúde.

A intervenção estatal nos serviços de saúde no Brasil vem desde a época colonial, mas somente no período republicano

essa se efetivou como política pública de caráter nacional (Elias, 2004; Paim, 2009; Escorel; Teixeira, 2012).

Segundo Paim (2009), o sistema público de saúde no Brasil nasceu e conformou-se a partir de três subsistemas vinculados ao Poder Público: Saúde Pública, Medicina Previdenciária e Medicina do Trabalho, destacando que tais subsistemas percorrem caminhos paralelos, de forma relativamente autônoma e respondendo a pressões (*e interesses*) distintas. Ao lado deles, pode-se identificar, também, a medicina liberal, as instituições filantrópicas e a chamada medicina popular (Paim, 2009, p. 30, grifo nosso).

A Lei Eloy Chaves, de 1923, marca o surgimento da intervenção estatal na assistência à saúde no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que estabelecia os marcos regulatórios para aposentadorias, pensões e assistência médica aos trabalhadores urbanos vinculados ao trabalho formal (Elias, 2004; Escorel; Teixeira, 2012).

Sobre esse modelo de Medicina Previdenciária, Elias (2004) destaca que a assistência médica previdenciária emerge no Brasil mercantilizada sob a forma de seguro e restrita aos trabalhadores dos setores economicamente mais desenvolvidos, financiada exclusivamente por desconto compulsório na folha de salário, sem qualquer participação de recursos do Estado, configurando a estrutura um sistema urbano de assistência quando a maioria da população era rural. Mantendo-se praticamente intocada até o final da década de 80.

Na era Vargas (1930-1945), em 1933, foi iniciada a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), por segmento dos assalariados, segundo o setor econômico em que estavam inseridos, em substituição ao modelo das CAPs por empresas, sendo mantidas a contribuição compulsória e a vinculação ao trabalho formal, alterando a modo de financiamento com a contribuição da União.

Escorel e Teixeira (2012) enfatizam que, na prática, esse financiamento tripartite (trabalhador, empresa e União) não ocorreu, levando a União a acumular dívida com as instituições previdenciárias, já que o governo não injetava a cota-parte e, ainda, utilizava os recursos arrecadados da previdência para financiar o projeto desenvolvimentista de apoio à industrialização nacional.

Além disso, Elias (2004, p. 44) destaca que esse padrão de relação público/privado "irá marcar o sistema previdenciário brasileiro, com a poupança previdenciária servindo de base para a reprodução do capital pela via da assistência à saúde, que desta maneira inicia seu processo de mercantilização"

Nos anos 1940, o modelo de assistência médica por institutos de previdência foi estendido aos trabalhadores do setor público, por meio dos sistemas de previdência fechados nas distintas esferas de governo, o que somente se modificou com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que promoveu a unificação e centralização dos IAPs, em 1966, durante o regime civil-militar (Elias, 2004; Escorel, 2012).

A criação do INPS representou medida de racionalização administrativa, sem alterar a tendência de ampliação da assistência médica, sob o modelo médico assistencial privatista e hospitalocêntrico e da cobertura previdenciária aos trabalhadores assalariados (Escorel, 2012).

Com predominância do modelo médico-assistencial privatista da Medicina Previdenciária, a política de saúde era caracterizada por ações curativas centradas no modelo procedimentista, devido ao fato de a Previdência Social ter privilegiado o setor privado de serviços de saúde, como parte das 'reformas' dos governos militares, aumentando ainda mais as contradições da Política Nacional de Saúde (Escorel, 2012; Paim, 2009).

A ditadura civil-militar (1964-1985) impôs ao País processo de modernização autoritário, subordinando o Estado e as políticas públicas aos interesses do grande capital multinacional e nacional, promovendo uma série de reformas sob a égide do discurso modernizador e seguindo um projeto econômico, que "tinham como principal objetivo favorecer a acumulação capitalista, não apenas facilitando esse processo como também submetendo o Estado às regras do capital privado" (Escorel, 2012, p. 325).

Em decorrência das inúmeras contradições internas que eram inerentes à própria lógica e da crise do capitalismo internacional, resultando na diminuição do fluxo de capital estrangeiro para manter a economia nacional, o modelo econômico do regime militar entra em crise, deixando como saldo da primeira década do regime o agravamento das condições de vida de uma grande parcela das populações urbanas em consequência da concentração de renda, do arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário-mínimo, do aumento dos preços, da diminuição da oferta de alimentos e do colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde (Paim, 2009; Escorel, 2012).

No âmbito da previdência social, as reformas tinham como orientação privilegiar o setor privado de serviços de saúde no contexto da assistência médica previdenciária, no sentido de garantir o projeto político-ideológico da medicina liberal. Oliveira e Teixeira (*apud* Escorel, 2012) apontam cinco características da previdência social no período:

> 1. extensão da cobertura previdenciária abrangendo todos os trabalhadores urbanos formalmente inseridos; 2. privilegiamento da prática médica individual, assistencialista e especializada em detrimento das ações de saúde pública de caráter preventivo e interesse coletivo; 3. Estímulo a criação de um complexo médico-*hospitalar*-industrial-*farmacêutico;* 4 e 5. *desenvolvimento e organização de um padrão de prática médica em*

> *moldes do modelo médico-assistencial privatista* (Escorel, 2012, p. 327, grifos nossos).

Como consequência dos privilégios nos governos militares, a Medicina Liberal, vinculada à previdência social, apresentou grande crescimento nos anos de 1970, com cobertura restritiva e excludente. O acesso ao subsistema era restrito aos brasileiros que estivessem vinculados ao mercado formal de trabalho e com carteira assinada tinham acesso à assistência médica da previdência social. Aos demais restavam poucas opções: pagar pelos serviços médicos e hospitalares ou buscar atendimento em instituições filantrópicas, postos e hospitais de estados e municípios. Como o direito à saúde não estava vinculado à condição de cidadania, cabia aos indivíduos a responsabilidade de resolver os seus problemas de doença e acidentes, bem como de seus familiares (Paim, 2009, p. 33).

Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica aos empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda e isenções fiscais, o que resultou na expansão da oferta dos cuidados médicos e proliferação de planos e seguros de saúde privados nas décadas seguintes (Paim *et al.*, 2011).

Em contrapartida, a saúde pública encontrava-se cada vez mais precarizada e restrita às campanhas contra doenças endêmicas. Antes de 1975, o orçamento da União para o Ministério da Saúde não chegava a 1%, enquanto aos Ministérios dos Transportes e às Forças Armadas eram destinados 12% e 18%, respectivamente, percentuais referentes a 1973, no auge do chamado 'milagre econômico' (Paim, 2009; Escorel, 2012).

Em consequência desse processo de privatização, o Estado, privilegiando a medicina liberal/empresarial do setor privado, os governos militares tornaram a saúde pública "uma má-

quina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia" (Escorel, 2012, p.329).

Paim (2009) menciona estudo realizado pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), quando da V Conferência Nacional de Saúde (1975), censurado pelos militares, o qual descrevia o Sistema Nacional de Saúde da época como: insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz. O autor acrescenta ainda como adjetivos do que ele denomina como um não sistema: autoritário; centralizado; corrupto e injusto. No nosso entender, nenhuma surpresa por tudo o que foi descrito sobre a evolução da política de saúde brasileira e pelo *modus operandi* do regime autoritário-burocrático nacional.

Com exceção do conturbado período do governo Jânio Quadros/João Goulart (1961-1964) e as propostas de reorientação na política de saúde que não se efetivaram, as reformas institucionais promovidas pelos governos militares (1964-1985) aceleraram a tendência dos governos democráticos anteriores, que afetaram profundamente a saúde pública, conformando o modelo hegemônico atual, por priorizar a mercantilização da saúde, com ênfase no modelo médico-assistencial, individualista, curativista e hospitalocêntrico (Brasil, 2004; Paim, 2008, 2009; Escorel, 2012).

Como assevera Elias (2004, p. 44), "Eis aí o processo sociopolítico e histórico que engendra a privatização precoce do sistema de saúde brasileiro com a consequente estruturação da produção de serviços de saúde em moldes privados e lucrativos".

Consequência dessa conjuntura, a Política Nacional de Saúde enfrentava uma tensão permanente entre a ampliação das ações e dos serviços demandados por população crescente, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico-hospitalar e a emergência do movimento da

Reforma Sanitária Brasileira (RSB), no âmago do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, ou seja, o das lutas pelas liberdades democráticas contra o regime ditatorial instalado em 1964.

O movimento sanitário que constituiu a base político-ideológica da RSB foi impulsionado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos, setores populares, instituições de serviços articulados com partidos de esquerda e entidades emblemáticas, como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) criados, respectivamente, em 1976 e 1979. A RSB constituiu proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, processo de transformação da situação sanitária do País (Paim, 2008; Santos, 2009).

Embalados por esse processo de redemocratização e análise da organização sanitária e da ordem social dominante, os signatários do movimento sanitário que defendiam a democratização da saúde difundiram a proposta da RSB, debatida durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, cujo relatório final foi a base para o capítulo da saúde da nova Constituição.

Nessa oportunidade, foram reafirmados os problemas do sistema de saúde, medidas para a solução e os princípios e as diretrizes da RSB, os quais, segundo Paim (2008), como uma reforma social, centravam-se nos seguintes elementos constituintes:

> *a) democratização da saúde*, implica da elevação da consciência sanitária, tomando a saúde em conceito ampliado e reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, inerente a cidadania, garantido o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e a participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; *b) democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem

> como a ética e a transparência nos governos; *c) democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber, seja na adoção de uma 'totalidade de mudanças', em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (Paim, 2008, p. 173).

Ao tomar como estratégia de análise da RSB o ciclo composto por *ideia-proposta-projeto-movimento-processo*, Paim (2008, p. 640) destaca que, independentemente dos ideais de mudança e transformação da ordem social vigente, a RSB restringiu-se a uma reforma parcial de natureza setorial e institucional traduzida pelos 20 anos de implementação tortuosa do SUS, prevalecendo "uma revolução passiva com a dialética do conservar-mudando e do mudando-para-conservar. Mesmo não sendo poucos os seus feitos".

Corroborando o exposto, Fleury (2009) assevera que a RSB teve êxito paradoxal, pois, ainda que em condições adversas e parciais, ao ser transformada em política pública, reduziu a capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças para transformação da ordem social dominante.

> Em outras palavras, o instituído se impôs ao instituinte, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma. A constatação de que a iniquidade estrutural da sociedade brasileira atravessa hoje o Sistema Único de Saúde é a possibilidade de retomar o combate pelas ideias igualitárias que orientaram a construção deste projeto. Para tanto, resta a questão da construção permanente do sujeito, aquele que poderá transformar novamente o instituído em instituinte, para de novo institucionalizar-se (Fleury, 2009, p.751).

Ainda assim, a Reforma Sanitária Brasileira ficou conhecida como um projeto contra-hegemônico e a trajetória de cons-

tituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Emergindo como parte da luta pela democracia, o movimento sanitário alcançou a garantia constitucional do direito universal à saúde e a elaboração institucional do SUS (Paim, 2008; Fleury, 2009).

Fazendo apanhado sobre o desenvolvimento histórico da organização sanitária que antecedeu o SUS, Paim (2009) destaca que o Brasil, até os anos de 1920, exibiu proteção social incipiente, modelo residual centrado no assistencialismo exclusivo e excludente. Dos anos 1930 em diante, adotou o seguro social para os trabalhadores urbanos e, com a Constituição de 1988, vinha tentando implantar a seguridade social com a implementação do SUS.

Como resultado desse processo, o art. 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 (s/p) reconhece que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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" .

E, no artigo 198, estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação social.

Tão importante quanto os princípios e as diretrizes do SUS inscritos na constituição, no entanto, é a definição da seguridade social como modelo de proteção social e o papel do Estado e da sociedade em garanti-la, que "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Art. 194, Brasil, 1988). Essa concepção é totalmente paradoxal em relação às políticas de

austeridade neoliberais que ditam o papel do Estado no período pós-SUS e as dificuldades de se implementar o direito universal à saúde como política contra-hegemônica ao modelo assistencialista restritivo e excludente.

Em virtude da concepção de seguridade social e das políticas de bem-estar social instituídas, a nova Carta Magna ficou conhecida como a Constituição Cidadã e representou inflexão no modelo de sociedade e de pacto social vigente, pelo menos no Texto Constitucional.

Ela foi proclamada, entretanto, em uma época de instabilidade econômica e de crise do capitalismo mundial, durante a qual os movimentos sociais que foram a base da mobilização das novas conquistas se retraíram; a ideologia neoliberal baseada nos processos de financeirização, de mercadorização e da desnormatização da relação Estado/sociedade, proliferava pelo mundo e na América Latina; e os trabalhadores perdem poder de compra causado pela estagnação econômica e hiperinflação. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo, por meio de isenções fiscais e descontos no imposto de renda, consolidando os investimentos no setor privado (Campos, 1997; Paim, 2009; Paim *et al.*, 2011; Noronha; Lima; Machado, 2012).

No final dos anos 1990, Campos (1997) apontou que essa foi/é a contradição central do processo da RSB que propôs a implantação de uma política social abrangente e universal, em uma conjuntura de dominância do projeto neoliberal na ação governamental, que impõe ajustes econômicos, processos recessivos e políticas sociais restritas, conforme a recomendação de organismos financeiros internacionais – FMI, Banco Mundial – e dos países desenvolvidos dos quais o Brasil tem grande dependência.

Além da conjuntura política econômica internacional e nacional desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e solidárias, se retomarmos o processo sócio-histórico de organização sanitária brasileira, implementar o SUS, em sua concepção original, significa romper com o modelo hegemônico sobre o qual o sistema de saúde brasileiro se estruturou ao longo de várias décadas. Como asseveram Noronha, Lima e Machado (2012),

> Se, por um lado, o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde que se refletiu nos avanços da Constituição de 1988 e em mudanças objetivas no sistema; por outro, nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS seria continuamente tencionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 387).

Ainda consoante esses autores, os obstáculos estruturais se expressam nas profundas desigualdades socioeconômicas e culturais – inter-regionais, interestaduais, intermunicipais – nas características do próprio federalismo brasileiro, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista *hospitalocêntrico* sobre o qual o sistema foi construído (Noronha; Lima; Machado, 2012, p. 387, grifo nosso).

Nos governos democráticos pós-Constituição de 1988, observa-se o desenvolvimento de contrarreforma neoliberal com o desmonte da Seguridade Social e implementação do ajuste macroeconômico alinhado ao projeto político-ideológico das reformas neoliberais de austeridade (Noronha; Lima; Machado, 2012; Paim, 2013).

Sobre essa contrarreforma, Paim (2013, p. 1931) destaca a ideia de que as fontes de financiamento da Seguridade Social foram capturadas pela área econômica dos diferentes governos

e a "questão social" passou a ser conduzida pelos "programas emergenciais" e de transferência, condicionada de renda que se tornaram permanentes. Essa opção liberal e conservadora, preconizada por instituições internacionais de fomento, tem sido defendida por especialistas e por governos considerados de esquerda.

Ao sintetizar a incorporação da ideologia neoliberal nas políticas estatais dos governos após a redemocratização do País, o autor é contumaz ao afirmar que, mesmo com algumas contribuições de caráter programático e focalizado ao SUS, como as leis que regulamentaram o direito à saúde, a criação e expansão da ESF e as políticas de saúde mental e bucal, "nenhum deles, porém, incorporou a Reforma Sanitária Brasileira como projeto de governo, nem demonstrou um compromisso efetivo com o SUS nos termos estabelecidos pela Constituição de 1988". (*op.cit.*, p. 1932)

Concordando com as afirmações de Paim, Cohn (2013, p. 1937) aponta o processo de cooptação pela máquina governamental dos sanitaristas e reformistas do movimento sanitário, lembrando os ministros da saúde ligados ao movimento sanitário e o fato de a RSB ter se dado no interior do Estado, distanciando-se da sociedade, levando a uma crise de identidade entre Estado e comunidade sanitarista, contradição à semelhança do dilema shakespeariano 'ser ou não ser', de sorte que a autora traduz esse dilema, afirmando que "[...] assim os conflitos de interesses, quando emergem, aparecem indiferenciados, fazendo com que qualquer crítica aos caminhos atuais tomados pelo SUS constitua uma crítica aos princípios da reforma sanitária".

Retomando as proposições do governo atual, além dos impactos negativos, que o congelamento de investimentos federais irá causar ao direito à saúde, ao longo dos 20 anos de vigência da PEC do teto dos gastos, ainda tem a proposta dos

Plano Populares de Saúde, rebatizado como Planos de Saúde Acessíveis[40].

Sobre essa proposta, Farias (2017, p. 45) enfatiza que essa medida visa aumentar o lucro dos empresários de um setor que apresenta faturamento anual na casa dos R$ 100 bilhões e funcionará como verdadeira "arapuca" para os usuários, pois propõe alteração na legislação atual para possibilitar a "redução do rol de procedimentos que constitui a cobertura mínima obrigatória oferecida pelos planos privados aos usuários". Além disso, "o Estado deixará de arrecadar ainda mais por conta da renúncia fiscal com o aumento do número de usuários de planos privados de saúde".

Consoante os argumento de Paim (2009), sobre o processo de organização sanitária e o modelo de proteção social, poderíamos apreender a ideia de que em 2016, com o projeto de "revisão do SUS", consequentemente, da concepção de seguridade social de que todos têm direito à saúde, como condição de cidadania, cabendo ao Estado o provimento e a manutenção do SUS, por meio de políticas públicas de caráter universal e inclusivas, temos um retrocesso evidente nessa proteção social, com o retorno à política do seguro social meritocrático, isto é, tem direito aquele que puder pagar pela assistência à saúde, seja por meio de desembolso direto ou seguros/planos de saúde subsidiados pelo Estado, a exemplo da proposta atual de criação dos Planos de Saúde Acessíveis, um modelo já instituído em outros países com resultados questionáveis e bem distante do preceito constitucional de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado (Landgrave, 2010; Laurell, 2013).

Subfinanciamento crônico da saúde; mercantilização da saúde em detrimento do preceito saúde como direito de todos

40 Portaria Nº 1.482, de 4 de agosto de 2016 – Institui um grupo de trabalho para discutir e elaborar a criação de um projeto de Planos de Saúde Acessíveis.

e como política de Estado; foco no modelo médico-assistencial privatista sob a lógica hospitalocêntrica individual e fragmentada e não no conceito ampliado de saúde e na seguridade social; isenções fiscais e desregulamentação das obrigações do Estado (DRU); ausência de política de formação, valorização e absorção da força de trabalho prioritária para o sistema, são alguns dos desafios que precisavam ser superados, para que SUS se efetive como sistema universal, integral e equânime.

Mesmo ante a tantos desafios e constrangimentos para efetivação do direito à saúde, em análise dos últimos 30 anos do SUS, Castro *et al*. (2019) argumentam que as contribuições para melhoria na saúde e bem-estar da população brasileira com a expansão do SUS, são inquestionáveis e ajudaram a reduzir as disparidades em saúde com a ampliação da oferta pública de serviços de saúde em apenas três décadas. Destacam, entretanto, que a análise de cenários futuros sugere a necessidade urgente de lidar com desigualdades regionais persistentes, financiamento insuficiente e colaboração adequada entre o setor privado e o setor público. Enfatizando, ainda, como desafio as mudanças políticas em curso e os reflexos no sistema de proteção social.

> O Brasil está passando por uma grande transição sociopolítica e econômica; o governo populista de extrema-direita está testando a democracia e ameaçando os direitos humanos. Essa mudança, é acompanhado por políticas de austeridade, que prejudicam o SUS e agravam as iniquidades (Castro *et al*., 2019, p. 9, tradução nossa).

Sobre os paradoxos na construção do SUS, Campos (2015a) argumenta que o SUS foi instituído em uma conjuntura sócio-histórica desfavorável, em que predominavam as políticas neoliberais de reorientação do papel do Estado na promo-

ção de direitos sociais, resultando em contrarreforma, com objetivo de readequar a política pública à lógica e racionalidade do mercado na organização e operacionalização do sistema, por meio de privatizações e terceirização da força de trabalho. Associado a esse quadro, vivemos uma crise de representação social com o abandono do ideário em defesa da democracia e de justiça social, ou uma defesa demagógica, sendo substituída na prática pela busca obsessiva do poder de Estado e as vantagens individuais e/ou corporativas atreladas a esse projeto de poder, típicos do fascismo social em democracias de baixa intensidade, conforme apontado por Boaventura de Sousa Santos (2016).

O objetivo desse resgate sócio-histórico sobre a RSB e a institucionalização do SUS foi para mostrar as repercussões na formação e atenção em saúde e na constituição de um modelo de sociedade, pois, mais do que profissionais qualificados técnico-cientificamente, são necessários trabalhadores conscientes dos desafios para se implementar um sistema de saúde universal e solidário, consequentemente, cidadãos que estejam implicados e engajados na defesa da concepção de seguridade social e dos direitos constitucionais conquistados.

Assim, fica evidente a necessidade de reorientação do modelo de atenção à saúde instituído e a ressignificação dos saberes e das práticas dos profissionais de saúde, tendo por base processos de trabalho e cuidado centrados nas necessidades/demandas de saúde da população, um trabalho integrado e articulado da equipe de saúde, sobretudo na perspectiva da atenção integral à pessoa, à família e à comunidade, o que motivou o desenvolvimento dos primeiros programas de residência multiprofissional, agregando distintas categorias profissionais no contexto da APS. Isto, iremos abordar nos tópicos seguintes.

3.2 Modelos de Atenção à Saúde e Estratégia Saúde da Família – tentativas de reinventar os Modos de Agir em Saúde

O modelo de atenção à saúde desenvolvido na Atenção Básica (AB), termo considerado como sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS) integral, abrangente e compreensiva no Brasil, tem como premissa a atenção de modo descentralizada, capilarizada e com responsabilidade sanitária territorializada, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização da APS (Giovanella *et al.*, 2009; Brasil, 2011).

Destaca-se o fato de que a APS/ESF deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação do sistema público de saúde universal, regionalizado e integrado, ordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenador do cuidado integral, contínuo e longitudinal. Deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da integralidade da atenção, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade e longitudinalidade do cuidado, da integralidade da atenção, da corresponsabilização, da cogestão, da humanização, da equidade e da participação social (Starfield; Macinko, 2005; Brasil, 2011; Campos, 2011a).

As Redes de Atenção à Saúde são consideradas arranjos organizacionais do sistema de saúde de modo integrado, sendo destacadas como estratégias para efetivação do cuidado integral e direcionadas às necessidades de saúde da população. Têm como premissa a noção de que o usuário, em sua singularidade e inserção socioculturais, deve ser o elemento estruturante e ordenador das RAS, de modo que permita responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população (Franco; Magalhães Júnior, 2003; Brasil, 2011).

Nesse contexto e anterior a essa discussão sobre RAS, o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu como estratégia proposta pelo Ministério da Saúde (MS), em 1994, para reorientação do modelo de organização da AB, por via do estímulo à adoção do PSF pelos serviços municipais de saúde (Brasil, 1997; Viana; Dal Poz, 2005).

O PSF foi criado, inicialmente, como programa vertical, que oferecia especialmente serviços de saúde materno infantil a populações mais carentes ou de alto risco (Paim *et al.*, 2011). Os bons resultados do Programa fizeram com que o PSF fosse assumido, no discurso oficial, como a estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da AB, por favorecer reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos de uma APS integral, de maneira a ampliar a resolubilidade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar importante relação custo-efetividade (Brasil, 2006a, 2011).

Propondo-se que seja desenvolvida com suporte na conjugação de saberes e práticas que apontem para promoção e vigilância em saúde, para reorientação das práticas assistenciais, incorporando a abordagem familiar e a defesa da vida, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação, e do trabalho em equipe multidisciplinar, baseia-se, também, na nova concepção sobre o processo saúde-doença-cuidado e no conceito de saúde ampliada e integral, com atenção voltada para família, com ações organizadas em um território definido (Brasil, 1997, 2006a; Viana; Dal Poz, 2005).

Como consequência, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada como alternativa para promover a reformulação das ações em saúde, considerando que o modelo biomédico tradicional de assistência hegemônico impôs descompasso dos princípios do SUS em relação à realidade concreta de implantação

do sistema público de saúde universal e de qualidade no País (Brasil, 1997; Viana; Dal Poz, 2005; Paim *et al*., 2011).

Nessa conjuntura, a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), resgatando os princípios da Declaração de Alma-Ata, de 1978, sobre APS em uma declaração de posicionamento intitulada 'Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas' (Oraganização Mundial da Saúde, 2005), enfatizam que a APS deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde, por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população. É definida como um conjunto de valores – direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade – um conjunto de princípios – responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social, entre outros; e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes – atributos – do sistema de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Com objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, o processo de territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o MS criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2010).

O NASF configura-se como dispositivo estratégico para melhoria da qualidade e resolubilidade da Atenção Básica, devendo ser constituído por equipes multiprofissionais, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família e por meio do compartilhamento de saberes, ampliando, assim, a capacidade resolutiva das equipes (Brasil, 2010, 2014).

Paradoxalmente, a legislação institucionaliza outras modalidades de organização da APS concomitante com a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelos diferentes de atenção à saúde, historicamente incompatíveis (Merhy, 1998a; Merhy; Franco, 2003; Paim, 1999; Mendes, 2011; Brasil, 2011, 2014).

Nesse contexto normativo e ideário paradoxal, Campos *et al*. (2008) destacam que, apesar da franca expansão da ESF em algumas regiões do País, deve-se reconhecer o quanto ainda falta para se dispor de uma rede de atenção básica com ampla cobertura e eficácia adequada e os desafios para honrar com essa suposta prioridade, ante financiamento insuficiente, ausência de política de pessoal e de um projeto consistente para formação de especialistas. Além da reorientação das diretrizes e prioridades de organização do Sistema de Saúde e de qualificação do processo de trabalho para que a atenção básica cumpra o papel de coordenação do cuidado contínuo e longitudinal.

No que concerne à discussão sobre modelos de atenção à saúde, destacamos as concepções de Paim (2012), as quais foram resgatadas e reafirmadas por Teixeira (2003), para os quais um modelo de atenção à saúde se refere às formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Campos (1996) define modelo de atenção como conceito capaz de articular o técnico e o político, incorporando contribuições socioculturais, políticas, clínicas, éticas, jurídicas, administrativas, dentre outras; um processo em permanente transformação, compreendido como

> Um fenômeno mutável que combina categorias histórico-sociais com outras cristalizadas em disciplinas supostamente construídas a partir de paradigmas epidemiológicos, clínicos e *psicológicos*. Um projeto que deve ser composto por interesses e necessidades da sociedade, noções disciplinares, diretrizes políticas e formas de gestão dos sistemas públicos. Uma tradução para uma terceira língua das línguas profissionais e político-administrativas (*op. cit.*, p. 293, grifo nosso, tradução nossa).[41]

Segundo Teixeira (2003), um modelo de atenção à saúde, em uma concepção ampliada e sistêmica, pode ser percebido em três dimensões, as quais agrupamos nos termos em negrito: a **macropolítica ou** gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; uma dimensão **intermediária ou** organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente considerando a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e a dimensão **micropolítica ou** técnico-assistencial ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e dos objetos de trabalho, relações mediadas pelo saber e pela tecnologia, que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos, desde a promoção da saúde, a prevenção de riscos e os agravos à recuperação e reabilitação.

Apesar da importância de contextualizar as influências e as correlações das dimensões que comportam um modelo de atenção à saúde, neste livro, detemo-nos a dimensão técnico-

41 Un fenómeno cambiante que combina categorias históricosociales con otras cristalizadas en disciplinas supuestamente construidas a partir de paradigmas epidemiológicos, clínicos y *psicológicos*. Un proyecto que debe ser compuesto de intereses y necesidades de la sociedad, de nociones disciplinarias, de directrizes políticas y de modos de gestión de sistemas públicos. Una traducción para una terceira lengua de los idiomas profesionales y políticoadministrativos (*op. cit.*, p. 293, grifo nosso).

-assistencial ou micropolítica do trabalho em saúde, que está relacionado à prática dos trabalhadores inseridos no cotidiano da produção e consumo de serviços do setor. Nessa dimensão, a organização dos processos de trabalho é apontada como a principal questão a ser enfrentada para mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de modo centrado no usuário e suas necessidades de saúde (Merhy; Franco, 2003; Peduzzi; Schraiber, 2008).

3.3 Processo de Trabalho em Saúde: algumas concepções fundamentais

Como referencial teórico-metodológico de análise da categoria trabalho, adotamos a perspectiva marxista e as respectivas implicações no campo da saúde.

Para Marx (1996, p. 297), o trabalho é um processo em que o homem transforma a natureza, partindo da premissa de que esse é um processo intercambiante, em que, "ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza". Trabalho é entendido como imanente e exclusivo do homem, configurando a essência da humanidade, exemplificando, no trecho a seguir, esse pressuposto, ao diferenciar o trabalho de um arquiteto ao de uma abelha.

> [...] o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador e, portanto, idealmente (Marx, 1996, p. 296).

Seguindo essa concepção, Merhy e Franco (2008) enfatizam que toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e produz algo. E, pelo ato produtivo do homem,

ou seja, pelo trabalho humano, ocorre o processo de transformação da natureza. Eles enfatizam que, "ao trabalharmos, todos nós, modificamos a natureza e nos modificamos. O ato do trabalho funciona como uma escola: mexe com a nossa maneira de pensar e de agir no mundo. Formamo-nos, basicamente, no trabalho" (Merhy; Franco, 2008, p. 427). Assim, podemos apreender, dessa concepção, que esse seria um processo natural de aprendizagem, subjetivação e ressignificação do homem no contexto social e de trabalho.

Os elementos do processo de trabalho, segundo Marx (1996), são as atividades orientadas a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto e os meios/instrumentos de trabalho, enfatizando que o processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais (Marx, 1996, p. 303).

Como destacado por Peduzzi (2007), esses três componentes do processo de trabalho, como categoria analítica, devem ser analisados de modo articulado, considerando a ideia de que apenas na sua relação recíproca, por que não dizer dialética, configuram um dado processo de trabalho específico.

Nesse sentido, o objeto de trabalho a ser transformado em um produto pela ação intencional do homem/trabalhador, mediante sua caixa de ferramentas, seus meios, instrumentos e modos de organizar os usos, configura o processo de trabalho humano, orientado a uma finalidade, ancorado em um projeto prévio e conscientemente determinado (Mendes-Gonçalves, 2017; Marx, 1996; Merhy; Franco, 2008).

Sobre processo de trabalho em saúde, os estudos de Cecília Donnangelo (Nunes, 2008; Schraiber; Mota, 2015) são apontados como os pioneiros no Brasil, os quais, tendo por base uma análise sociológica crítica das práticas médicas, introduziram a abordagem das relações entre Medicina, Saúde e Sociedade e entre a prática profissional em saúde e prática social.

Para Peduzzi e Schraiber (2008, p. 320), os estudos de Donnangelo rompem "com a visão que o modo de executar a prática médica e as relações entre os indivíduos envolvidos (usuários, médicos e demais profissionais de saúde) seriam independentes da vida social".

Partindo da premissa de que a prática médica expressa, em totalidade, as determinações históricas que a constituíram, Donnangelo e Pereira (1976) argumentam que o desafio de analisar a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes implica, primeiro, romper com a concepção de neutralidade que essa prática se investiu no conjunto de relações sociais próprias da sociedade de classes capitalista.

> Um dos ângulos através dos quais se poderia apreender mais facilmente os nexos entre a prática médica e a estrutura de classes é dado pela própria diferenciação da prática médica conforme se destine às distintas classes e camadas sociais, diferenciação essa que tem sido registrada mesmo em sociedades onde a forma de organização dos serviços médicos faria supor a ocorrência de um padrão 'igualitário' de consumo. *Destacando a seguir que*, as formas atuais de organização da prática médica aparecem não apenas como o produto da ação das classes hegemônicas, mas revelam mais diretamente a participação, no processo político, das demais classes sociais (Donnangelo; Pereira, 1976, p. 31-32, grifo nosso).

Seguindo essa concepção e tomando como referencial a teoria marxista do trabalho, Mendes-Gonçalves (2017) formu-

la uma *Teoria sobre Processo de Trabalho em Saúde*, com origem, particularmente, na análise do processo de trabalho médico.

Segundo Mendes-Gonçalves (2017, p. 320), o processo de trabalho constitui um dos polos de uma tríplice relação dialética, que inclui o homem, a natureza e o trabalho, mediados pelo processo histórico. Para o autor, "o processo de trabalho, determina-se como sistema de forças naturais dominadas que funciona como intermediário entre o homem e a natureza, isto é, como intermediário na diferenciação do homem como ser natural" .

O homem como ser social condicionado[42] pela história das relações sociais por ele próprio criadas, ou seja, sujeito da práxis, imanente de um devir histórico, no qual o processo de constituição e reprodução social é condicionado sócio-historicamente (Marx, 1996; Mendes-Gonçalves, 2017).

Desses pressupostos, Mendes-Gonçalves (2017) argumenta que o processo de trabalho em saúde como prática social configura-se pela reprodução de estruturas de necessidades imanentes de momento condicionado sócio-historicamente, em que as práticas de saúde e os agentes são representativos das "necessidades sociais", isto é, representam as *necessidades de indivíduos* e o saber/fazer hegemônicos de grupos dominantes, cujo êxito é consequência da objetivação do trabalho e de seus elementos constitutivos, alcançando, assim, o estatuto de necessidades "da sociedade", ou seja, padrão normativo para todas as pessoas.

42 Preferimos utilizar o termo *condicionado* ao original *determinado* utilizado pelos autores, pois, como nos lembra Paulo Freire, na obra *Pedagogia da Autonomia*, "ensinar exige o reconhecimento de ser condicionado", enquanto ser inacabado e consciente do inacabamento, consciente das heranças sociais, culturais e históricas que condicionam o meu ser-no-mundo, mas sem o determinismo fatalista e pragmático (Freire, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015).

No que concerne às relações que ocorrem no processo de trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves (1994, p. 32) enfatiza que são mediadas por tecnologias, consideradas um "conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços de saúde, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social", ou seja, constituídas não apenas pelo conjunto de saberes, como também pelos seus desdobramentos materiais e imateriais na produção dos serviços de saúde.

Ainda segundo esse autor, tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos, no interior do processo de trabalho, entre a atividade operante e os objetos de trabalho, mediante aqueles instrumentos que ganham existência, no trabalho, quando expressam relações entre os homens e os objetos sobre os quais trabalham.

Aprofundando a discussão sobre as referidas tecnologias que orientam o saber/fazer do processo de trabalho em saúde, Merhy e Franco (2003) apontam que prevalece no atual modo de produção de saúde o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico e disciplinar) e leves (as tecnologias das relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão) para o cuidado ao usuário.

No contexto da micropolítica do trabalho em saúde, os autores enfatizam a ideia de que a mudança do modelo assistencial almejada requer inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde, em um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras.

Nessa perspectiva, eles argumentam que, apesar de a ESF ser tida como processo de reestruturação produtiva do modelo assistencial na forma de organização das equipes, no tra-

balho voltado para o território e incentivo à vigilância à saúde, em muitos casos, não representa transição tecnológica do cuidado em saúde, pois não muda o processo de trabalho, ou seja, a produção do cuidado continua tendo a hegemonia das tecnologias duras e leve-duras (Merhy; Franco, 2003).

Para superar as práticas hegemônicas, Merhy (1998a) argumenta que o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas nos usuários, deve desenvolver a capacitação dos profissionais de saúde, tornando-os aptos a operarem o cuidado, de modo a ocupar o papel de mediadores da gestão dos processos multiprofissionais, por meio dos atos de acolher, corresponsabilizar, resolver e autonomizar. Neste sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais para produção do cuidado em saúde.

Nesse sentido, Campos (2011a, p. 3037), ao analisar as racionalidades utilizadas para se compreender a relação entre conhecimento e prática, reconhece e critica, ao acentuar a ideia de que "a hegemonia da racionalidade tecnológica, que é a base do paradigma biomédico, apesar da importância do desenvolvimento técnico, impõe alienação e perda de autonomia a trabalhadores e às práticas sociais em geral", destacando que o modo de superar esse dilema é com o trabalho baseado tanto no racionalismo tecnológico quanto na lógica da práxis, ou seja,

> [...] um trabalho baseado em um saber **e** *fazer* compreensivo e *reflexivo*, que inclua o conhecimento técnico específico de cada campo, e também o governo de si mesmo e as relações sociais e políticas. Exige domínio sobre o conhecimento cognitivo, subjetivo e político. Tudo isto, exatamente para ampliar a crítica e a inventividade de cada agente diante da especificidade de cada caso (Campos, 2011a, p. 3037, grifo nosso).

O conhecimento sobre cada caso depende também da capacidade de observação do contexto, de escuta qualificada e interação com usuários e pares. Mais do que apenas escutar, implica a arte de compartilhar e corresponsabilizar decisões durante a prática (Campos, 2011a).

Concernente a essa discussão, Franco e Magalhães Júnior (2013) assinalam que, no modelo assistencial hegemônico, a dimensão do cuidado que tenha como estratégia de diagnóstico os atos de fala e escuta, foi substituída pela clínica baseada no ato prescritivo e na produção de procedimentos, decorrente do paradigma biomédico e impulsionada pelo complexo médico-industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, por via do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. Nesse contexto, eles argumentam que

> A *resolubilidade* na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde (Franco; Magalhães Júnior, 2003, p. 3, grifo nosso).

Como enfatizam Ribeiro, Pires e Blank (2004, p. 445), entretanto, reestruturar um modelo histórico e socialmente instituído é uma tarefa "desafiadora, já que requer rompimentos, enfrentamentos, criação, opção, ação nas macro, intermediária e micro dimensões". Esses argumentos podem ser complementados pelo que afirma Teixeira (2003, p. 261) sobre a mudança no modelo de atenção à saúde no SUS, segundo a qual, "para que se concretize uma transformação do modelo de atenção é imprescindível, a conjunção de propostas e estratégias 'sinérgicas', nas três dimensões".

Portanto, partimos da premissa de que, na micropolítica do processo de trabalho em saúde, os dispositivos organizacionais e de gestão que auxiliariam a reorientação do processo de trabalho seriam aqueles relacionados aos espaços de crítica/reflexão e ampliação da razão tecnológica, como a clínica ampliada, compartilhada e centrada no sujeito e na comunidade, baseada no conceito ampliado de saúde, na concepção de promoção de saúde, na cogestão do diagnóstico, dos projetos terapêuticos e de intervenção, da análise interativa dos resultados, tanto com usuários como com pares, no acolhimento humanizado com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, no estímulo à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos e da coletividade.

3.4 Formação Profissional como processo de reestruturação dos Modos de Agir em Saúde: gestão, ensino e atenção em diálogo

No campo da formação, um dos grandes desafios para o século XXI, ante a complexidade da vida humana e dos problemas atuais, é a crescente busca por metodologias ativas e inovadoras que possibilitem uma práxis pedagógica capaz de ultrapassar os limites do treinamento puramente técnico e tradicional, com vistas ao desenvolvimento de novas competências fundamentais para transformação da realidade, emancipação dos sujeitos e, efetivamente, alcance da formação do sujeito como ser ético, histórico, crítico, reflexivo, transformador e humanizado, como colaboração interprofissional, conhecimento interdisciplinar, habilidade para inovação, trabalho em equipe, compartilhamento de saberes e poderes, educação para o desenvolvimento sustentável, regional e globalizado (Fiocruz, 2011; Gemignani, 2012).

Tomando como referência as concepções freireanas sobre a educação, Correia e Bonfim (2008) destacam que, para Paulo Freire, os processos pedagógicos de ensino-aprendizagem não significam apenas codificar e decodificar palavras e frases, mas, sobretudo, profundos processos de leitura do mundo, da vida, da sociedade, todos passíveis de serem superados, recriados e transformados, permitindo reflexão e ação perante a realidade. Nesta perspectiva, o ato pedagógico é compreendido como práxis, em que teoria e prática se unem na ação ativa e libertadora, sempre mediada pelo dialogismo como método e pela horizontalidade como ontologia.

A Pedagogia tradicional e a Pedagogia crítica e emancipadora, entretanto, se emaranham numa rede de contradições da sociedade atual, dos modos de ser e estar no mundo, nas maneiras de ensinar e aprender, e fazendo uma inflexão no campo da saúde, nos modelos de ensino e de atenção à saúde hegemônicos, que nos constituíram e condicionam cotidianamente.

Alinhado a essa linha de raciocínio, no Relatório para a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco, 2010), da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, intitulado *Educação: um tesouro a descobrir*, é destacado o fato de que é imperativo impor o conceito de educação ao longo da vida com vantagens de flexibilidade, diversidade e acessibilidade no tempo e espaço, como resposta ao desafio desencadeado por um mundo em rápida transformação.

Segundo o Relatório, a educação, ao longo da vida, baseia-se em quatro pilares: **aprender a conhecer**, isto é, adquirir os instrumentos da compreensão e para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida; **aprender a fazer**, para poder agir sobre o meio envolvente, de modo contextualizada e com capacidade adaptativa e criativa; **aprender a conviver**, a fim de participar e cooperar com os outros em todas

as atividades humanas, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências, no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz e, finalmente, **aprender a ser**, via essencial que integra os três precedentes, para desenvolver, o melhor possível, a personalidade e estar em condições de agir com capacidade cada vez maior de autonomia, discernimento e de responsabilidade pessoal (Unesco, 2010).

Entendendo que a educação e a saúde são espaços de produção e aplicação de saberes e práticas destinados ao desenvolvimento humano, e tomando como premissa a ideia de que as práticas educativas são norteadas por um conjunto de representações de homem e de sociedade que se quer formar, depreende-se que o homem comum, constituído sócio-historicamente, está imbricado em uma rede de relações sociais, a qual se vincula a uma cotidianidade de uma ordem social hegemônica, que o condiciona e o aliena. Referidas representações são evidenciadas nos processos de ensino-aprendizagem utilizados nas tendências pedagógicas mais dominantes em nosso meio (Pereira, 2003).

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é expressa como estratégia de intervenção pedagógica e institucional para transformação da prática técnica e social da equipe de saúde. Em documento que analiza a EPS, a Opas assevera que

> As necessidades emergentes de mudanças sociais e educativas não se restringem às aspirações dos adultos num mundo em mudança. Apresentam-se como demandas das próprias organizações sociais, que exigem a incorporação de processos de educação permanente vinculados a programas de desenvolvimento (Opas, 1995, p.14, tradução nossa).[43]

43 Las necesidades emergentes de los cambios sociales y educacionales no se restringen a aspiraciones del adulto en un mundo en transformación. Ellas se plantean como demandas de las propias organizaciones sociales, que requieren la incorporación de procesos de educación permanente vinculados a programas de desarrollo (Opas, 1995, p. 14).

No âmbito das discussões e reformas do governo Lula (2003-2011), foi lançada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com a Portaria MS/GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, cujo objetivo é fornecer a base normativa para organização dos processos de gestão da educação na saúde, nas distintas esferas da gestão (Brasil, 2004).

Sobre a Educação Permanente em Saúde (EPS), a PNEPS, à semelhança do que é apresentado no documento da Opas, destaca que, para definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, deve-se considerar a concepção de EPS como aprendizagem significativa e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde.

Por conseguinte, como estratégia de ensino-aprendizagem em serviço, a EPS significa a produção de conhecimentos no cotidiano das pessoas e instituições de saúde, entendendo que aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, devendo tomar como referência a realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, os saberes e as experiências desses agentes como base de interrogação e mudança das práticas profissionais (Ceccim; Ferla, 2008; Brasil, 2009a).

Baseando-se na concepção de aprendizagem significativa, com a EPS, propõe-se que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam tendo por base a problematização do processo de trabalho, e considera-se que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e populações, da gestão setorial e participação social, tenham

como objetivos a possibilidade de transformação das práticas profissionais, da própria organização do trabalho e da realidade instituída (Brasil, 2004, 2009a).

Por mais que a norma direcione para uma nova concepção pedagógica e de como lidar com os problemas enfrentados no dia a dia dos serviços de saúde, esse sujeito implicado, transformador dos processos e da realidade, não irá surgir por decreto. Então, como formar esse sujeito da mudança? Como fomentar esses processos de problematização, autoanálise e autogestão do trabalho na saúde? Como implementar a EPS no contexto dos serviços de saúde como espaços de cogestão, integração e problematização? É possível fomentar a descentralização da EPS com suporte em um ponto/centro coordenador?

Esses são questionamentos que ensejam debates e reflexões, que influenciam transversalmente nosso objeto de estudo, porém não se constituem nossos objetivos. Portanto, restringimo-nos em reunir esses pontos e dirimi-los na medida do possível neste estudo.

Já, no entanto, respondendo a algumas das questões retro citadas, a análise da Opas nos lembra que, para que a EPS se converta em um meio de intervenção estratégica, capaz de colaborar para ensejar novos modelos e processos de trabalho nas instituições de saúde, por meio da transformação das práticas técnicas e sociais, os condutores e/ou fomentadores que orientam os processos de ensino-aprendizagem devem estimular e facilitar a análise crítica e reflexiva das práticas e dos saberes instituídos (Opas, 1995).

Recorrendo aos ensinamentos de Paulo Freire, em *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*, ele nos lembra, que "ensinar exige consciência do inacabamento" e do "reconhecimento do ser condicionado". Enquanto sujeitos sócio, cultural e historicamente constituídos e condicionados,

ele afirma que "é na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente" (Freire, 2015, p. 57).

Geminiani (2012) nos lembra que, para Paulo Freire, educar é um ato de conhecimento da realidade concreta, das situações vividas, um processo de aproximação crítica da própria realidade que possibilita ao educando compreender, refletir, criticar e agir sobre o mundo em que vive; e que o processo de descoberta do conhecimento se daria com origem no conhecimento dos saberes prévios, mesmo que não percebidos como saberes, seria o caminho metodológico pretendido para o processo de conscientização, para uma aprendizagem significativa.

Portanto, é no entendimento como sujeitos da práxis[44], condicionados por uma ordem social dominante, porém, conscientes de que este ser e os modos de estar no mundo e de levar a vida são imanentes de um devir[45] histórico, que está em constante transformação; que nos percebemos como agentes sociais e políticos, conscientes de nossas heranças sociais, culturais, políticas e, por que não dizer, pedagógicas, que nos oprimem e alienam. Ao mesmo tempo, entretanto, ao tomarmos consciência desse devir, podemos nos tornar sujeitos autônomos e protagonistas de uma transformação social para superação dos modos de produção da subjetividade dominante e, consequentemente, dos modelos de ensino e atenção à saúde instituídos.

---

44 Práxis: entendida como atividade material humana transformadora do mundo e do próprio homem; como atividade teórico-prática essencialmente indissociável, o que somente pode ser feita por um processo de abstração, isto é, não há práxis puramente material, objetiva nem exclusivamente teórica ou subjetiva (Vázquez, A. S. **Filosofia da práxis**. [Tradução: Maria Encarnación Moya] Buenos Aires/São Paulo: Clacso/Expressão Popular, 2007).

45 Devir: ideia de mundo mutável, provisório e em constante transformação. A ideia de "transitoriedade como marca de tudo que vive" (Mosé, V. **Nietzsche e a grande política da linguagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. p. 39).

Para Guattari e Rolnik (1996), o modo como os indivíduos vivem a subjetividade no contexto das sociedades capitalistas, oscila entre dois extremos, uma relação de alienação e opressão, na qual a pessoa se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e criação, na qual ela se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo denominado de singularização.

No contexto da formação em saúde, os signatários das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), como estratégia de educação permanente para qualificação e fortalecimento do SUS integral e resolutivo, contudo, informam encontrar instituições formadoras, produzindo e formulando conhecimentos que sustentam paradigmas tecnicistas e cartesianos, reprodutores de procedimentos e não de processos de cuidado. Confirmando-se que a organização da formação e do trabalho em saúde salienta a fragmentação dos saberes em núcleos profissionais, promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender o papel de protagonista na relação e na articulação entre os serviços e as Redes de Atenção à Saúde, do processo de trabalho em resposta às necessidades de saúde da população (Ceccim, 2010).

Reforçando o argumento anterior, Dallegrave e Kruse (2009), ao discorrerem sobre a invenção, construção e implementação da Residência Multiprofissional em Saúde, argumentam (p. 216) que, apesar de criadas e instituídas no discurso oficial, "foram influenciadas por tentativas de manutenção de pureza" dos modelos pedagógico e de atenção à saúde hegemônicos – médico-centrado, fragmentado, classista e excludente – imersas em um jogo de interesses e verdades perpetuados nos discursos ligados às relações de poder, constituídos histórica e socialmente.

Em uma avaliação sobre a atuação interministerial em relação às Residências em Saúde no Brasil, realizada no contexto da Residência Médica, mas com as mesmas repercussões nos programas multiprofissional e uniprofissional, Ribeiro (2011, p. 17) aponta que, do ponto de vista educacional,

> A formação especializada dos [...] residentes obedece a dois senhores – a saber, a área educacional, cuja instância governamental de referência é o MEC, e a área de saúde, cuja referência governamental é o MS, responsável pela coordenação das ações do Sistema Único de Saúde. Como os objetivos e orientações educacionais e profissionais das duas áreas são distintos, deveriam ser devidamente harmonizados e compatibilizados, sob pena de trazer prejuízos à formação profissional dos estudantes, caso não sejam equilibradamente ministrados ou não observem os preceitos recomendados para uma formação de qualidade nos dois domínios.

Como parte constitutiva desse paradoxo, a formação em saúde, da graduação às residências em saúde, surge como um dos desafios para se efetivar essa reorientação do modelo de atenção e a ressignificação do agir profissional no ato de cuidar, mas, para isso, precisa lidar com o modelo hegemônico de ensino na saúde, como destacam Carvalho e Ceccim (2012), um modelo centrado na pedagogia da transmissão e em uma matriz curricular fragmentada, disciplinar e com desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, com foco no ato de curar e reabilitar um doente, em vez de estabelecer um processo relacional e dialógico de cuidar do outro.

Assim, é imprescindível integração entre as políticas educacionais e de saúde, configurando um processo formativo orientado pela integração entre ensino e trabalho e que potencialize o desenvolvimento de competências para o cuidado integral orientados pelas necessidades de saúde da população e de

desenvolvimento do sistema de saúde (Carvalho; Ceccim, 2012). Para Sant' Anna e Hennington (2011, p. 224, grifo nosso), a reorganização do trabalho em saúde deve

> [...] passar pela implementação de processos educacionais e formativos da força de trabalho, resultando na boa qualidade do produto final ofertado, que deve ser pautada pela prestação de assistência capaz de dar acolhimento e/ou resolução às necessidades sentidas pelos usuários; *além da* introdução ou ampliação de dispositivos democráticos de discussão e de decisão, que visem ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas na gestão dos processos de trabalho.

Consequentemente, a necessidade de reorientação da formação profissional em saúde na graduação, além da subjetivação e ressignificação dos saberes e das práticas dos profissionais que já estão inseridos no sistema, por meio de processos de educação permanente e/ou de pós-graduação dos profissionais de saúde em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS, isto é, formação no SUS e para o SUS, é expressa como estratégia para reorientação do modelo hegemônico de atenção à saúde.

Desse modo, partimos da compreensão de que o agir em saúde é consequência dos paradigmas hegemônicos, o pedagógico do ensino na saúde e o modelo de atenção à saúde, os quais foram sócio-historicamente constituídos e são cotidianamente perpetuados. Advogamos que as Residências em Saúde constituem estratégico processo de ensino-aprendizagem em serviço, sob a lógica da educação permanente em saúde, com potencialidade para promover a subjetivação e a ressignificação de saberes e práticas e, consequentemente, a reorientação dos processos de trabalho e de cuidado.

Imerso nesse contexto histórico-político-educacional controverso que se propõe ser processo transformador do agir

em saúde, e como um núcleo de formação contra-hegemônico, insere-se a Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), que tem como pressuposto o fortalecimento de um processo de mudança que conduza efetivamente à universalização e à integralidade da atenção, a fim de superar as iniquidades sociais e na saúde, que persistem sistematicamente na sociedade, nos territórios sanitários e cenários de aprendizagem, ensejando situações de discriminação e desvantagens no acesso aos serviços e às políticas públicas, reforçando condições de vulnerabilidades individuais e coletivas.

3.5 Residências em Saúde como Estratégia de Educação Permanente para qualificação e fortalecimento do SUS

A Residência, como dispositivo de formação, decorre de um movimento histórico de especialização do saber médico, o qual foi estruturado no espaço do hospital em meados do século XVII, constituindo o que hoje é conhecido como as clínicas médicas. Criada dentro de instituições hospitalares e em regime de internato, os programas de residência passaram a configurar uma modalidade de pós-graduação *lato sensu,* caracterizada pela formação em serviço sob supervisão, sendo considerada o "padrão-ouro" da especialização médica (Ferreira; Olschowsky, 2010; Ceccim; Kreutz; Mayer Jr, 2011; Haubrich *et al*., 2015; Medeiros, 2016).

A Residência Médica surgiu em 1879, nos Estados Unidos, no Hospital John Hopkins, como programação destinada ao treinamento dos médicos após a graduação. Com base nessa experiência, espalhou-se pelos Estados Unidos da América e, posteriormente, para outros países, atingindo amplo reconhecimento e sendo considerada indispensável para formação do médico. No Brasil, a Residência Médica foi institucionalizada

há quase 40 anos, quando foi regulamentada oficialmente, em 1977, por Decreto Federal, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica, embora existente desde os anos de 1940 neste formato (Haubrich *et al*., 2015; Medeiros, 2016).

Reforçando esse padrão de formação na saúde, é importante ressaltar a publicação do Relatório Flexner, em 1910, e o quanto este fato influenciou/influencia a formação e as práticas médicas no mundo ocidental e, posteriormente, dos demais profissionais do campo da saúde. Esse Relatório consistiu em avaliação da situação do ensino nas 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá, realizada por Abrahan Flexner, a convite da *Carnegie Foundation*.

Como resultado dessa avaliação, o Relatório propôs um modelo de ensino médico que ficou conhecido como Modelo Biomédico Flexneriano, com ênfase na atenção médica centrada no indivíduo e na doença, na organização da assistência em especialidades médicas, valorização do ambiente hospitalar no processo de aprendizagem e cuidado. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de determinação social da saúde (Pagliosa; Da Ros, 2008; Almeida Filho, 2010; Carvalho; Ceccim, 2012; Paim, 2012).

Essas características são tidas como consenso sobre modelo atenção e de formação profissional em saúde, em que os hospitais se transformaram na principal instituição de transmissão do conhecimento e às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (Anatomia, Fisiologia, Patologia) e a parte teórica das especialidades. As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação, centrado na doença e no hospital (Pagliosa; Da Ros, 2008; Carvalho; Ceccim, 2012; Paim, 2012).

Mesmo que essas características estejam historicamente associadas ao contexto da educação e prática no campo da saúde, Almeida Filho (2010) enfatiza que esse consenso representa arcabouço conceitual e ideológico que não condizem efetivamente com a análise e as recomendações do Relatório Flexner, pois, ao consolidar a matriz curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados, "o Relatório Flexner, na prática, introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde" (Almeida Filho, 2010, p. 2234).

Segundo o autor, o processo de descaracterização dos pontos axiais do Relatório Flexner consistira em conjunto de recalques e distorções ao texto original, os quais estariam relacionados ao contexto político-ideológico de resistência à ditadura militar e redemocratização gradual e controlada por quais o país passou.

> [...] naquele momento buscavam-se propostas capazes de superar pautas e agendas de reforma da educação médica e de formação de recursos humanos em saúde, supostamente herdadas do regime de exceção e do imperialismo americano. [...]. Para tornar mais eficiente a montagem imaginária, foi preciso atribuir face humana ao antagonista: o funcionalismo seria parsoniano; o reducionismo, cartesiano; o positivismo, comtiano; o organizacionismo, taylorista; o modelo biomédico seria, naturalmente, flexneriano (Almeida Filho, 2010, p. 2247-2248).

Mesmo que tenha sido comemorado como modelo de formação científica das profissões da saúde, contudo, o lado negativo é que essa educação adquiriu caráter instrumental e disciplinar, de habilitação para fazeres profissionais recortados em ocupações, fragmentados em especialidades e centrados nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença,

em especial nas intervenções por procedimentos e com o uso de equipamentos, em que a saúde ficou compreendida como ausência de doença (Carvalho; Ceccim, 2012, p. 141-142).

Pouco tempo após a publicação do Relatório Flexner, em 1920, na Inglaterra, o médico real Lorde Bertrand Dawson publicou outro documento histórico para gestão e planejamento de sistemas de saúde pública, que ficou conhecido como Relatório Dawson, o qual propunha uma educação em saúde integrada intimamente com o sistema de saúde e a não exclusividade dos hospitais para o ensino e como campo de habilitação profissional, dando ênfase à incorporação das práticas de Atenção Primária à Saúde e não à atenção especializada hospitalar, usando a rede regular de serviços como escola e não hospitais universitários (Carvalho; Ceccim, 2012).

O Relatório Dawson é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob base geográfica definida. A ênfase era na integração entre atividades preventivas e curativas e na utilização do médico generalista e de um âmbito considerado primeiro nível de atenção. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico, em 1948, que, por sua vez, passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países (Lavras, 2011; Carvalho; Ceccim, 2012).

Carvalho e Ceccim (2012) destacam que as recomendações feitas pelo Relatório Dawson não foram adotadas rapidamente como as de Flexner, pois depararam com intensa resistência dos médicos pela restrição/limitação à prática liberal-privatista e pela regulação das práticas profissionais contidas nas proposições de Dawson, as quais deveriam ser executadas pelo Estado.

Apesar de haver duas concepções para orientar os modelos de ensino e atenção à saúde, prevaleceu, no mundo ocidental, o modelo que estava mais alinhado com a Medicina liberal e os interesses corporativos dessa categoria. Para Medeiros (2016), o modelo biomédico flexneriano determinou o processo de ensino-aprendizagem na Residência Médica, e, por que não dizer, no ensino na saúde de maneira geral.

> O contato direto e intensivo com o doente foi decisivo na transformação da medicina ao longo dos séculos, e definiu esse ato como essencial para a formação do médico. A priorização do fazer e da observação exaustiva dos sinais da doença influenciou o espírito da Residência até nossos dias, como indica sua denominação alternativa de *treinamento em serviço* (Medeiros, 2016, p. 21-22, grifo nosso).

A instituição de programas de residência para profissionais da área da saúde[46], exceto médicos, data dos anos 1960, e seguiam os moldes da Residência Médica há pouco descritos, configurando processo de formação, em que a carga horária prática é significativamente maior do que os momentos de reflexão teórico-prática. A primazia é atribuída à Residência em Enfermagem, criada no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, no ano de 1961. Posteriormente, vários outros programas foram instituídos, não somente na Enfermagem, como também na Odontologia, na Farmácia, na Nutrição e na Fisioterapia. Esses programas são oferecidos inclusive com financiamento público, como ocorre nos estados de Pernambuco, Ceará, Rio de Janeiro, Maranhão, São Paulo e outros (Comis-

46 De acordo com a Resolução 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do conselho são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

são Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2009; Medeiros, 2016).

Nesse sentido, na segunda metade dos anos 1970, surgiram, no Brasil, as primeiras experiências de Formação em Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde, como Residência, especificamente, a primeira experiência de Residência em Medicina Comunitária, em 1976, fato atribuído à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária São José do Murialdo, com proposta de formar profissionais com uma visão integrada de saúde, com vistas à configuração de um perfil humanista e crítico, com as competências para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade (Brasil, 2006b; Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2009; Ferreira; Olschowsky, 2010; Rosa; Lopes, 2010; Ceccim; Kreutz; Mayer Júnior, 2011; Haubrich *et al.*, 2015).

Além da referida experiência, também são apontadas, nesse período, outras experiências em Saúde da Comunidade, em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde e em Saúde Mental, revelando, como destacam Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior (2011, p. 261), "a participação individual ou conveniada, tanto de Universidades como de Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde, de Hospitais de ensino e de órgãos ligados ao SUS por várias vias".

Sobre essas experiências, Ceccim (2010) destaca que:

> [...] teriam sido importantes para a conformação de certa massa crítica que teria contribuído, em seus espaços locorregionais – e ao lado das representações profissionais e movimentos sociais nacionais –, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). *Consequentemente*, a formação multiprofissional em serviço se colocaria como estratégia relevante para a conformação de trabalhadores comprometidos e aptos para intervir, com sua ação técnica, política e

> gerencial pelas mudanças necessárias na produção da saúde. (Ceccim,2010, p. 19, grifo nosso)

No que concerne à Saúde da Família, podemos associar esses anseios de reorientação do modelo de atenção e cuidado em saúde, com a criação, em 1993, do Programa Saúde da Família (PSF), apoiado no sucesso do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O sistema vai se estruturando pela APS, os municípios passaram a demandar um profissional com perfil adequado a esse novo campo, evidenciando-se, ainda mais, as contradições entre o sistema de saúde e a formação em saúde (Brasil, 2006a).

Assim, com vistas a suprir as demandas da Saúde da Família, em 2002, foram criados 19 programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), com financiamento do Ministério da Saúde, com formatos diversificados, mas na perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde. Experiências de RMSF, entretanto, autofinanciadas, são anteriores a esse período e já enfatizavam e demonstravam a potencialidade dessa modalidade de formação em serviço como estratégia para qualificação profissional no contexto da ESF, a exemplo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, em atividade, e do Programa de Residência de Enfermagem e Medicina em Saúde da Família, da ESP/CE (2000-2006), já encerrado, entre outras (Brasil, 2006b; Dias *et al.*, 2015).

Torres (2015) argumenta que as mudanças instituídas no Governo Lula, com a reestruturação do MS e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), representou olhar diferenciado para formação dos trabalhadores em saúde, como caminho prioritário para a mudança no modelo de atenção e gestão do SUS.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) foi apresentada como estratégia de educação permanente, com potencial para promover reorientação do modelo de atenção à saúde na Atenção Básica, com a ressignificação de saberes e práticas, tendo como premissa os princípios e as diretrizes do SUS e da ESF, o estímulo e o fortalecimento do trabalho em equipes multidisciplinares, as trocas efetivas de saberes e práticas, com objetivo de produzir as condições necessárias para mudança no modelo biomédico hegemônico, médico-assistencial fragmentado, restritivo e biologicista (Nascimento; Oliveira, 2010; Rosa; Lopes, 2010); consequentemente, influenciando a produção do cuidado e a constituição de uma nova realidade sociossanitária para população e territórios adscritos.

As Residências Multiprofissionais/Integradas em Saúde, no entanto, tiveram a institucionalização em 2005, quando foi promulgada a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), sendo inseridos parágrafos criando a Residência em Área Profissional da Saúde e instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento foram disciplinados em ato conjunto dos ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Apesar de já delimitar a exceptualidade da categoria médica, essa lei usa a expressão área profissional da saúde, defendida como área de intervenção em saúde e apagamento do conceito de Residência Integrada (Ceccim; Kreutz; Mayer Júnior, 2011; Torres, 2015).

Em novembro do mesmo ano, foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117, de 3 de novembro de 2005, que "institui a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências", porém sem definir as diretrizes e os critérios para

esta criação. Esta portaria e a mudança de nomenclatura estão associadas com a mudança dos gestores no MS ocorrida meses antes, pois, segundo Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior (2011), a categoria médica buscava maior influência e negava a residência como modalidade formativa para as demais categorias profissionais da saúde e espraiada por diversos cenários de trabalho, mantendo-se autocentrada no objeto/canários de práticas, desconsiderando o processo histórico e as experiências envolvendo as Residências em Saúde.

Mencionadas inconsistências normativas, as quais foram corrigidas com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que revogou a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117/2005, a qual estabelece definições, critérios e diretrizes sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde (Uniprofissional), instituindo o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2009a).

Essa portaria define que os programas de Residência constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu,* destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, em consonância com as residências médicas e em ambiente hospitalar e desconsiderando as experiências anteriores e as diversidades de cenários e as peculiaridades do contexto da APS, Saúde da Família e da gestão.

A legislação determina ainda que as Residências sejam orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, baseadas nas necessidades e realidades locais e regionais, de maneira a contemplar variedade de eixos norteadores, que objetivam uma

formação integral, articulada e integrativa na área da saúde, contextualizada e balizada pelo conceito de saúde ampliada; de educação permanente; do quadrilátero da formação; do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; da intersetorialidade; da pedagogia problematizadora; da interiorização do trabalho em saúde; tomando a residência como espaço/estratégia de mudança dos modelos de gestão e atenção (Ceccim; Feuerweker, 2004; Brasil, 2009a; Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2009).

Ao considerar as experiências envolvendo as Residências em Saúde (Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde) dos programas que antecedem à institucionalização governamental, Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior (2011, p. 261) asseveram que "uma regulamentação teria muito mais a aprender que propor originalmente; teria que ouvir, mais que fazer silenciar".

Nesse sentido, Torres (2015) destaca que, anterior ao processo de regulamentação das Residências em Saúde, já havia intenso diálogo com movimentos instituintes, que, mesmo de modo incipiente, congregava residentes, coordenadores e preceptores/tutores em torno da discussão de uma política pública de formação em saúde, particularmente no contexto das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde.

No arcabouço normativo e na literatura que se seguiram, contudo, é observada celeuma de termos para designar as Residências em Saúde atrelada ao jogo de interesses e disputas corporativas (Dallegrave; Kruse, 2009; Dallegrave; 2013; Ceccim; Kreutz; Mayer Júnior, 2011; Torres, 2015).

Sobre a institucionalização das Residências em Saúde, Dallegrave (2013, p. 140) destaca quatro momentos: o primeiro, partiu da ideia de que o trabalho em saúde ensina, que ele emite signos que funcionam para ativar modos de aprender e cuidar; o segundo momento decorreu de um processo de fragilização

política das Residências Multiprofissionais e da necessidade de institucionalização que acabou seguindo os moldes da Residência Médica; o terceiro deslocamento foi a latência até 2009; o quarto momento, aquele que está acontecendo desde a instituição da Portaria nº 1.077/2009, que vem escolarizando as Residências em Saúde e recheando-as de "verdades" provenientes dos regramentos centrais (burocráticos, formais, antecedentes ao cotidiano).

Na perspectiva de Ceccim, Kreutz e Mayer Júnior (2011, p. 258), a normatização enfatiza que as Residências em Área Profissional da Saúde são programas de pós-graduação na modalidade de ensino-aprendizagem em serviço, sob supervisão docente-assistencial de profissionais de saúde. Além disso, "a Residência Médica é destinada a médicos e a Residência em Área Profissional é destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuado a categoria médica".

Ainda consoante esses autores, a definição Residência Integrada em Saúde (RIS) era marcada por uma concepção de interpenetração de Ciências Biológicas com as Ciências Sociais e as Humanidades; entre educação e trabalho; do trabalho educativo pela cidadania; do trabalho multiprofissional pela prática interdisciplinar; de especialização médica e aperfeiçoamento profissional em saúde; entre especialização e necessidades sociais e, em especial, da formação em saúde pelo Sistema Único de Saúde.

Para eles, no arcabouço legal, houve apagamento deliberado da perspectiva integrada, associado a grupos no governo, movidos por interesses corporativistas, "um embaraçamento de fios em meio à tessitura não concluída. Embaraços provocados por ruídos e vozes corporativas ou de baixa tenacidade com fios que tecem as necessidades contemporâneas na saúde" (Ceccim; Kreutz; Mayer Júnior, 2011, p. 259).

Mais do que retórica e jogo de palavras, a predileção por uma nomenclatura na institucionalização das Residências em Saúde (Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde) sugere a descontinuidade de uma política e do modo de conceber e organizar processos formativos orientados pelos princípios e pelas diretrizes do SUS e voltados para reorientação dos modelos de ensino, que superassem o corporativismo excludente e mercantilista; e do agir em saúde, na perspectiva do cuidado integral, do trabalho em equipe e do compartilhamento de saberes, fazeres e poderes (Ceccim; Kreutz; Mayer Júnior, 2011; Dallegrave, 2013; Torres, 2015).

Sobre a celeuma de terminologias no contexto das residências, reiteramos a proposta de Dallegrave (2013) para criação do descritor "Residências em Saúde" como:

> [...] a formação pelo trabalho que se dá nos serviços de saúde, realizada por profissionais já formados e denominados profissionais de saúde residentes, com supervisão de outros profissionais (denominados preceptores ou tutores ou outro) de modo a constituir formulações sobre as situações de cuidado e construção de maneiras de cuidar a partir delas (Dallegrave, 2013, p. 138).

Tomando por referência essa proposição, procedemos a algumas reflexões sobre a polissemia e a polifonia, no sentido baktiniano[47], que carrega a expressão Residências em Saúde. São reflexões que nos acompanham e temos embebido nos espaços e tempos, nas travessias e nos atravessamentos no contexto das Residências em Saúde, dos encontros nacionais e locais e das vivências nesse contexto.

47 A polifonia tem como principal propriedade a diversidade de vozes controversas no interior de um texto. Conforme a tese do linguista russo Mikhail Bakhtin, este conceito se caracteriza pela existência de outras obras na organização interna de um discurso, as quais certamente lhe concederam antecipadamente boas doses de ascendência e ideias iluminadas.

Além da criação de um descritor abrangente e que agrupe todos os possíveis modelos de Residências em Saúde, empreendemos compreender a formação nesse contexto como o processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho na área da saúde realizada por "profissionais já formados e denominados residentes", não necessariamente restrito às categorias profissionais da saúde, normativamente definidas, possibilitando a inclusão de outros profissionais, de acordo com as necessidades de cada área de concentração[48] e cenário de aprendizagem. Residências em Saúde como espaço-tempo e não lugar de constituição de sujeitos da práxis.

Com a devida "supervisão de outros profissionais (denominados preceptores ou tutores ou outro)", deixando evidente que a formação no contexto de residência prescinde de supervisão profissional, não se concebe formação pelo trabalho sem um profissional devidamente qualificado para estar no papel de facilitador da articulação/reflexão teoria-prática, para que o profissional em formação seja estimulado a refletir sobre o saber-fazer na perspectiva de ressignificação de saberes e práticas e transformação social, e não a mera reprodução dos fazeres instituídos; preferencialmente, um supervisor que tenha passado pelo processo formativo que está facilitando, porém essa não é uma condição *sine qua non* para definir esse profissional, pois, este precisa estar aberto a compartilhar saberes e poderes, disposto a ensinar, como também a aprender, cotidianamente, consciente do ser inacabado e em constante transformação e condicionado por um modo de ser e agir sócio-histórico e culturalmente constituído.

48 Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012 – Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Art. 4º, § 1º: Entende-se como área de concentração um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS.

Residências em Saúde para designar formação pelo trabalho na área da saúde, independentemente da categoria profissional, ou seja, independentemente se Residência Médica, Multiprofissional, Uniprofissional, em Área Profissional da Saúde ou Integrada em Saúde. Isto motiva a discussão do porquê da segregação entre as categorias profissionais, além da necessidade de institucionalização de uma Política Nacional de Residências em Saúde que priorize as necessidades de saúde da população, sem privilegiar determinada categoria em detrimento das demais, reforçando um modo de agir em saúde individualizado, fragmentado e especializado, desconsiderando a concepção ampliada de saúde e da gestão do cuidado compartilhado e integral.

Saúde deve ser compreendida como direito de cidadania e necessidade social, diferentemente da afirmação contraditória de que as Residências em Saúde sejam orientadas pelas necessidades do mercado[49] ou que visem a "favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS" (Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2012, s/p).

Campos (2015b) argumenta que confundir necessidades sociais, decorrentes de complexos processos dependentes da dinâmica econômica, social e política, com necessidades de consumo de bens ou serviços, é uma manobra ideológica que interessa ao mercado e às instituições que administram práticas

49 Durante o VI Encontro Nacional de Residências em Saúde, realizado em julho de 2016, em Curitiba-PR, em uma mesa em que se debatia sobre o papel das Instituições de Ensino Superior na formação no contexto das Residências em Saúde, uma das debatedoras enfatizou que as Residências deveriam ser orientadas pelas necessidades do mercado. Ao ser questionada sobre a incongruência entre formação orientada pelas necessidades da saúde (SUS) e do mercado, foi enfática na afirmação de que programas precisavam se adaptar e atender às necessidades do mercado. Acreditamos que é nesse tipo de discurso que a mercantilização ganha espaço.

sociais; uma manipulação, uma vez que tenta transformar um meio em um fim. Confundir valor de uso com atendimento automático de necessidades sociais é uma armadilha tecnocrática ou mercantil, que dificulta, à maioria, analisar de modo crítico a produção de valores de uso (Campos, 2015b, p. 49).

Essas discussões carecem de aprofundamento e embasamento que não cabem aqui, mas que dão vislumbre que mais do que retórica ou confusão semântica, como enfatizam Dallegrave e Kruse (2009),

> São muitos discursos, enunciados que se tramam e se enlaçam na divergência, na complementação, na sustentação, na desconstrução. São muitas vozes, em muitas vezes. Vozes mansinhas, vozes clarinhas, vozes potentes, vozes imponentes. Às vezes breves, às vezes permanentes, algumas no olho do furacão, outras na ilha da fantasia (Dallegrave; Kruse, 2009, p. 222).

Nessa polissemia, "está em jogo a disputa por modalidades pedagógicas", e modos de agir em saúde, do corporativismo pela reserva de mercado, de poder sociocultural de uma categoria profissional sobre as demais e os modos de ser e levar a vida (Dallegrave; Kruse, 2009).

3.6 Método Paideia e Avaliação de Quarta Geração – caminhos para Pesquisa Avaliativa Participativa

Ao partir das concepções de cidadania e democracia participativa gregas, Campos (2013, 2015b) elaborou uma metodologia para análise e cogestão de coletivos organizados para produção, denominado de Método Paideia ou Método da Roda. Ele parte da hipótese de que, durante os processos de produção de bens ou serviços (com um certo valor de uso), ocorre, de modo

simultâneo, a coprodução de sujeitos (agentes da produção) e instituições como coletivos organizados.

Para o autor, o Sistema de Cogestão (cogestão definida como compartilhamento de poderes e saberes) se efetivará pela construção de espaços coletivos, entendidos como arranjo organizacional montado para estimular a produção/constituição de sujeitos e coletivos organizados. Referem-se a espaços concretos de tempo e lugar, destinados à comunicação, elaboração e tomada de decisão, por meio da gestão democrática e participativa, em que o poder esteja em jogo, sob uma nova lógica de distribuição, concretizado pela construção de sistemas de cogestão, nos quais, de fato, analisem-se problemas e se tomem deliberações compartilhadas com todos os atores sociais envolvidos (Campos, 2015b).

Esses espaços coletivos de operacionalização da democracia institucional se concretizam pelo Método da Roda, a roda como espaço de lugar e tempo, em que se possam analisar fatos, participar da gestão, educar-se e reconstituir-se como sujeito, valendo-se do próprio trabalho e o exercício cotidiano de poder como escola, o denominado "efeito Paideia" (Campos, 2013, 2015b). Campos, Cunha e Figueiredo (2013, p. 15) enfatizam que a metodologia de Formação e Apoio Paideia objetiva aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o contexto, sobre os outros e sobre si mesmas, contribuindo para instituir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social.

Como discutido aqui, a concepção sobre democracia e respectiva operacionalização é fundamental na efetivação do Método da Roda. Das reflexões de Campos (2015b), podemos apreender que não se pode falar em espaços coletivos para cogestão sem a construção de sistemas de cogestão e de democracia institucional, superando a visão instrumental e recons-

tituindo as estruturas, os saberes, as normas e os valores que fundamentam a Racionalidade Gerencial Hegemônica, adotando como diretriz metodológica a instalação deliberada de processos que objetivem o estabelecimento de Espaços Coletivos da gestão democrática e participativa.

Para esse autor, a democracia é uma construção social, produto da práxis de Grupos Sujeitos e produtora de sujeitos autônomos/emancipados, e enfatizando que:

> A democracia é, pois, um produto social. Depende da correlação de forças, do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Depende da capacidade social de se construírem espaços de poder compartilhado: rodas. A existência desse espaço é um sinal de democracia. A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do Poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição (Campos, 2015b, p. 41).

Sobre o sujeito com algum grau de autonomia sobre os condicionantes sócio-históricos, é aqui entendido como os atores e agentes envolvidos na construção, reprodução e/ou transformação das práticas de saúde, um sujeito que exerce e sofre a ação, dotado de qualidades e defeitos, necessidades e valores próprios, carregado de singularidades que o individualizam e o norteiam, constituídos e condicionados sócio-historicamente, porém capaz de produzir coisas e transformar a própria história e a realidade social; sujeito consciente e compreendido como ser no mundo e sujeito da práxis, que reconhece as próprias limitações e que está vinculado, mas não totalmente alienado e determinado por um pragmatismo fatalista, contudo influenciado por um saber/fazer hegemônicos, seres em constante devir (Ayres, 2001; Campos, 2013, 2015b; Freire, 2015).

Sem a pretensão de elaborar mais uma teoria sobre a concepção de sujeito com o Método Paideia, mas como tentativa de reciclar/resgatar/repensar o ser no mundo, em face do materialismo pós-moderno, Campos (2015b), norteado por uma razão dialética, argumenta que uma teoria sobre o sujeito deve considerar tanto a subordinação, quanto a insurreição; tanto a adaptabilidade dos grupos a situações de opressão quanto a capacidade de gerar novos contextos, de criar outras subjetividades, outros imaginários e, por decorrência, novas máquinas sociais. O velamento do Sujeito é uma ação deliberada, uma estratégia de dominação (Campos, 2015b, p. 88).

Destaca a seguir que o modo de constituição/coprodução do Sujeito é tributário de três lógicas: Determinismo, Acaso e Agir Deliberado. O sujeito é determinado por forças internas e externas a ele; no entanto, o acaso também interfere alterando e modificando essas linhas de constituição; e há ainda a capacidade do sujeito de agir ou reagir contra essas forças estruturadas ou ocasionais. Sempre segundo múltiplas e variadas combinações. Consequentemente, a produção do Sujeito é um processo ininterrupto e sempre inacabado, não havendo, portanto, identidade estável. Embora haja, em cada pessoa ou coletivo, estabilidade relativa de alguns elementos, ou processos, ou tendências, identificáveis como características de tal ou qual Sujeito (*op.cit.*, p. 98).

Seguindo essas reflexões, podemos asseverar que o Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) e o próprio regimento da Residência Integrada em Saúde da ESP/CE aproximam-se do referencial de formação e práxis Paideia, ao assumirem como compromisso a formação de profissionais éticos, críticos, reflexivos e autônomos, capazes de avaliar, analisar e criar norteados por um processo de ensino-aprendizagem que os capacite a terem

atitude crítica e reflexiva sobre as próprias vivências, acerca de si mesmo e a respeito dos desafios cotidianos imanentes do contexto de formação e trabalho (Ceará, 2012, 2013a, 2013b).

Com efeito, entendemos que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da RIS-ESP/CE, conforme os referenciais teóricos e as diretrizes pedagógicas, pode se constituir como o *setting*, espaço coletivo de cogestão, como o não lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de sujeitos e coletivos autônomos, no tocante aos encontros de aprendizagem em serviço.

No que concerne à ideia de avaliação, ela pode ser considerada como componente das práticas dos diversos âmbitos e campos do espaço social. Como consequência, conforme enfatiza Vieira-da-Silva (2014a, p. 15), tendo em vista a diversidade de expressão em distintos campos, "tem gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicação de suas opções teóricas e técnicas".

Isso se deve ao fato de a avaliação ter se modificado e se adaptado com o tempo, refletindo o contexto histórico, os interesses, propósitos e as suposições filosóficas dos teóricos, profissionais e condutores das avaliações (Guba; Lincoln, 2011).

Patton (1980) destaca que utiliza o termo avaliação amplamente para incluir qualquer esforço para aumentar a eficácia humana por via da investigação sistemática baseada em dados/informações.

Apesar do consenso de que toda avaliação estabelece julgamento, diante da diversidade de concepções e estratégias, no campo da avaliação, é complexo estabelecer definição que comporte toda a polissemia conceitual e a multiplicidade de abordagens sobre o tema (Patton, 1980; Contandriopoulos *et al.*, 1997; Guba; Lincoln, 2011; Vieira-da-Silva, 2014a, 2014b).

Ainda assim, Contandriopoulos *et al*. (1997) propuseram conceito tido como simples e abrangente, segundo o qual a avaliação consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com objetivo de subsidiar a tomada de decisão.

Para Vieira-da-Silva (2014a), no entanto, o problema com esse conceito é que ele limita o escopo da avaliação à dimensão instrumental da ação, destacando a necessidade de uma justaposição a essa definição, ao enfatizar o conceito de campo (sentido bourdieuano[50]) da avaliação, como rede de relações entre agentes e instituições. A autora destaca que, substituindo o conceito de intervenção pelo de práticas sociais, pode contribuir para uma ideia de avaliação mais abrangente, "podendo ser considerada como um dos tipos de julgamento que se faz sobre as práticas sociais" (Vieira-da-Silva, 2014a, p. 16).

A autora enfatiza, ainda, que, no campo da saúde, a avaliação toma por objeto desde as práticas do cotidiano até aquelas relacionadas com o trabalho, nos diversos âmbitos, envolvendo as intervenções sociais planejadas e formalizadas ou não em planos e programas, voltadas para modificação de determinada situação (Vieira-da-Silva, 2014a, 2014b).

Patton (1980) destaca também a ideia de que, na arte da avaliação, incluem-se a criação de um projeto e as informações adequadas a uma situação específica e para tomada de decisão adequada a um contexto particular, não existe um único padrão ideal. A beleza está no olho do espectador, e os espectadores da avaliação incluem uma variedade de implicados: tomadores

50 Os campos, segundo Bourdieu, têm as próprias regras, princípios e hierarquias. São definidos com base nos conflitos e tensões no que diz respeito à própria delimitação e constituídos por redes de relações ou oposições entre os atores sociais que são seus membros (Chartier, R. **Pierre Bourdieu e a história** – debate com José Sérgio Leite Lopes. Palestra proferida na UFRJ, Rio de Janeiro, 30 a br. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/topoi/ v3n4/2237-101X-topoi-3-04-00139.pdf. Acesso em: 30 nov. 2015).

de decisão, elaboradores de políticas, financiadores, gerentes de programas, especialistas, participantes do programa e público geral. Qualquer desenho de avaliação é necessariamente uma interação de recursos, possibilidades, criatividade e julgamentos pelas pessoas envolvidas (Patton, 1980, p. 13).

Estabelecendo uma trajetória histórica do desenvolvimento da avaliação, Guba e Lincoln (2011) identificam quatro gerações, segundo a abordagem nos processos avaliativos. A primeira é baseada na mensuração (dos resultados escolares, testes de inteligência, da produtividade dos trabalhadores). A função do avaliador é essencialmente técnica, o qual tem que saber elaborar e aplicar o arsenal de instrumentos disponíveis para medir os fenômenos estudados.

A segunda geração é caracterizada pela descrição de padrões de pontos fortes e fracos a respeito de programas com objetivos estabelecidos. Segundo os autores, esse estágio também poderia ser chamado de geração de objetivos. O avaliador mantinha os aspectos técnicos da geração anterior, acrescidos da função de descritor. Para Contandriopoulos *et al*. (1997), ela trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir os resultados.

A terceira geração caracterizou-se por iniciativas de alcançar juízos de valor como parte essencial da avaliação, isto é, o processo avaliativo deve permitir o julgamento de uma intervenção. O avaliador assumiu o papel de julgador, mantendo as funções técnicas e descritivas anteriores (Contandriopoulos *et al*., 1997; Guba; Lincoln, 2011).

Ao propor a quarta geração da avaliação, eles destacam a importância dos sentidos, conteúdos e instrumentos desenvolvidos nesse percurso histórico, e apontam os problemas e as limitações predominantes nas três primeiras gerações de avaliadores, agrupando-os nas seguintes características:

- Tendência ao predomínio do gerencialismo nos processos avaliativos;
- Incapacidade de acomodar o pluralismo de atores e valores; e
- Hegemonia do paradigma positivista: descontextualização da avaliação, dependência de métodos quantitativos, defesa de uma verdade única e inquestionável à evidência científica e desresponsabilização moral e ética do avaliador (pelo fato da ciência ser supostamente isenta de valores).

Com vistas a superar essas limitações e como alternativa aos referenciais anteriores, Guba e Lincoln (2011, p. 59) propõem a Avaliação de Quarta Geração (AQG), definindo-a como um modelo de avaliação em que as reivindicações, as preocupações e as questões dos grupos de interesse (*stakeholders*) servem como enfoques organizacionais (principalmente para determinar quais informações são essenciais), que são implementadas de acordo com os preceitos metodológicos do paradigma de investigação construtivista .

As *Reivindicações* são construções favoráveis ao objeto da avaliação; *Preocupações* são construções que quaisquer interessados venham a apresentar que sejam desfavoráveis ao objeto de avaliação; e *Questões* diz respeito a qualquer situação que geram discordâncias e/ou divergências.

Os interessados (*stakeholders*) são pessoas ou grupos que têm algum interesse em jogo, diante do que está sendo avaliado, isto é, estão de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pelo programa e por eventuais consequências do processo avaliativo. No transcurso do círculo hermenêutico-dialético, busca-se revelar as "construções" mais diversas possíveis e compete ao avaliador conduzir o processo de modo

que cada grupo confronte e lide com as construções de todos os interessados. Não importa quem é o primeiro respondente ou as características típicas de determinado grupo, o que importa é a abrangência, o objetivo é revelar as mais diferentes construções possíveis, evidenciada pelos olhares plurais e distintos, cabendo ao avaliador a responsabilidade de revelá-las e abordá-las na avaliação (Guba; Lincoln, 2011).

Portanto, a quarta geração se fundamenta no paradigma construtivista ou naturalista, com enfoque responsivo, formativo e emancipador, trazendo como contribuição um delineamento teórico-metodológico sistemático, estruturado em passos que se desenham com base na lógica dialética e da interpretação hermenêutica. Assim, uma das principais atribuições do avaliador é conduzir o processo avaliativo, de modo que possibilite a emergência do confronto e do contraditório de cada grupo de interesse, atuando como mediador, em um processo hermenêutico-dialético (Guba; Lincoln, 2011).

Como destacado por Onocko-Campos e Furtado (2006), o paradigma construtivista baseia-se em uma perspectiva ontológica relativista, que considera a existência de múltiplas realidades sócio-historicamente constituídos, não governadas por leis naturais. Consequentemente, a "verdade" é definida a partir de consensos dialogicamente estabelecidos, elaborados por agentes informados e esclarecidos, e não de uma realidade objetificada pelo método científico, cujos resultados devem ser aceitos acriticamente.

A epistemologia, neste paradigma, é subjetivista, considerando a interação e reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade. E a metodologia, por conseguinte, rejeita a abordagem cientificista/experimental e a substitui por um processo hermenêutico-dialético, considerando-se que é justamente nas ideias de transformação e na mudança que reside a força do referencial construtivista ou interpretativo, envolvendo

contínua e dialética interação, análise, críticas e novas análises (Onocko-Campos; Furtado, 2006; Guba; Lincoln, 2011).

Na perspectiva de Vieira-da-Silva (2014b, p. 22), as vantagens das avaliações construtivistas, estariam na possibilidade de contextualizar as avaliações e de ampliar a compreensão do significado das práticas por meio da apreensão das representações dos atores sociais, além de envolver estes no processo de identificação de problemas e modificação da intervenção.

Furtado (2001) destaca a ideia de que a divisão da avaliação em gerações de avaliadores é essencialmente didática e, na realidade, os diversos referenciais de avaliação coexistem, calcados em diversos eixos metodológicos.

Para Furtado e Vieira-da-Silva (2014), a periodização formulada por Guba e Lincoln (2011), apesar de contribuir para o debate na área, ao introduzir a importância das abordagens qualitativas e participativas para a avaliação, configura-se como artifício ao pressupor homogeneidade em cada uma das fases ou gerações, desconsiderando o papel das instituições e dos agentes individuais nesse percurso.

Assim como nas primeiras gerações da avaliação, no Brasil, a avaliação de políticas públicas esteve mais relacionada à educação do que à saúde, incorrendo nas mesmas limitações e imperfeições relatadas (Campos, 2011b; Guba; Lincoln, 2011).

No campo da saúde, mesmo com as diversas iniciativas e a evidente necessidade de instituir permanente e processualmente processos de avaliação das políticas, programas e intervenções realizadas no contexto do SUS, para Contandriopoulos (2006, p. 710) não basta institucionalizar a avaliação, pois é preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS. O grande desafio para a avaliação estaria em conseguir incorporar nas suas es-

tratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível.

Em conformidade com essa concepção, Furtado (2001) destaca a noção de que a prática da pesquisa avaliativa deve contemplar a necessidade de: 1) incluir diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo; 2) viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; 3) considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular; e 4) capacitar os distintos envolvidos com o programa ou serviço avaliado.

Nesse contexto, o autor propõe a aproximação do Método Paideia (Campos, 2013, 2015b; Campos; Cunha; Figueiredo, 2013) à abordagem de Avaliação de Quarta Geração (Guba; Lincoln, 2011), tendo por base o referencial participativo e construtivista, destacando complementaridades e potencialidades para instauração de um processo participativo em avaliação.

Reforçando a necessidade e importância de implementação de avaliações participativas, Akerman, Mendes e Bógus (2010) destacam a ideia de que este desenho é uma resposta viável à crítica de que a maior parte dos estudos avaliativos divulgados e publicados adota desenhos somativos, empreendidos por agentes externos aos projetos e programas, com ênfase em indicadores quantitativos.

O método construtivista é eminentemente dialógico, participativo e colaborativo, portanto, entendemos que as convergências e complementaridades do Método Paideia e da Avaliação de Quarta Geração configuram-se fundamentais para elucidar o fenômeno dessa pesquisa. Nesta, propomos dialogar sobre a micropolítica do trabalho em saúde no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, buscando avaliar caminhos, estratégias e ferramentas para or-

ganização do processo de trabalho e da produção do cuidado em saúde e suas possíveis contribuições para subjetivação[51] e ressignificação de saberes e práticas no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Além desta pesquisa ser desenvolvida no cotidiano das práticas de saúde, um setor naturalmente complexo e multidimensional, constituído por valores, costumes, crenças, hábitos, relações de poderes, visões, modos de ser e estar no mundo sócio, cultural e historicamente constituídos (Minayo, 2013), soma-se o contexto do ensino em saúde e da formação em serviço que caracterizam as Residências Multiprofissionais em Saúde no País, como estratégia de educação permanente e processo de ensino-aprendizagem no trabalho, o qual também se expressa como complexo e permeado por contradições e jogos de interesse e de poder (Dallegrave; Kruse, 2009; Dallegrave, 2013; Baldisserotto, 2014).

Portanto, tomaremos como referencial teórico e prático as concepções sobre Método Paideia (Formação e Práxis Paideia) e atinentes a Avaliação de Quarta Geração como dispositivos para instauração do processo avaliativo participativo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, ênfase do componente comunitário da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará.

3.6.1 Pesquisa Avaliativa Participativa – Aplicação da Avaliação de Quarta Geração no Campo da Saúde

Sobre a aplicação prática dos princípios e fundamentos conceituais da metodologia da Avaliação de Quarta Geração,

51 Subjetividade como processo relacional, mediada por desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho, que cada homem estabelece com a totalidade em que vem a ser, e com suas partes, incluindo ele próprio, e que fazem dele um sujeito (Mendes-Gonçalves, 1992, p. 34).

Furtado (2001) destaca que as abordagens participativas ou centradas nos usuários da avaliação têm como objetivo engajar os atores no processo de avaliação, visando capacitação e desenvolvimento, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de interesse. Essas abordagens apoiam-se no paradigma holístico, indutivo e construtivista, sacrificando a objetividade e precisão em favor da utilidade social da pesquisa, sendo as questões da avaliação originárias dos usuários e visam incremento das potencialidades e superação das limitações do programa ou serviço, com subsídio em distintos pontos de vista.

A ação avaliativa é uma ação social específica, desenvolvida em ambientes complexos – programas ou serviços – nos quais não é possível atribuir significado específico a um elemento sem considerar a lógica e a interferência de outros, e, como tal, desenvolve-se em um contexto de complexidade crescente, envolvendo vários atores sociais, portadores de papéis, interesses, lógicas e linguagens diversas e não raramente contraditórios e divergentes (Furtado, 2001).

As contribuições dos princípios metodológicos da abordagem construtivista estão no fato de que esta abordagem tem maior capacidade de responder às reclamações, preocupações e questões de grupos socialmente desfavorecidos, marginalizados ou politicamente oprimidos, estando, por conseguinte, compatíveis com uma prática de investigação culturalmente competente (Huebner; Betts, 1999; Furtado, 2001; Lay; Papadopoulos, 2007).

Apesar dessas potencialidades, Lay e Papadopoulos (2007) argumentam que a AQG é pouco conhecida e muito menos aceita dentre as correntes principais de metodologias de avaliação. Apontam, entretanto, que muitas avaliações de cunho colaborativo/participativo, em essência, são semelhantes à AQG.

A AQG fundamenta-se em um processo dialógico e construtivista de negociação entre partes interessadas que, em teoria: (1) tenta ajudá-los a chegar a um consenso sobre a realidade ou reconhecer as discrepâncias; (2) é educacional, pois fornece aos grupos de interesse a oportunidade de incorporar outras perspectivas construídas por outros grupos; e (3) é capacitação porque todo processo é decorrente das construções negociadas entre os grupos de interesse na avaliação (Huebner; Betts, 1999).

O processo de negociação para se chegar a um consenso é o que impulsiona o modelo da AQG, pois é por meio deste processo que as oportunidades de capacitação e educação surgem. Inicialmente, cada grupo de interessados é questionado sobre suas reivindicações, preocupações e questões (RPQ) em relação ao objeto avaliado. Essas RPQ são representativas das construções dos interessados e permitem que eles definam o resultado da avaliação ao conhecer e discutir as percepções de todos os grupos, tendo como consequência o processo de empoderamento dos atores envolvidos (Huebner; Betts, 1999).

Outro ponto importante para realização da AQG consiste na experiência e qualificação do avaliador como mediador/facilitador do processo, sendo destacado como fundamental para alcançar os princípios construtivistas da AQG (Lay; Papadopoulos, 2007).

Podemos destacar, resumidamente, a noção de que os objetivos fundamentais da AQG são: evidenciar as distintas reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse (suas construções), capacitação e desenvolvimento (*empowerment*) dos envolvidos e criação de espaços compartilhados de negociação fundamentais para estabelecer as mudanças, democrática e coletivamente.

São apontados como potencialidades da AQG o envolvimento de vários grupos de interesse e a exposição a múltiplas

perspectivas, de modo a apoiar o desenvolvimento e a sustentação sociais dos programas. As limitações incluem dificuldades em definir os grupos de interesse, dificuldades de se atingir consenso, em razão das variadas opiniões envolvidas, capacidade de os *stakeholders* exporem com clareza os pontos de vista e, ao mesmo tempo, em aceitarem/consensuarem com opiniões divergentes. Além disso, é necessário definir com clareza os indicadores utilizados para verificar os critérios de autenticidade da AQG, sobretudo, relacionados à finalidade educativa (autenticidade educacional) e do objetivo de capacitação/empoderamento (autenticidade tática), para assim fornecer evidências de educação e fortalecimento dos grupos de interesse (Huebner; Betts, 1999; Furtado, 2001; Lay; Papadopoulos, 2007).

Guba e Lincoln (2011) definem como critérios de autenticidade para AQG: imparcialidade, ontológico, educativo, catalítico e tático.

No trabalho realizado por Lay e Papadoupoulos (2007), eles apontam que a *imparcialidade* está relacionada à identificação e inclusão de representantes de cada um dos possíveis grupos de interesse envolvidos no projeto e à igual participação nas reuniões de negociação em todas as etapas da investigação; a autenticidade *ontológica* consiste no respeito, consideração e inclusão dos diferentes pontos de vista e a igual participação nas negociações e construção de confiança; o aprendizado proporcionado pela interação e consideração das preocupações e valores dos demais grupos de interesse, o que repercute na autenticidade *educativa*; a autenticidade *catalítica* refere-se à preparação dos implicados sobre os resultados e a evidenciação conjunta sobre o que precisava mudar; enquanto isso, a autenticidade *tática* está relacionada à capacitação/empoderamento dos grupos de interesse para agir, ou seja, como afirmam Guba

e Lincoln (2011), diz respeito ao grau de autonomia de ação dos interessados e participantes.

Ao destacarem as potencialidades da AQG, os autores enfatizam que essa estratégia de avaliação pode se tornar valioso método de investigação que envolve múltiplos participantes e interesses. Além disso, os projetos e programas altamente autocráticos, sistemas em gestão hierárquicos, poderiam se beneficiar dos efeitos da AQG. Eles reconhecem, contudo, que realizar uma avaliação construtivista é suscetível a falhas, a menos que as condições necessárias para empreendê-la predominem, sendo apontada a necessidade de implementação de estratégias de superação das limitações indicadas (Huebner; Betts, 1999; Lay; Papadopoulos, 2007).

Por todas essas questões listadas sobre a AQG, evidenciamos a semelhança dos fundamentos filosóficos/conceituais e princípios operativos do Método Paideia, como estratégia para constituição de coletivos organizados para a cogestão, e os princípios filosóficos e operativos da AQG.

4
METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Este trabalho configura estudo de abordagem qualitativa, do tipo avaliativo-participativo. O estudo qualitativo possibilita conhecer os processos históricos que exprimem os distintos padrões de relação entre Estado e sociedade, bem como as características dessa configuração no encaminhamento das propostas de organização e transformação no campo da saúde, considerado um setor naturalmente complexo e essencialmente multidisciplinar (Turato, 2005; Minayo, 2013).

Por conseguinte, a pesquisa qualitativa tem como objeto o universo da produção humana em uma realidade social, imbricada por uma diversidade de fenômenos humanos dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias e sentimentos que podem ser resumidos no mundo das relações, representações e intencionalidades (Turato, 2005; Minayo, 2013).

A validade e a confiabilidade dos dados qualitativos dependem em grande parte da expertise metodológica, da sensibilidade e da integridade do pesquisador. A observação sistemática e rigorosa envolve muito mais do que apenas estar presente e olhar ao redor. Habilidade para entrevistar envolve muito mais do que simplesmente fazer perguntas. Análise de conteúdo requer consideravelmente mais do que apenas ler para ver o que

está lá. Produzir resultados qualitativos úteis e confiáveis através da observação, entrevistas e análise de conteúdo requer disciplina, conhecimento, treinamento, prática, criatividade e trabalho árduo (Patton, 1980, p. 11).

A pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais, com origem na formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em contexto particular, mediante o recurso das metodologias científicas (Vieria-da-Silva, 2014a, 2014b).

Segundo Contandriopoulos *et al.* (1997), a pesquisa avaliativa cuida de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente, com objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Sobre os objetivos das pesquisas avaliativas, Patton (1980) enfatiza que é necessário distinguir a pesquisa acadêmica da investigação avaliativa. Segundo ele, o objetivo da primeira é possibilitar conhecimento pelo conhecimento, enquanto o objetivo da pesquisa e avaliação aplicadas é informar para ação, para embasar a tomada de decisão e aplicar o conhecimento, com vistas a resolver problemas humanos e sociais, tornando as ações e intervenções humanas mais eficazes.

Seguindo essa ideia da avaliação focada na utilização e, como referido, tomamos por balizas neste estudo as concepções e os princípios metodológicos da Avaliação de Quarta Geração e do Método Paideia, visando uma pesquisa avaliativa participativa.

No que se refere às complementaridades e à aplicabilidade do Método Paideia com a avaliação construtivista responsiva, Wetzel (2005, p. 92) destaca a noção de tanto no Método

da Roda quanto na Avaliação de Quarta Geração, a questão da utilização da avaliação ou o seu valor de uso estão presentes. Ambas as abordagens buscam a capacitação dos sujeitos, mediante processo participativo, para que possam aumentar o seu poder de intervir sobre o seu cotidiano.

Guba e Lincoln (2011) propõem o processo hermenêutico-dialético como caminho para realização de uma avaliação com enfoque construtivista e responsivo. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e dialético porque implica comparação e contraste de variados pontos de vista, com objetivo de construir uma síntese do consenso, como também de registrar os dissensos e revelar as distintas percepções dos implicados sobre o tema.

A Hermenêutica fornece as bases para compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos e parte da linguagem como mediadora de realização da intersubjetividade e do entendimento. Uma atitude hermenêutica deve buscar a contextura do texto que analisa (o termo texto considerado no sentido amplo: relato, entrevista, documento etc.) para a qual "o discurso sempre expressa um saber compartilhado com outros e marcado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura" (Minayo, 2013, p. 344).

A Dialética, por sua vez, remete à concepção do devir e da práxis, sendo desenvolvida por meio dos termos que articulam as ideias de crítica, negação, oposição, mudança, processo, contradição, movimento e transformação da natureza e da realidade social (Minayo, 2013).

Sobre a proposta do método hermenêutico-dialético, Minayo (2013, p. 350) enfatiza o fato de que, mesmo sendo concepções desenvolvidas por movimentos filosóficos distintos, "nessa combinação de oposições complementares, o método dialético tem como pressuposto o método hermenêutico", possibilitando, assim, a aproximação dessas correntes.

Consoante ao que afirma Guba e Lincoln (2011), a proposta desse processo não é justificar determinada construção ou atacar as fraquezas de outras, mas estabelecer um modo de conexão que proporcione a apreciação mútua por parte de todos os envolvidos. A meta com esse processo é alcançar consenso, sempre que possível. Quando não, ele deve expor e esclarecer os distintos pontos de vista e possibilitar uma agenda de negociações. Caso o processo tenha êxito, é porque todas as partes, incluindo o pesquisador, provavelmente, ressignificaram as construções iniciais, permitindo o desenvolvimento e o aprimoramento de todos os envolvidos na avaliação.

Como enfatizam Guba e Lincoln (2011, p. 59), "as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como enfoques organizacionais (princípio para determinar quais as informações são essenciais)" para avaliação construtivista responsiva que possibilita que eles exerçam uma modalidade de controle da avaliação empreendida no seu contexto. Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos, enquanto no método construtivista responsivo, as construções são determinadas por intermédio de um processo de negociação, interativo e colaborativo, que envolve compartilhamento de poder entre os grupos de interesse e o avaliador.

4.2 Cenário e período

Este estudo foi desenvolvido no município de Horizonte, Ceará, cenário de aprendizagem dos profissionais de saúde residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), ênfase da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE).

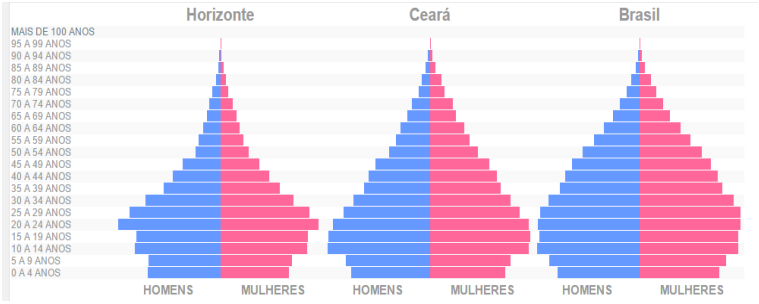
O município de Horizonte está localizado na Região Metropolitana de Fortaleza, distante 42 km da capital cearense.

Tem 191,9 km², dividida em quatro distritos sanitários: Aningas, Catolé, Dourado, Queimadas, além da Sede. A principal via de acesso ao Município é a BR-116. Limita-se ao norte com Aquiraz, ao sul com Pacajus. A leste divide fronteiras com Cascavel e Pindoretama e ao oeste com Itaitinga e Guaiúba.

De acordo com informações que constam no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, o município de Horizonte figura entre as cinco maiores economias do Ceará, em razão de um grande esforço dispensado pela prefeitura municipal, em parceria com o governo do estado, para atrair indústrias. Em razão da proximidade com Fortaleza, o município detém posição estratégica, o que facilita o escoamento de toda produção. Nos últimos anos, Horizonte estabeleceu ambiente favorável a novos negócios, tornando-se um dos maiores sucessos no processo de industrialização do Ceará. Com localização privilegiada, topografia plana, excelente infraestrutura e população qualificada para o mercado de trabalho, Horizonte conta, hoje, com cerca de 40 grandes indústrias e mais de mil estabelecimentos comerciais, que geram juntos cerca de 20 mil empregos diretos. O sistema de comunicação em fibra óptica, a disponibilização de gás industrial pelo gasoduto Guamaré/Pecém e os incentivos das três esferas governamentais completam os atrativos desse município (Horizonte, 2013).

Segundo dados do IBGE/2016, Horizonte possui população estimada de 64.673 habitantes. Conforme a figura 1, que traz comparativo da pirâmide etária do município em relação à do Ceará e Brasil, Horizonte tem a predominância de adultos jovens (20 a 29 anos) e houve um crescimento populacional vertiginoso em duas décadas, saindo de um pouco mais de 18 mil habitantes em 1991, para mais de 55 mil, em 2010 (Horizonte, 2013).

Figura 1 – Pirâmide etária da população do Município de Horizonte/CE, comparado à pirâmide etária do Estado e do Brasil, segundo censo IBGE 2010. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.



Fonte: IBGE, 2017.
Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php? lang=&codmun=230523&search= ceara|horizonte|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3 o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria. Acesso em: 10 jan. 2016.

Esse crescimento médio anual, segundo a gestão municipal, influenciou significativamente a intensa urbanização, o aumento de demanda por bens e serviços públicos. A proximidade com a capital do estado, a oferta de serviços por meio do parque industrial e a qualidade dos serviços públicos prestados potenciaram esse crescente aumento populacional.

Tabela 1 – Indicadores sociodemográficos do Município de Horizonte, Ceará. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Indicadores Sociodemográficos	N
População estimada em 2016	64.673 pessoas (IBGE)
População Economicamente Ativa (PEA)	55% (PMS)
PIB 2014	R$ 974.586 (IBGE)
Renda *per capita* 2010	R$ 18.052 (5ª do Estado)
Índice de Desenvolvimento Municipal (IDM)	56,57 (a média do Ceará é 28,00)
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,679 (o maior do CE é 0,8)

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017 e IBGE[52].

52 Informações sobre o município de Horizonte/CE, de acordo com o IBGE. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230523&search=ceara|horizonte. Acesso em: 10 jan. 2017.

Observação que consideramos pertinente sobre esses indicadores sociodemográficos refere-se ao fato de que muitas pessoas trabalham em Horizonte e residem em outros municípios, particularmente em Fortaleza, em se tratando dos profissionais de saúde de nível superior. Não temos números para embasar essa informação, mas, durante a pesquisa, isso foi latente nas falas, e podemos constatar essa situação que, por vezes, podem ter influenciado os processos de trabalho e de cuidado e, até mesmo, a gestão, como se pode apreender na fala que segue.

> [...] quatro horas da tarde é como se as pessoas perdessem o encanto, vai virar todo mundo sapo se continuar dentro da cidade. [...] uma coisa assim quase enlouquecida, [...] eu brinco muito sabe, tudo enquanto eu digo: eu já sei que tem um encanto que a gente vai perder, mas se puder... aí até que as pessoas parecem que ficaram com vergonha e diminuíram mais isso. Mas, no começo, era capaz de você está aqui e quando você bem esperava, olhava e não tinha ninguém. Era assim como se o mundo fosse acabar lá fora. Estranho demais (gestora municipal).

No que concerne ao contexto de formação na RMSFC, esse fato interferiu negativamente no processo de ensino-aprendizagem, pois, além das atividades semanais noturnas obrigatórias, as rodas de campo e de núcleo, o cuidado era restrito ao turno-padrão diurno. Mesmo que tenham sido relatadas atividades noturnas do grupo de residentes da terceira turma, estas foram ações pontuais de educação em saúde, com a devida compensação de carga horária por folga na semana.

> Começou logo no primeiro dia (*primeira turma*), na primeira confusão, tanto eles (*preceptores*) como os residentes queriam que a carga horária, que a roda acontecesse a partir das quatro horas, quando na verdade era quatro e meia para terminar o expediente. [...]. Os preceptores criaram conflitos entre eles

> mesmos. Inclusive desrespeitando uma das meninas que vinha com contribuição importantíssima da Escola para cá, [...]. E isso foi diminuindo, deixou de sete, passou para seis e meia, passou para seis, passou para cinco e meia e daqui a pouco eram mais ou menos uns quarenta, vinte minutos, não sei o que (gestora municipal, grifos nossos).

Vamos abordar com detalhes sobre esse ponto na discussão sobre o processo de trabalho e a preceptoria, mas é fato que, no período desta pesquisa, as rodas de campo e núcleo não aconteciam.

O município de Horizonte integra a 22ª Região de Saúde, compondo a Macrorregião Fortaleza. Segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Horizonte tem 42 estabelecimentos de saúde cadastrados.

Tabela 2 – Estabelecimentos de saúde cadastrados no município de Horizonte, segundo o tipo. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Estabelecimentos de saúde	Nº
Hospital geral	1
Unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência	1
Central de regulação de serviços de saúde	1
Central de gestão em saúde	1
Pronto atendimento	1
Polo Academia da Saúde	1
Centro de atenção psicossocial	2
Farmácia	2
Posto de saúde	2
Consultório isolado	6
Clínica/centro de especialidade	8
Centro de saúde/Unidade Básica	16
Total	42

Fonte: CNES, 2017.
Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_ Unidade.asp?VEstado=23&VMun=230523. Acesso em: 10 jan. 2017.

A rede de atenção primária à saúde municipal é composta por 18 unidades básicas de saúde e 20 equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, com 100% de cobertura populacional pela ESF[53]. Entretanto, somente conta com uma equipe NASF tipo 1, que foi implantada em 2008. Na equipe de profissionais de nível superior constam farmacêutico, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta. Segundo o que está relatado no Plano Municipal, Horizonte pleiteou, em 2013, a ampliação de três novas equipes de NASF concomitante à ampliação das equipes de Saúde da Família, com objetivo de organizar a Rede de Atenção Básica, contando com relação de um NASF para cada cinco ESF, o que ainda não se efetivou em relação ao NASF (Horizonte, 2013).

No concernente aos indicadores de saúde, houve queda na taxa de mortalidade infantil de 19,30, em 2003, para 16,80, em 2013, seguindo a tendência nacional. A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer denota melhora na última década: 2003 (9,6%) e 2013 (8,7%). Os partos em mães adolescentes (10-19 anos) representam parcela significativa, mantendo-se a proporção de 22% no mesmo período. Cerca de 1% das mães são de meninas de dez a 14 anos (Horizonte, 2013).

Apesar dos cenários de aprendizagem dos residentes ser toda a rede setorial e intersetorial do município, além de outros espaços da comunidade no território adscrito à unidade de lotação, vamos nos ater à caracterização da unidade de saúde e ao território de abrangência. Algumas informações foram retiradas do relatório da territorialização e planejamento participativo, realizado pela equipe de residentes no período da imersão/in-

53 Informações confirmadas pelos dados disponíveis no site do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, tendo como mês de referência outubro de 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_ sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 10 jan. 2017.

serção territorial, e outras foram extraídas dos Relatório do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), fornecido pelas equipes.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) José Gomes da Silva fica localizada no bairro Zumbi, conhecida como Posto do Zumbi. A unidade passou por reforma em 2014 e, atualmente, dispõe de excelente estrutura física. Nosso primeiro pensamento foi de que se tratava de uma homenagem ao líder negro Zumbi dos Palmares, mas, curiosamente, o nome 'Zumbi' é uma referência ao barulho que vinha das plantações de cana-de-açúcar que havia na região, o 'zumbido' feito pelas abelhas.

A unidade comporta três equipes de referência da Estratégia Saúde da Família, as quais dividem o território de abrangência da UBS em três áreas: Zumbi I, Zumbi II e Zumbi III. As três equipes estão completas com médico, enfermeiro, dentista e os ACS. Todos os profissionais são servidores públicos, exceção de dois médicos, que são do Programa Mais Médicos[54].

A área do Zumbi I possui, aproximadamente, 1.200 (um mil e duzentas) famílias cadastradas. A equipe tem 333 hipertensos cadastrados 286 acompanhados; 101 diabéticos cadastrados e 93 acompanhados; 40 gestantes em acompanhamento. Essas informações correspondem à média do ano de 2015. Segundo os profissionais, é uma área com muitos problemas sociais, com alto número de casos de dengue. Por isso, são realizadas inúmeras visitas domiciliares, mas não existem muitos acamados.

O território do Zumbi II possui 1.356 (um mil trezentas e quarenta) famílias cadastradas (mês de referência – maio/2016)

54 Programa do governo federal criado em 2013, com objetivo de fortalecer a APS. Visa melhorar o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) acompanhados na ESF, levando médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, sejam municípios de pequeno porte ou na periferia das grandes cidades. Para mais informações: http://maismedicos.gov.br/conheca-programa. Acesso em: 10 jan. 2017.

e faz divisa com os bairros Mangueiral, Planalto e Vila Nascimento, os quais também recebem (cada um deles) uma UBS para assistir a população. Tem 366 hipertensos cadastrados e, destes, apenas 194 foram acompanhados naquele mês (maio/2016). Dos 151 diabéticos cadastrados, 92 foram acompanhados, e das 27 gestantes cadastradas, 22 estavam em acompanhamento. O médico dessa área era vereador da cidade, atendendo a cidadãos de outras localidades do município, fora da área de abrangência do Zumbi.

A área do Zumbi III é composta por 1.300 (um mil e trezentas) famílias, sendo considerada a mais carente. Nessa região, está localizada a Escola Municipal José Eduardo de Sousa, contemplada pelo Programa Saúde na Escola, com aproximadamente 900 alunos. É, também, a área onde está localizado o hospital-maternidade do município. Observamos 274 hipertensos e 121 diabéticos em tratamento, além de 35 gestantes em acompanhamento.

Como o município não utiliza um processo de estratificação de risco dos hipertensos e dos diabéticos, não foi possível avaliar esse padrão entre usuários cadastrados e os acompanhados.

Os dados disponibilizados pelas equipes, com exceção da equipe do Zumbi II, são baseados na série histórica das informações de saúde retiradas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do ano de 2015. Ao serem questionados sobre informações básicas da área de responsabilidade sanitária, entretanto – como população adscrita, famílias cadastradas, número de hipertensos, diabéticos, crianças em idade de puericultura – nenhuma equipe, nem a gestão local nem equipe de residentes, tinha apropriação sob esses dados, com algumas exceções, particularmente em relação ao número das gestantes e crianças da puericultura. As demais informações estavam relegadas aos mapas de produção.

Mesmo não tendo essas informações prontamente, todas as equipes, especificamente as enfermeiras, fazem o preenchimento da produção mensal com os ACS e verificamos a realização das reuniões mensais por equipe. Não exploramos na pesquisa se as equipes fazem monitoramento da situação de saúde do território e se esses dados são discutidos nas reuniões de equipe.

O trabalho de campo ocorreu de junho a novembro de 2016, com a realização da observação participante e livre, dos grupos focais e das entrevistas, sendo finalizado com o grupo de negociação.

4.3 Participantes da pesquisa

Na Avaliação de Quarta Geração, os participantes são denominados originalmente de *stakeholders*, traduzido como grupos de interesse, interessados ou implicados, os quais designam organizações, grupos ou indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo. Esses grupos são formados por pessoas com características comuns, que têm algum interesse no desempenho, no produto ou no impacto do objeto da avaliação, os quais estão, de alguma maneira, envolvidos ou potencialmente afetados pelo serviço e pelas eventuais consequências do processo avaliativo (Furtado, 2001; Guba; Lincoln, 2011).

Guba e Lincoln (2011) identificaram três classes diferentes de interessados: os agentes – pessoas envolvidas na produção, utilização e implementação do objeto da avaliação/serviço; os beneficiários – aquelas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço; as vítimas – as pessoas afetadas negativamente pelo serviço.

Tomando por base a classificação apresentada e considerando que o objeto dessa avaliação é um processo de ensino-

-aprendizagem em serviço, podemos apontar como grupos de interesses os profissionais de saúde residentes, os preceptores, os trabalhadores da saúde que atuam no serviço pesquisado, os usuários, o gestor da unidade de saúde de atuação dos residentes, os gestores municipais e os coordenadores do Programa.

Em virtude do objetivo desta pesquisa, da densidade requerida pelo método e do tempo disponível para executá-la, os participantes deste estudo foram: os residentes, os preceptores e os trabalhadores (que denominaremos de profissionais do serviço) componentes das Equipes de Referência da Saúde da Família (ERSF) e as Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ENASF), atuantes nos cenários de aprendizagem da RMSFC, o gestor local e o gestor municipal. Incluímos, ainda, os coordenadores do Programa, geral e de ênfase, para auxiliar na elucidação de questões pertinentes ao objeto de estudo.

Embora os preceptores sejam profissionais do serviço, optamos por incluí-los em um grupo separado, pelas peculiaridades de serem os facilitadores de um processo de ensino-aprendizagem em serviço e com a concepção e vivência sobre a Residência, mais alinhados com os residentes e o projeto político-pedagógico do Programa, além de terem que incluir no processo de trabalho os momentos do ser preceptor diferente dos demais profissionais do serviço.

À exceção dos coordenadores do Programa, que enquadramos como os agentes, e dos usuários, que podem ser beneficiários ou vítimas, entendemos que os demais implicados transitam entre as classes apontadas, pois, ao mesmo tempo em que tiram proveito dos aprendizados e das possíveis contribuições proporcionados pela residência no processo de trabalho, produção do cuidado e ações e nos serviços de saúde, respondem pela sua implementação, além de serem responsáveis ou vítimas de possíveis efeitos negativos nos mesmos processos e contextos referidos.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Para definir os municípios e participantes que poderiam ser incluídos neste estudo, partimos da premissa de que para avaliar a RMSFC, como estratégia de educação permanente, e por constituir-se processo de ensino-aprendizagem no trabalho, é fundamental uma continuidade desse processo nos cenários de prática a serem avaliados para podermos identificar as possíveis contribuições, potencialidades e/ou fragilidades desse processo na ressignificação de saberes e práticas, não somente dos residentes, como também dos preceptores e profissionais do serviço, de modo permanente e não somente circunstancial.

Considerando que o referido programa de residência estava com a terceira turma em curso, a escolha dos cenários da pesquisa seguiu como critérios de inclusão, os que estavam na sequência.

- Residentes, preceptores, profissionais do serviço, gestores e usuários: municípios sem descontinuidades na residência; municípios com todas as categorias de residentes incluídos no Programa (Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social) em pelo menos uma das turmas.
- Residentes: que tivessem concluído ou cursando o segundo ano de Residência.
- Preceptores e profissionais do serviço: vinculados à ESF/NASF, e que tivessem vivenciado ou vivenciando o processo da Residência, por, pelo menos, seis meses, e que continuassem vinculados aos cenários de aprendizagem.
- Gestores das unidades de saúde e municipais: vinculados à ESF/NASF, ocupando cargo de gestão e que tives-

sem vivenciado ou vivenciando o processo da Residência, por, pelo menos, seis meses, e que continuassem vinculados ao município/cenários de aprendizagem.

- Coordenador geral e de ênfase: que tivessem permanecido pelo menos seis meses na função.

Com base nas informações colhidas na coordenação da RIS-ESP/CE, além da nossa apropriação sobre o processo decorrente da atuação como tutor da ênfase em estudo, constatamos que apenas os municípios de Aracati e Horizonte satisfaziam aos critérios elencados, pois, nos demais, que permaneceram como cenário de aprendizagem, nas três turmas, nem todas as categorias profissionais tiveram as vagas preenchidas, especificamente, as vagas da Odontologia (ver quadro 13).

Como referido, em virtude da finalidade da pesquisa e do tempo para executá-la, escolhemos o município de Horizonte como campo do estudo pela facilidade de acesso, pelo sistema de saúde instalado e pela cobertura pela ESF[55], atualmente com 100%, segundo o Departamento da Atenção Básica (DAB).

Como critérios de exclusão, consideramos os possíveis participantes que não pudessem ser localizados e/ou que estivessem afastados do cenário de aprendizagem por motivos diversos (férias, licenças, viagem etc.).

Os usuários foram excluídos da pesquisa por sugestão da Banca de Qualificação do projeto, em virtude do grande número de participantes incluído e do fator tempo. Mesmo constituindo grupo de interesse importante em qualquer processo de avaliação que se propõe compreensiva e participativa, a inclusão des-

55 Informações confirmadas pelos dados disponíveis no site do DAB – Departamento de Atenção Básica do MS, tendo como mês de referência outubro de 2016. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_ cobertura_sf/historico_cobertura_sf_ relatorio.php. Acesso em: 10 jan. 2017.

se grupo demandaria maior disponibilidade de tempo e metodologia específica para apreendermos a percepção desse grupo sobre o objeto em questão e incluí-los como sujeitos ativos do processo avaliativo.

Conforme os critérios de inclusão inventariados, contamos com a colaboração efetivo de 19 participantes, os quais, por sua vez, foram divididos nos seguintes grupos de interesse:

- grupo de residentes – cinco participantes;
- grupo de profissionais do serviço nível superior- quatro participantes;
- grupo de profissionais do serviço – ACS – quatro participantes;
- grupo de preceptores – três participantes;
- grupo gestores – duas participantes; e
- grupo coordenadores do programa – uma participante.

Algumas considerações sobre os participantes e a lógica de divisão dos grupos se fazem necessárias. Ao iniciar o trabalho de campo, já havíamos definido previamente os seguintes sujeitos implicados para participarem da pesquisa: residentes, preceptores, profissionais de saúde de nível superior da ESF/NASF, o gestor do município (secretário municipal de saúde ou articulador municipal da residência) e a coordenadora geral da RIS.

Iniciado o trabalho de campo, vimos a necessidade de incluir outros implicados, como os ACS, a gestora da unidade de saúde de lotação dos residentes e, em virtude da não disponibilidade da coordenadora geral da RIS-ESP/CE para participar da pesquisa e da inexistência no período desta pesquisa da figura do coordenador de ênfase, estes participantes foram substituídos pela coordenadora pedagógica do Programa. Quanto ao gestor do município, optamos por incluir a subsecretária mu-

nicipal de saúde, pela vasta experiência na gestão de serviços públicos de saúde e na ESF. Além disso, foi a grande articuladora para inserção da Residência no município e nos cenários de aprendizagem e seria a responsável pela articulação municipal da Residência, consequentemente, com total apropriação sobre o processo de formação no contexto do Programa.

Inserimos na pesquisa os residentes da terceira turma que estava em curso no município. Ao todo, a equipe de residentes era constituída por sete profissionais: duas enfermeiras, uma dentista, um psicólogo, um fisioterapeuta, uma nutricionista e uma assistente social. Destes, excluímos da pesquisa uma enfermeira que estava de licença-saúde e, ao retornar, pediu desligamento do Programa, e a nutricionista, que foi transferida logo após iniciarmos o trabalho de coleta de dados.

A média de idade do grupo de residentes foi de 26,8 anos, quatro entre 23-27 anos e o mais velho tinha 34 anos, mas esse último já tinha pós-graduação (mestrado) e experiência profissional no NASF; para os demais, a Residência consistia na primeira pós-graduação, além da primeira experiência de trabalho no SUS/ESF/NASF, conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização do perfil socioeducacional do grupo de residentes participantes da pesquisa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Participantes	1	2	3	4	5
Idade	25	27	34	25	23
Sexo	F	F	M	F	M
Profissão	Cirurgião-Dentista	Enfermeira	Psicólogo	Assistente Social	Fisioterapeuta
Ano de Graduação	2014	2013	2011	2014	2014
Regime de Trabalho	Bolsista	Bolsista	Bolsista	Bolsista	Bolsista
Outros vínculos empregatícios	Não	Não	Não	Não	Não
Tempo de atuação na ESF/NASF (ano/mês)	1a 10m	1a 10m	3a	1a 10m	1a 10 m
Experiência no SUS/ESF	Não	Não	5a	Não	Não
Pós-graduação	–	–	Mestrado Psicologia Social	–	–
Treinamento introdutório-ESF	Não	Não	Não	Não	Não
Cursos/ capacitações	Periodontia – Academia da Saúde – Câncer de Boca	Academia da Saúde – Facilitadora CTACS*	Academia da Saúde – SUPERA	Academia da Saúde	Academia da saúde

*CTACS – Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde.
Fonte: Elaborado pelos autores.

No grupo dos profissionais do serviço, como relatado, a princípio, ficou definido que iriam compor esse grupo apenas os profissionais de nível superior das equipes da ESF/NASF que estivessem atuando no território da pesquisa. Durante a observa-

ção participante e nas conversas com residentes, preceptores e gestão local, entretanto, ficou evidente a necessidade de incluir os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de outros profissionais de nível médio, particularmente o pessoal da recepção da unidade, denominada de SAME. Em virtude, porém, do tempo e número de participantes incluídos, optamos por incluir somente os ACS.

Assim, o grupo dos profissionais do serviço esteve subdividido entre profissionais de nível superior e os ACS. Dentre os profissionais de nível superior, contamos apenas com profissionais da equipe de referência da ESF, ou seja, médicos, enfermeiros e dentistas. Os profissionais da equipe NASF não atuavam nessa unidade, nem mesmo aqueles que seriam preceptores, exceção feita a uma nutricionista com a qual tivemos contato esporádico. Além disso, no início do trabalho de campo, essa profissional estava de férias. Sobre o processo de trabalho do NASF, este será mais bem detalhado na discussão dos resultados da pesquisa.

No grupo de profissionais do serviço de nível superior, que chamaremos profissionais do serviço, contamos com um médico, duas enfermeiras e uma dentista. A média de idade foi de 33 anos, com mínima de 30 e máxima de 36 anos. Com exceção do médico, vinculado ao Programa Mais Médicos, as demais eram servidoras públicas. No concernente à pós-graduação, com exceção da dentista, todos relataram ter Especialização em Saúde da Família, apesar de nenhum ter feito o treinamento introdutório na ESF.

Quadro 2 – Caracterização do perfil sociodemográfico e educacional do grupo de profissionais do serviço participantes da pesquisa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Participantes	1	2	3	4
Idade	36	30	36	30
Sexo	F	F	F	M
Profissão	Enfermeira	Enfermeira	Cirurgiã--Dentista	Médico
Ano de Graduação	2003	2008	2003	2012
Regime de Trabalho	Servidor público	Servido público	Servidor público	Mais médico
Outros vínculos empregatícios	Não	Não	Não–Cons. privado	Sim – UPA
Tempo de atuação na ESF/NASF (ano/mês)	11 a	3 a	10 a	2a 5m
Experiência no SUS/ESF	Não	Sim	Sim	Não
Pós-graduação	Esp. Saúde da família	Esp. Saúde da família	Esp. Endodontia	Esp. Saúde da família
Treinamento introdutório-ESF	Não	Não	Não	Não
Cursos/ capacitações	Facilitadora CTACS*	Facilitadora CTACS*	Saúde do trabalhador	Medicina do esporte–Nutrologia (cursando)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Expandido, então, o PSF, em face da necessidade de profissionais capacitados/qualificados para atuar no Programa, era incentivada implementação do treinamento introdutório das equipes da Saúde da Família, que consistia em capacitação, segundo a concepção de educação permanente, que visava discutir os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do PSF, com objetivo de instrumentalizar as equipes na organização inicial do processo de trabalho (Brasil, 2000).

Conforme o Manual Orientador do Treinamento Introdutório, esperava-se que o profissional, uma vez qualificado, fosse capaz de

> a) compreender os princípios e diretrizes básicas do Programa Saúde da Família, no âmbito do SUS; b) identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços de Saúde da Família: trabalho em equipe, desenvolvimento das ações programáticas, reorganização do processo de trabalho e intersetorialidade; c) compreender as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento das ações e serviços das Unidades de Saúde da Família (Brasil, 2000, p. 12).

Apesar de parecer algo ultrapassado, os resultados desta pesquisa e outras somente reforçam a necessidade do referido treinamento, associado, é lógico, com processos de educação permanente no cotidiano das equipes da ESF/NASF. Como podemos apreender no depoimento a seguir.

> [...] alguns profissionais não entende o que é Estratégia Saúde da Família. [...]. Como é que se trabalha? É com curativo? É só esperando a demanda vir? Como é que é? Porque o que a gente vê é que a gente espera realmente a demanda vir. A gente não vai lá analisar o território, para depois fazer uma prevenção, uma promoção não; aqui a gente só espera vim as mazelas (GF ACS).

Seguindo com a caracterização do grupo de profissionais do serviço, no grupo dos ACS, todos eram servidores públicos, a maioria do sexo feminino, com apenas um homem. Com média de idade de 31,5 anos, uma ACS com 23 anos e os demais entre 33-36 anos, todos tinham nível médio completo, sendo que dois tinham curso superior completo. Todos relataram não ter feito o treinamento introdutório na ESF e estavam fazendo o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde.

Quadro 3 – Caracterização do perfil sociodemográfico e educacional do grupo de profissionais do serviço, agentes comunitários de saúde, participantes da pesquisa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Participantes	1	2	3	4
Idade	36	23	34	33
Sexo	F	F	F	M
Profissão	ACS	ACS	ACS	ACS
Escolaridade	Sup. Completo	Ens. Médio	Ens. Médio	Sup. Completo
Regime de Trabalho	Servidor público	Servido público	Servidor público	Servidor público
Outros vínculos empregatícios	Não	Não	Não	Não
Tempo de atuação na ESF/NASF (ano/mês)	15 a	4a 6m	5 a	8a
Experiência no SUS/ESF	Sim	Sim	Sim	Não
Pós-graduação	–	–	–	–
Treinamento introdutório-ESF	Não	Não	Não	Não
Cursos/ capacitações	CTACS*	CTACS* – Caminhos do cuidado – SUPERA	CTACS	CTACS

*CTACS – Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde.
Fonte: Elaborado pelos autores.

O grupo dos preceptores era composto por três preceptoras – núcleo da Odontologia, do Serviço Social e da Enfermagem. Nesse último caso, a preceptora também acumulava a preceptoria de campo, além de ser a enfermeira de referência de uma das equipes do território. Embora tenha sido relatado que o município contava com o quadro completo de preceptores, somente tivemos contato com essas três preceptoras e, no caso da preceptora do Serviço Social, apenas no dia do GF. Deixaremos essa discussão para tópico correspondente à Preceptoria.

As três eram servidoras concursadas do município, com exceção da assistente social, que era do NASF, as outras duas eram profissionais da equipe de referência e estavam lotadas na unidade em que desenvolveriam a Preceptoria. A média de idade foi de 41,7 anos, variando de 39-45 anos, com exceção da dentista, que tinha apenas três anos de atuação na ESF/NASF, as outras tinham dez anos, igualmente. As três relataram que fizeram o Curso de Capacitação em Preceptoria ofertado pela RIS-ESP/CE.

Quadro 4 – Caracterização do perfil sociodemográfico e educacional do grupo de preceptores participantes da pesquisa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Participantes	1	2	3
Idade	45	39	41
Sexo	F	F	F
Profissão	Enfermeira	Cirurgiã-Dentista	Assistente Social
Ano de Graduação	1998	2000	1999
Regime de Trabalho	Servidor público	Servido público	Servidor público
Outros vínculos empregatícios	Não	Sim	Sim – IJF
Tempo de atuação na ESF/NASF (ano/mês)	10 a	3 a	10 a
Experiência no SUS/ESF	Sim	Não	Sim
Pós-graduação	Esp. Práticas Clínicas na ESF – Vigilância Epidemiológica	Mestrado Saúde Coletiva	Saúde da Família -Saúde mental – Relações humanas
Treinamento introdutório-ESF	Sim	Sim	Não
Cursos/ capacitações	Preceptoria RIS	Preceptoria RIS – Pacientes especiais	Preceptoria RIS – Facilitadora CTACS

Fonte: Elaborado pelos autores.

O quadro 5 apresenta o perfil da gestora da unidade de saúde de lotação dos residentes; da gestora municipal, que exerceria o papel de articuladora local da residência; e da coordenação do Programa, representada pela coordenadora pedagógica.

A coordenadora pedagógica, a qual identificaremos como 'Coordenação', era bolsista da ESP/CE atuante na RIS há três anos, inicialmente como tutora de núcleo da Fisioterapia, depois como coordenadora da ênfase Saúde Coletiva e, desde setembro de 2016, assumiu a coordenação pedagógica do Programa. Ela concluiu mestrado em saúde coletiva e tinha experiência na ESF/NASF, primeiro como profissional do NASF do município de Fortaleza e depois como preceptora de núcleo da Fisioterapia na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

A gestora da unidade de saúde de lotação dos residentes, que denominaremos como 'Gestora Local', era enfermeira de formação e servidora do município de Horizonte, contando mais de 15 anos de experiência na ESF, três destes no atual cargo e antes como enfermeira da ESF. Concluiu Especialização em Saúde Pública e começou atuando em postos de saúde antes mesmo da era Saúde da Família.

A gestora municipal, que designaremos por 'Gestora Municipal', exercia o cargo de subsecretária municipal de saúde e, no período da primeira turma de residência no município, exerceu por um tempo o papel de articuladora municipal da Residência, que consistia na facilitação e intermediação da Residência com a gestão municipal e viabilização do processo formativo no município. Enfermeira de formação, mestra em Saúde Pública e servidora pública estadual cedida ao município de Horizonte, tinha larga experiência na gestão do SUS municipal. Contava mais de 30 anos de formada e sempre atuou em cargos gestores, consequentemente, sem experiência assistencial na ESF/NASF.

Quadro 5 – Caracterização do perfil sociodemográfico e educacional da coordenadora do programa, das gestoras local e municipal, participantes da pesquisa. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Participantes	C	GL	GM
Idade	40	47	58
Sexo	F	F	F
Profissão	Fisioterapeuta	Enfermeira	Enfermeira
Ano de Graduação	1999	1993	1981
Regime de Trabalho	Bolsista	Servido público	Servidor público
Outros vínculos empregatícios	Não	Não	Não
Tempo de atuação na ESF/NASF (ano/mês)	3 a	17 a	–
Experiência Docente	Sim	Não	Sim
Pós-graduação	Ma. Saúde Coletiva Esp. Nutrição e Exercício Físico	Esp. Saúde Pública	Ms Saúde Pública Esp Educação em Saúde Pública
Treinamento introdutório-ESF	Sim	Sim	Sim
Experiência Gestor/ Tempo	Coord. Ênfase SC Coord. Pedagógica 2a	3a	32a

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em resumo, os participantes do estudo estão identificados nos resultados, segundo a técnica de coleta de dados, da seguinte maneira:

- grupo de residentes – GF Residentes;
- grupo de profissionais do serviço nível superior – GF Profissionais;
- grupo de profissionais do serviço – ACS – GF ACS;
- grupo de preceptores – GF Preceptores;
- gestora local – Gestora Local;
- gestora municipal – Gestora Municipal;
- coordenadores do programa – Coordenação.

4.4 Produção de dados – técnicas e instrumentos para coleta de dados

O recurso metodológico para apreensão das informações do fenômeno investigado foi o depoimento dos grupos de interesse sobre os caminhos, as estratégias e ferramentas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) para organização do processo de trabalho e produção do cuidado no contexto da ESF, obtido por meio da observação participante e livre (Aschidamini; Saupe, 2004; Minayo, 2013; Gil, 2014), da realização de Grupos Focais (GF) e de entrevistas aberta.

Esquematicamente, mostramos a seguir as técnicas de coleta de dados, conforme o grupo de interesse:

- grupo de residentes, profissionais do serviço (nível superior e ACS) e preceptores – grupo focal; e
- gestores e coordenadora do Programa – entrevista aberta individual.

Os grupos focais aconteceram por grupo de interesse, separadamente, no primeiro momento. A escolha da separação dos grupos ocorreu pelo entendimento de que, malgrado estarem atuando no mesmo território e cenários de aprendizagem, estes atores não constituem grupos homogêneos e algumas especificidades não são compartilhadas pelos participantes, além dos possíveis conflitos e constrangimentos que essa interação poderia acarretar.

Os participantes, tanto nos grupos focais como nas entrevistas individuais, foram convidados a dialogar sobre a seguinte questão geradora: 'Fale sobre os caminhos, estratégias e ferramentas propostas pela Residência para organização do

processo de trabalho e de produção do cuidado em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família' (Apêndice A).

O grupo focal constitui um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos de informantes – de seis a 12 participantes, para captação das informações sobre os acontecimentos vivenciados, proporcionando que os sujeitos dialoguem livremente sobre o assunto, sendo potencializada quando associada e complementada por outras técnicas, favorecendo o aprofundamento de questões, dando ensejo a expressão de sentimentos e representações coletivas (Aschidamini; Saupe, 2004; Minayo, 2013).

Para realização dos grupos focais, tomamos por base a concepção das rodas de cogestão e do processo avaliativo participativo, considerando as condições essenciais mínimas para o processo hermenêutico-dialético (Campos, 2013, 2015b; Guba; Lincoln, 2011). A própria Avaliação de Quarta Geração pressupõe uma construção dialógica, interativa com o compartilhamento de poder.

Figura 2 – Círculo Hermenêutico-Dialético

Fonte: Guba e Lincoln (2011, p. 169).

Considerando a figura 2 e conforme a descrição feita por Guba e Lincoln (2011), fizemos adaptação do processo e as entrevistas foram realizadas em grupos focais com os residentes, preceptores e profissionais do serviço. O primeiro grupo foi determinado na fase exploratória de campo, por conveniência, segundo a percepção do investigador, sobre a pertinência de iniciar por determinado grupo de implicados.

Assim, previmos a realização de pelo menos cinco grupos e três entrevistas individuais, sendo quatro grupos de reconstrução em grupo focal e um grupo de negociação com representantes de todos os grupos de implicados. O último grupo foi composto de representantes dentre os participantes do primeiro momento.

Segundo Guba e Lincoln (2011), a operacionalização da avaliação responsiva tem quatro fases, que podem ser reiteradas e sobrepor-se.

Os autores destacam o fato de que uma das principais atribuições do avaliador é possibilitar que cada grupo confronte e lide com as formulações de todos os outros, seguindo a concepção do método hermenêutico-dialético.

De modo mais sistemático e fundamentado no princípio do Círculo Hermenêutico-Dialético, proposto por Guba e Lincoln (2011), Wetzel (2005) fez adaptação das etapas definidas, estruturando-as do modo a seguir delineado:

1. Contato com o campo – com o serviço e os participantes considerados clientes da avaliação.
2. Organização da avaliação – estabelecimento de relação de confiança e parceria entre pesquisador e os implicados.
3. Identificação dos grupos de interesse – devem ser identificados aqueles que podem oferecer maior amplitude e mais variações do fenômeno em estudo.

4. Desenvolvimento de construções conjuntas – aplicação do Círculo Hermenêutico-Dialético.
5. Ampliação de construções conjuntas – aprofundamento e esclarecimento dos interessados por meio de novas informações disponíveis, podendo incluir questões do avaliador que serão analisadas pelos grupos.
6. Preparação de apresentações das questões para os grupos de interesse – apresentação das construções para os respectivos grupos para modificá-las ou confirmá-las.
7. Realização de grupos – apresentação da análise final dos dados nos chamados grupos de negociação.

Para operacionalização deste estudo, procuramos seguir as adaptações de Wetzel (2005) as recomendações de Guba e Lincoln (2011) para realização da Pesquisa Avaliativa de Quarta Geração. Resumidamente, dividimos o trabalho de campo em duas etapas: a primeira correspondeu ao período de aproximação com o campo, realização da observação participante e livre, dos grupos focais e das entrevistas; a segunda fase consistiu na realização do grupo de negociação com os participantes.

Em virtude do tempo disponível, do número de sujeitos implicados e da quantidade de material coletado nos grupos focais e nas entrevistas, tivemos que reduzir a um encontro as etapas correspondentes aos itens 5, 6 e 7 descritas. Tentamos dirimir os problemas com essa adaptação, enviando aos grupos a transcrição correspondente e as dúvidas que surgiram nesse processo; ficando a apresentação das construções-sínteses e análise final coletiva para um único momento – o grupo de negociação.

Transversalmente, considerando a implicação do pesquisador com o objeto em questão e como estratégia inerente à própria metodologia construtivista, podemos apontar as informações provenientes da pesquisa documental e a observação

participante (Apêndice C) como fonte de dados e com vistas à aproximação e ao estabelecimento de relação de confiança com os grupos de interesse.

Como ensina Gil (2014), a observação participante ou observação ativa consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. O pesquisador/observador assume papel ativo como membro do grupo, pelo menos até certa altura e por tempo limitado. Assim, o autor define a "observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo" (Gil, 2014, p. 103).

A observação participante de atividades individuais e/ou de grupo dos residentes, dos preceptores e dos profissionais do serviço neste estudo teve por objetivo observar questões relacionadas à relação profissional-usuário, profissional-profissional, percepção do processo saúde-doença-cuidado, modos de acolhimento, organização da demanda, fluxos assistenciais, relações de poder, formas de interações, participação e diálogo, entre outros, os quais foram registrados em diário de campo.

A observação participante tem grande importância no trabalho de campo, definida como imersão na rotina do dia a dia dos sujeitos, em uma relação de colaboração com eles, ao mesmo tempo em que coleta os dados da pesquisa. Possibilita ao pesquisador estabelecer relação direta com os participantes do estudo, não somente fazendo parte do trabalho, como também estabelecendo a atitude de quem busca observar e compreender a realidade, percebendo normas, práticas vividas, representações e contradições. O principal instrumento utilizado foi o diário de campo (Santana, 2010; Minayo, 2013).

Ainda como técnica de coleta de dados, utilizamos entrevistas abertas com uma representante da coordenação da RIS-ESP/CE (Apêndice B), com a gestora da unidade de saúde, *locus*

das atividades assistenciais dos residentes, e com um representante da gestão municipal, que foram convidados a discorrer sobre a mesma questão geradora proposta para os grupos focais.

Tanto os grupos como as entrevistas foram gravadas e transcritas. Além das falas, procuramos registrar as sensações, as omissões e os comportamentos expressos durante a coleta de informações. Como complemento às estratégias de coleta de dados citadas, realizamos pesquisa de documentos e da legislação relativos às Residências Multiprofissionais em Saúde e à RIS-ESP/CE, assim o fizemos, para contextualizar, ampliar e aprofundar as informações coletadas, auxiliando-nos na tarefa de compreender o fenômeno estudado. Os documentos pesquisados foram o Projeto Político Pedagógico da RMSFC, o regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) da RIS-ESP/CE, os tutoriais orientadores da territorialização e da organização do processo de trabalho.

4.5 Aspectos éticos

A produção dos dados teve como premissa a autorização, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos participantes da pesquisa, a qual seguiu os preceitos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), que dispõe sobre pesquisas com seres humanos.

Como benefícios, este estudo poderá ajudar na avaliação e qualificação do Programa, além de qualificar o processo de trabalho e de cuidado em saúde no contexto dos participantes envolvidos pelo estímulo à autoanálise e autogestão desses processos no decorrer da pesquisa.

Pela metodologia proposta, o referido estudo poderá apresentar riscos mínimos aos participantes, como causar desconforto emocional, dificuldade ou desinteresse. Procuramos

proporcionar ambiente seguro, confortável e que resguardasse o devido sigilo dos participantes e das informações por eles prestadas. Caso isso ocorra, no entanto, o participante pode interromper sua participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador para ser excluído da pesquisa a qualquer momento. Contudo, nenhum fato de natureza dos listados acima ocorreu.

As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e a identidade dos sujeitos envolvidos não será revelada. Os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos e métodos da pesquisa, sendo a participação condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). A participação na pesquisa foi voluntária e os participantes, a qualquer momento, poderiam solicitar a exclusão do estudo. Assumimos, ainda, o compromisso com a devolutiva dos resultados aos sujeitos da pesquisa e demais interessados que atuavam e participaram da RIS-ESP/CE e no município escolhido como cenário da pesquisa.

Esta pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, tendo sido aprovada com Parecer nº 1.506.166. As atividades de produção dos dados foram iniciadas após aprovação por esse Comitê.

4.6 Análise dos dados

Em conformidade com o processo hermenêutico-dialético imanente da Avaliação de Quarta Geração, a análise dos dados é processual, decorrente do processo de reconstrução e negociação que caracterizam o Círculo Hermenêutico-Dialético ao longo da investigação, o denominado Método Comparativo Constante, isto é, "à medida que se realiza a coleta dos dados, realiza-se a análise no mesmo ritmo, gerando agendas cada vez

mais complexas e estáveis para orientar a coleta de dados subsequente" (Guba; Lincoln, 2011, p. 199).

Com isso, mencionados autores argumentam que o produto desse processo construtivo e interativo e a maneira de divulgação dos resultados configuram estudo de caso. Como leciona Yin (2001), o estudo de caso é uma investigação empírica que aborda um fenômeno contemporâneo no contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

O autor assevera que a investigação, por meio do estudo de caso, visa apreender uma situação tecnicamente única, baseando-se em várias fontes de evidências, com os dados convergindo para um triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados. Ressalta, ainda, a importância dos estudos de caso na pesquisa avaliativa, evidenciando a potencialidade em descrever o contexto real em que ocorre a intervenção e a capacidade em explorar situações específicas, o que não seria possível somente pela análise dos resultados, por identificar na realidade estudada inter-relações dos pressupostos e das práticas concretas de serviços e programas.

Ao partir dessa premissa, apesar de o contexto geral do Programa, em termos de acompanhamento pedagógico e apoio institucional pela Instituição Formadora (IF) ser o mesmo para todos os cenários de aprendizagem, com os resultados apresentados neste estudo, não podemos fazer generalizações às outras realidades das Instituições Executoras da RMSFC.

Como parte do processo de análise dos dados, efetuamos a triangulação do material empírico entre si e com o referencial teórico norteador, considerando a seguinte trajetória de técnicas, conforme Minayo (2013): ordenação, classificação e análise final dos dados; etapas consideradas interdisciplinares, dinâmicas e intercomplementares.

Como destacado por Assis e Jorge (2010), na análise final dos dados, enfatiza-se o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. A análise de um contexto histórico-estrutural específico exige movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador. As relações são representadas nas minúcias dos fatos relatados, tanto nas mensagens e forças sociais concretas como nos discursos ideológicos dos dados empíricos, que podem revelar a totalidade das relações sociais e de descobertas particulares, por meio da interpretação, possibilitando, assim, identificarmos as convergências e divergências, o que é diferente e o que é complementar nos discursos.

O material empírico resultou em nove horas e trinta minutos de gravação de áudio entre grupos focais e entrevistas individuais, que, após transcritas, corresponderam ao total de 167p (fonte calibri, tamanho 12 e espaçamento 1,15) de material transcrito.

Para o ordenamento e a classificação dos dados, fizemos leitura flutuante e depois em profundidade do primeiro grupo focal, GF Residentes, o que nos possibilitou identificar e agrupar as falas em núcleos temáticos, tendo por base as categorias analíticas: processo de formação no contexto da RIS-ESP/CE; processo de trabalho e produção do cuidado; preceptoria; desafios para implementação da RMSFC. Estas foram confirmadas no geral ou em parte pelos outros participantes. Dessas categorias temáticas, agrupamos os resultados em quatro categorias empíricas gerais, divididas em subcategorias para análise e discussão, a saber:

1. Processo de formação no contexto da RIS-ESP/CE, na qual incluímos as subcategorias – seleção dos resi-

dentes e o perfil para APS/ESF; pactuação do cenário de aprendizagem (escolha dos municípios de lotação); imersão no contexto da RIS-ESP/CE; territorialização e planejamento participativo; acompanhamento pedagógico e apoio institucional pela ESP/CE (Instituição Formadora);

2. Processo de trabalho e produção do cuidado, com a subcategoria – acesso e acolhimento na unidade de saúde e nas equipes;
3. Preceptoria, subcategoria – avaliação do desenvolvimento de competências; e
4. Potencialidades e desafios para implementação da RMSFC.

A opção por iniciar pelo grupo de residentes decorreu do fato de considerarmos estes participantes como aqueles cujas reivindicações, preocupações e questões abordariam de modo abrangente todas as categorias analíticas elaboradas na fase exploratória, além de constituírem possíveis beneficiários e vítimas de todo processo. Outros participantes poderiam ter também essa visão ampliada, como os preceptores e a coordenação do Programa. Como parte da observação em campo, porém, percebemos muitas fragilidades na Preceptoria que precisariam ser confrontadas com as percepções do grupo de residentes e demais participantes. Quanto à coordenação, desde o início da pesquisa, optamos por incluir essa participante no círculo por último, pois, como representante da Instituição responsável pela condução pedagógica do Programa, já detinha visão geral sobre este e seriam mais interessantes os comentários sobre as construções de todos os outros participantes. Os demais participantes trariam contribuições complementares e críticas sobre o processo desenvolvido no território e as percepções acerca do papel da IF.

Nas pactuações iniciais para realização dos grupos focais e, como parte das entrevistas, informávamos que em decorrência da metodologia da pesquisa, as formulações daquele grupo de interesse seriam expressas ao grupo seguinte para que ele comentasse, além de convidarmos para participação do segundo momento, o grupo de negociação, com a participação de representantes de todos os implicados.

Acreditamos que, em qualquer pesquisa qualitativa que envolva diversos participantes, além das dificuldades elencadas anteriormente sobre a operacionalização da AQG, tivemos muita dificuldade para realização de alguns grupos focais e, até mesmo, as entrevistas individuais, desde o embaraço de conciliar a agenda dos participantes de um mesmo grupo a disponibilidade de tempo para realização das entrevistas/GF/Grupo de Negociação.

Outro ponto foi o fator tempo de duração dos GF, o qual, em virtude da abrangência do tema e da apropriação do participante sobre o objeto de estudo, exigiu disponibilidade maior de tempo. Os GF variaram de 45 minutos a uma hora e 30 minutos. As entrevistas também foram longas, de 50 minutos a duas horas. Mesmo sendo pactuada no início do grupo essa questão do tempo, dentre outras inerentes à metodologia do grupo focal, em alguns momentos, percebemos a dispersão ou até incômodo com o tempo; identificando isso, tratávamos de abreviar a conversa.

A finalização da pesquisa registrou considerável atraso, pois tivemos muita dificuldade para realização do grupo de negociação. Primeiro, pelo volume de material coletado e, segundo, novamente, pela dificuldade de conciliar as agendas. Mesmo pactuando a realização do segundo momento, grupo de negociação, com praticamente um mês de antecedência, no dia, não tivemos a representação de todos os grupos de interesse que

participaram no primeiro momento, pois, não compareceram os gestores nem a coordenação do Programa. Mesmo assim, realizamos o grupo de negociação com representantes dos demais implicados para apreciação das sínteses das construções realizadas por nós, registrando os consensos e as divergências e reelaborações de modo conjunto e dialogicamente.

Para o grupo de negociação, elaboramos apresentação em *PowerPoint,* em que expusemos a construção-síntese de cada categoria temática e exemplificamos com falas dos grupos que embasaram a feitura da síntese. A cada síntese, os participantes tinham plena liberdade para fazerem suas considerações e o pesquisador auxiliado por um observador registravam as ponderações, as divergências ou as propostas de reconstrução que eram feitas de modo coletivo e compartilhado na Roda de Negociação.

Como estratégia para facilitar a análise e o cruzamento dos depoimentos, e assim fazer o confronto entre as falas e facilitar as construções-sínteses, elaboramos um quadro de análise com as categorias temáticas e os grupos de implicados, no qual recortamos as falas que exemplificavam a categoria temática, para cada construção-síntese, por categoria, conforme o exemplo no quadro 6.

Quadro 6 – Análise e elaboração das construções-sínteses, segundo a categoria temática. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Categorias	Processo de trabalho e Produção do Cuidado
C. Pedagógica RIS	Essas estratégias, a gente pede que isso esteja na agenda. Que eles possam fazer esses atendimentos compartilhados, interconsultas. [...]. Agora, se efetivamente tá acontecendo lá, não eu consigo dizer se tá ou se não tá. Talvez isso tenha se perdido no meio do caminho aí, entre apresentar aqui e acontecer lá. E que muitas vezes a gente além de ter que superar [...] as dificuldades do serviço local, a gente tem que superar o preceptor aceitar e compreender esse fazer diferente. Porque tem município por aí que acha que o NASF é aquele 'NASF casinha' né, não consegue entender a concepção do que é mesmo do NASF, de apoio àquela saúde da família
Gestão Municipal	[...] cada um vem, digamos com muita paixão por uma questão, quem tá no serviço, tá na sua área de conforto, já organizou daquela forma, não tem muito desejo às vezes de mudar. [...] vem com uma proposta que ele quer que seja revolucionária sem primeiro respeitar o processo que tá sendo vivido. [...] isso é outra história que não bate legal, [...] porque assim, o que é que foi dito que o gestor disse: não faça? Eu não recebi ainda de lá pra cá nunca dum projeto que eu dissesse assim: não vai não. Porque o processo de trabalho em si pra ele não é algo tão prazeroso que vá gostar de ser refletido.
Gestora Local	Todo mundo trabalha individualmente, cada um faz a sua parte, ninguém faz junto. E a Residência que eu pensei que ia ser uma coisa maravilhosa também, para poder ajudar o serviço né, e ser aquela coisa norteadora para algumas, para alguma melhoria do serviço [...], e eu não tô vendo, eu ainda não consegui enxergar. Porque eles também não conseguiram se integrar com as equipes, eles também trabalham individualmente. Fica cada um no seu canto. Eu não vejo trabalharem em conjunto. Eles fazem algumas atividades pontuais [...]. Faz uma palestra. Faz uma atividade de educação em saúde em uma creche [...]. Mas, eu não tô vendo assim, [...]
GF Preceptores	[...] aí quando veio Residência, as turmas da Residência, se teve a possibilidade de realmente trabalhar como um apoio à Estratégia Saúde da Família sabe. Eu acho, foi aí onde foram os avanços né, a nível de organização mesmo né, a nível de caminho. Como é que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família vai, trabalha na atenção básica né, uma agenda compartilhada né. [...] eles tiveram condição de fazer a agenda compartilhada tá entendendo. De participar de reuniões né. De montar atendimentos compartilhados né. De dar apoio aos grupos, formar grupos, tá entendendo, dentro daquele território. Então, pra o NASF

GF ACS	[...] falando de agenda, a questão minha no caso de enfermeiro e dentista (pausa), ficou na mesma coisa. [...] dentista continua os meus dois dias com a residente né. [...]. Aí sim, o maior impacto que teve, digamos assim, a questão do psicólogo, do fisioterapeuta, nutricionista, nessa questão que melhorou o fluxo e tudo assim. [...] a grande percepção da diferença do que seria antes da Residência e do que seria depois, [...] acho que aconteceu na primeira turma. [...] tínhamos um educador físico que foi uma ausência que sentimos aqui né. Nós tínhamos aqui, duas ou era três vezes por semana, aqui na praça, umas coisinhas simples
GF Profissionais	[...] a gente poderia ter tido uma orientação melhor sobre o que eles iram fazer, aos objetivos da Residência, porque até hoje tem coisas que a gente visualiza, que tem coisas que parece que a gente não sabe, entendeu. Porque traz aprendizado novo, retomou reunião de equipe que estava um pouco parado. [...] eles trouxeram o matriciamento, mesmo a gente não tendo muito oportunidade [...]. Eu nunca tinha participado de um matriciamento e com a Multiprofissional (referência a Residência) a gente começou a ter o matriciamento. Por o NASF tá aqui, a Residência do NASF está aqui na unidade. De trabalhar em
GF Residentes	[...] quando passa a parte da territorialização que entra pro início do serviço, confecção de agenda, pra mim aí começam as falhas, [...], senti muita dificuldade nessa confecção, nessa inserção no serviço nesse primeiro momento. Quando aconteciam as interconsultas entre os residentes, fluía muito bem. Até porque [...] todos já tinham conhecimento da importância disso e como isso aconteceria. Não, não tinha os problemas de tal colega dentro da sala com a gente e isso fluía muito bem. Os pacientes gostavam, achavam legal Quando institucionalizaram esse negócio do ponto, aí que complicou tudo mais ainda.
Construções	O processo de trabalho instituído tem por foco um modelo de atenção procedimentista, individualista, assistencialista, fragmentado, programático e com acesso restrito e excludente por demanda espontânea. A Residência propôs diversas estratégias e ferramentas para organização do processo de trabalho e de produção do cuidado que são novidades e estranhas ao cotidiano dos serviços, porém, com potencialidade para promover reorientação do modelo hegemônico e ressignificação de saberes e práticas. Ampliando o escopo das ações e serviços ofertados pela Equipe de referência e equipe NASF. Algumas dessas estratégias e ferramentas

Fonte: elaborado pelos autores.

5
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sobre o ato interpretativo e compreensivo, Gadamer (1999, p. 401) lembra de que não se pode querer evitar os próprios conceitos na interpretação, o que se constituiria em evidente absurdo e possibilidade impensável como sujeito implicado, pois, "interpretar significa justamente colocar em jogo os próprios conceitos prévios, com a finalidade de que a intenção do texto seja realmente trazida à fala para nós".

Assim, partindo da compreensão de que interpretar o fenômeno em estudo, além de reconhecer um sentido vigente e contextualizado, significa estabelecer com o outro um movimento de uma relação intersubjetiva, em que o ser humano busca no cotidiano entender a si mesmo, em um processo compartilhado de construção dialógica do conhecimento e do entendimento sobre o fenômeno e si mesmo, urge, mais de que nunca, a tarefa de aprender a reconhecer no outro e na alteridade o comum (Araújo; Paz; Moreira, 2010).

No aspecto coletivo, segundo os princípios do Método da Roda, a análise dos dados, com respectiva interpretação, é um processo reflexivo e compartilhado que tem como condição *sine qua non* o envolvimento dos sujeitos com desejos, interesses e necessidades, consequentemente, capaz de realizar dupla operação, "tanto reconhecer e interpretar as contradições, quanto inventar práticas e projetos que assegurem seu desdobramento positivo" (Campos, 2015b, p. 201).

Portanto, munido de um saber e concepções prévias sobre o fenômeno em estudo, trazemos os resultados desse processo investigativo, que pretendeu ser dialógico e de construção de outras subjetividades, ou, pelo menos, acender centelha reflexiva sobre os processos instituídos.

Como parte dos resultados deste estudo, procedemos, no primeiro tópico, a um resgate sobre a constituição e o desenvolvimento das Residências em Saúde (Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde) no Ceará, Brasil. Tomamos por base para essa contextualização pesquisa na literatura, em documentos disponíveis da internet (livre acesso) e conversa com atores-chave para os casos em que não conseguimos localizar referências na literatura ou em documentos de livre acesso sobre o tema.

Nos tópicos seguintes, fazemos a discussão sobre as categorias/subcategorias analíticas elaboradas nesta pesquisa, divididas em quatro categorias principais: 1 Formação no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; 2 Processo de trabalho e produção do cuidado; 3 Preceptoria; 4 Potencialidades e desafios para implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

5.1 Residências em Saúde no Ceará – refletir sobre o passado para repensar o presente e planejar o futuro

> "O Presente é o movimento e o lugar da Práxis, e também o monumento em que o Acaso se concretiza; o Passado refere-se a fatores estruturados, a elementos que determinam e condicionam o mundo, é a instancia do Saber, da Razão e do pessimismo; e o Futuro é o espaço do querer ser, lugar em que o desejo e a vontade se projetam plenos de idealismo e de otimismo. Ou se recolhem afogados de medo e de tristeza."
> (Campos, 2015b, p. 118)

No marco teórico, fizemos breve contextualização sobre a constituição e o desenvolvimento sócio-histórico das Residências em Saúde como espaço de formação e qualificação de profissionais da área da saúde no Brasil.

Neste tópico, trazemos a revisão e a contextualização sobre os programas de Residência em Saúde (Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde – leia-se Uniprofissionais) em curso ou que existiram no Ceará. Como neste estudo não utilizamos abordagem sócio-histórica sobre a constituição e o desenvolvimento das Residências em Saúde no estado do Ceará, não temos como determinar se os programas aqui retratados correspondem a totalidade dos programas no estado, muito menos qual programa de Residência Multiprofissional detém a primazia no Ceará. De acordo, então, com as informações levantadas e a literatura pesquisada, expomos a seguir o que conseguimos apreender, particularmente em relação à qualificação para a Estratégia Saúde da Família.

Como primeiro programa de Residência em Saúde ("Multiprofissional") do Ceará, poderíamos atribuir ao Curso de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família de Sobral (RSFS), criado em 1999, em parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Essa turma era constituída exclusivamente por médicos e enfermeiros que atuavam na Saúde da Família do município, tendo sido matriculados 64 residentes. O financiamento foi exclusivo do município de Sobral.

A ideia de implantar uma Residência em Saúde da Família no município partiu da necessidade de capacitar os profissionais de saúde que atuavam ou que pretendiam atuar na Estratégia Saúde da Família, instrumentalizando-os em termos de conhecimentos, habilidades e práticas/atitudes para desenvolverem as diretrizes propostas pela Estratégia na perspectiva de reo-

rientação do modelo assistencial hegemônico (Barreto *et al.*, 1999; Andrade *et al.*, 2004; Parente *et al.*, 2006).

Nessa conjuntura, Barreto *et al.* (1999, p. 20, grifo nosso) argumentam que

> [...] não se pode conceber a organização de um sistema de saúde, e a definição de sua prática assistencial, desvinculada da formação e qualificação de *sua força de trabalho*. Para a preparação de profissionais capazes de perceberem a multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais, como coletivos, contextualizados sempre no indivíduo e em seu meio ambiente, faz-se necessário o desenvolvimento de um processo educacional permanente, integrando o ensino com o serviço, voltando-se à criação de novos valores, trabalhando mais a saúde do que a doença, permeados de preocupações integrais, coletivas e sociais, não centrados somente nas ações hospitalares, curativas e individuais.

Segundo Andrade *et al.* (2004, p. 34), o processo de ensino-aprendizagem partia de reflexão sobre o processo de trabalho instituído, capaz de motivar novas práticas e, consequentemente, outras reflexões, com vistas a promover novos modos de agir em saúde, na perspectiva da reorientação do modelo assistencial. "Esse processo de reflexão-ação-reflexão, foi denominado de Educação Permanente".

A criação da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) vem dessa necessidade de desenvolver processos educativos no município para a qualificação dos profissionais da saúde do Sistema de Saúde de Sobral, na perspectiva de transformar práticas de trabalho e indicadores sanitários e de constituição de um Sistema Municipal de Saúde Escola. Assim, em junho de 2001, foi inaugurada a EFSFVS, o que, para Andrade *et al.* (2004, p. 34), refletia o compromisso e o reconhecimento, por parte da gestão municipal de Sobral,

de seu relevante e estratégico papel de sujeito impulsionador do desenvolvimento e da organização efetiva do sistema regional de saúde, segundo os princípios estabelecidos pelo SUS e na perspectiva da construção do modelo de atenção promotor da saúde.

Na segunda turma, iniciada em 2001, além dos médicos e enfermeiros, houve a inserção de outras categorias profissionais (Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), as quais permanecem até o momento, com objetivo de efetivar o princípio da integralidade da atenção e uma concepção e abordagem ampliada da saúde como qualidade de vida. O financiamento da segunda turma foi também de responsabilidade do município (Andrade *et al.*, 2004; Parente *et al.*, 2006).

A terceira turma começou em 2002, contou com o reconhecimento e apoio financeiro do Ministério da Saúde. Consoante Parente *et al*. (2006), esse reconhecimento do processo de educação permanente deflagrado em Sobral representou importante conquista para o município. Esse financiamento, contudo, ao que parece, estava entregue ao sabor da volatilidade das políticas públicas, pois, na turma seguinte, em 2003, a quarta turma, não houve financiamento do Ministério e a Residência foi custeada exclusivamente pelo município, marcando a inserção da categoria de Fonoaudiologia.

Em maio de 2005, iniciou-se a quinta turma, com algumas particularidades. Primeiro, sem a participação da categoria médica e com financiamento do Ministério da Saúde. Além disso, com exceção de enfermeiros e dentistas, foi a primeira vez que foram incluídos profissionais que não atuavam no sistema de saúde do município (Parente *et al.*, 2006). E, assim, passaram a ser desenvolvidas as turmas subsequentes, a sexta (2008), a sétima (2008) e a oitava (2010) turmas (Silva, 2014; Sobral, 2017).

Avaliando as quatro primeiras turmas do Programa, Parente *et al*. (2006), apesar de ser constituída apenas por profissionais que atuavam no município, destacam que a taxa de evasão foi significativa, a isto atribuindo dois fatores principais:

> O primeiro, se deve a flutuação muito frequente dos residentes médicos que nestas 04 primeiras residências se fizeram presentes de forma expressiva (42 médicos estavam matriculados e apenas 11 cumpriram a programação pedagógica na sua totalidade, o que corresponde a 73,4% de evasão). O segundo motivo também guarda proximidade com o primeiro, ou seja, alguns profissionais residentes durante o processo de qualificação (residência) optaram por transferirem-se para outros serviços fora de Sobral por motivos alheios ao sistema (Parente *et al*., 2006, p. 86).

Até 2011, o financiamento das residências pelo MS acontecia no formato de convênio, em que o Ministério financiava o Programa como um todo, da bolsa dos residentes e preceptores ao apoio logístico que fosse necessário. Em 2011, passou a ser no formato de edital, em que o MS assumiu o pagamento das bolsas dos residentes. Com essa mudança das regras, ficou subentendido que o financiamento deveria ser tripartite, de corresponsabilidade da União, dos estados e municípios. A RMSF de Sobral está em pleno funcionamento e, atualmente, estava na décima terceira turma em curso, com décima quarta turma com previsão de início em março de 2017.

Sobre essas mudanças no financiamento das Residência, Silva (2014, p. 41) destaca o fato de que o Ministério da Saúde assumiu o financiamento das bolsas dos residentes e o município de Sobral se responsabilizou pelo financiamento do corpo docente e administrativo. Assim, a nona e a décima turma, iniciadas em 2012 e 2013, respectivamente, contaram com finan-

ciamento compartilhado entre o Ministério e a Prefeitura Municipal de Sobral.

Nesse estudo, essa questão do financiamento das Residências surgiu como fragilidade do Programa e que um dos desafios a serem superados é a efetivação do financiamento por parte do ente Estadual para estruturação do corpo docente do Programa de modo permanente.

> Está garantido. Mas, a bolsa dos residentes não faz a Residência. Não adianta a gente dizer: vamos manter porque a bolsa está resolvido. Sim, mas todo o resto? E todo o resto, como vai ser isso? (Gestora Municipal).
> Bem, essa questão financeira é algo que é o nosso calo, nosso maior calo, nossa maior dificuldade, eu acho. E que isso acaba influenciando tudo. [...]. Os grandes desafios é sim se consolidar enquanto uma política de Estado. Que o Estado invista, financeiramente falando. Que mantenha uma equipe [...] (Coordenação).

Em 2013, começaram as atividades da primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) de Sobral, também executada pela EFSFVS, em parceria com a UVA, como Instituição Formadora. A RMSM é apontada como estratégia essencial para o avanço da consolidação de práticas ancoradas na clínica ampliada e na atenção psicossocial, sendo destacado, também, o fato de que ela cumpre papel estratégico para o avanço da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental no Estado do Ceará (Sobral, 2017). No quadro 7, retratamos a caracterização atual das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e em Saúde Mental de Sobral.

Quadro 7 – Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú em Sobral, Ceará. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Nome do Programa	Instituição Formadora	Áreas de Atuação	Cenários de Aprendizagem	Categorias profissionais incluídas	Quantidade de vagas por turma*
Residência Multiprofissional em Saúde	Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/ UVA	Saúde da Família	Territórios da ESF de Sobral e EFSFVS	Enfermagem	03
				Odontologia	03
				Educação Física	03
				Farmácia	03
				Fisioterapia	03
				Fonoaudiologia	03
				Nutrição	03
				Psicologia	03
				Serviço Social	03
				Terapia Ocupacional	03
		Saúde Mental	Serviços da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental, EFSFVS e outros	Educação Física	02
				Enfermagem	02
				Psicologia	02
				Serviço Social	02
				Terapia Ocupacional	02
Total					40

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo Edital nº 030/2016 – processo seletivo simplificado unificado para o ingresso nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Disponível em: http://blogdaescolasobral.blogspot.com.br/p/editais.html. Acesso em: 20 jan. 2017.

A RMSM de Sobral tem como cenário de aprendizagem a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental e outros dispositivos da rede socioassistencial, como: CAPS Geral; CAPS Álcool e Drogas – CAPS AD; um Serviço Residencial Terapêutico; uma unidade de internação psiquiátrica; Centros de Saúde da Família (Sobral, 2017; Sic).

Anterior à criação dos programas de RMSF financiados pelo MS em 2002 e a normatização das Residências em Saúde

em 2005, um ano após a criação da Residência em Saúde da Família de Sobral e à semelhança desse, no ano 2000, a ESP-CE também desenvolveu Especialização em Saúde da Família na modalidade de Residência em Saúde, voltada para médicos e enfermeiros que atuavam na saúde da Família do Estado, denominada Residência de Enfermagem em Saúde da Família, sendo a mesma denominação para Medicina. Esse programa teve quatro turmas ao todo, sendo que os residentes passavam por seleção pública. A primeira turma iniciou no ano 2000 e a última, em 2003. O Programa deve ter encerrado as atividades em 2006, entretanto, segundo informações da Secretaria Escolar da ESP/CE, o curso deve ter sido cancelado em 2006, porém, a Secretaria não dispõe de informações sobre a finalização da última turma.

A secretaria escolar não tinha disponíveis informações sobre o projeto pedagógico ou como se dava o processo formativo, conforme relato da professora Olga Maria de Alencar, que atuava como Supervisora do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde da ESP/CE, e foi residente de Enfermagem da primeira turma desse programa. Então, parte desse resgate, baseia-se no relato dessa egressa do Programa.

Essa Residência tinha por objetivo principal qualificar os profissionais em aspectos clínicos da Saúde da Família, como também eram desenvolvidas atividades na comunidade. O cenário de aprendizagem eram os bairros próximos à ESP/CE (Serviluz, Cais do Porto e Mucuripe) e toda a parte de assistência ambulatorial e pedagógica era desenvolvida na ESP, que dispunha de toda infraestrutura voltada para a Residência. Na época, foram contratados ACS, especificamente para atuarem nessas áreas em que os residentes iram atuar e eles faziam a articulação entre o serviço e a comunidade, encaminhando os pacientes para a Escola.

O Programa seguia a carga horária de 60h semanais, com bolsa paga pelo estado do Ceará, porém sem dedicação exclusiva. Na primeira e segunda turma, foram ofertadas dez vagas em cada turma e, na terceira e quarta turma, houve redução para oito vagas por turma, para cada categoria profissional. O acompanhamento pedagógico era feito por preceptores, segundo especialidades básicas (Clínica Geral, Pediatria, Gineco-Obstetrícia e Saúde Pública), tanto da Enfermagem como da Medicina.

A formação acontecia com momentos integrados entre as categorias profissionais e com momentos separados por categoria, quando havia questões específicas da categoria, à semelhança do que são hoje as rodas de campo e de núcleo da RIS-ESP/CE, mas, no geral, o processo de ensino-aprendizagem era integrado. Eram desenvolvidas visitas domiciliares individuais e conjuntas, atendimentos individuais e compartilhados, discussão de casos conjuntas e ações de educação em saúde na comunidade.

Outro programa, também extinto, foi o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) de Fortaleza (Quadro 8), que tinha como cenário de aprendizagem a Rede de Atenção Primária à Saúde do Município, mais especificamente, os Centros de Saúde da Família (CSF) e territórios adscritos do Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, atualmente denominados Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), sob chancela da Universidade Estadual do Ceará (Uece). A Uece, entretanto, a Instituição de Ensino Superior (Uece), à semelhança do que acontece em Sobral, atuava como certificadora, em virtude da exigência normativa, mas todo o acompanhamento pedagógico e administrativo ficava a cargo do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE)[56].

56 No período deste estudo, o SMSE foi incorporado à estrutura da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que seria o responsável pelos cursos e pelas capacitações ofertados pelo município de Fortaleza.

Quadro 8 – Caracterização do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria de Saúde de Fortaleza/ Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Nome do Programa	Instituição Formadora	Áreas de Atuação	Cenários de Aprendizagem	Categorias profissionais incluídas	Quantidade de vagas por turma*		
					T I	T II	T III
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	Sistema Municipal de Saúde Escola/ Universidade Estadual do Ceará	Saúde da Família	Territórios da ESF de Fortaleza e SMSE	Educação Física	6	–	–
				Enfermagem	6	3	3
				Fisioterapia	6	2	2
				Medicina Veterinária	6	–	–
				Nutrição	6	2	2
				Odontologia	6	3	3
				Psicologia	6	2	2
				Serviço Social	6	2	2
				Terapia Ocupacional	6	–	–
Total					66	14	14

Fonte: Elaborado pelos autores.

Esse programa tinha como objetivo geral qualificar profissionais, contribuindo para consolidação da carreira na ESF e NASF na rede municipal de saúde (Fortaleza, 2011). Seguia os mesmos parâmetros normativos nacionais para execução do Programa. Para a primeira turma (2009/2011), foram ofertadas 66 vagas e os selecionados foram lotados em CSF, nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER) do município existentes na época.

Para a segunda (2011/2013), da qual sou egresso, e a terceira (2012/2014) turma, houve redução considerável do número de vagas, de 66 para 14, como consequência da alteração na forma de financiamento dos programas de RMS pelo MS e da diminuição do número de bolsas ofertadas pelo Ministério para esse Programa. Os residentes da segunda e terceira turma foram lotados somente na SER V e SER VI, respectivamente.

Para a Turma I, os residentes foram divididos em seis equipes multiprofissionais, e cada uma iria atuar no território de abrangência de um CSF. A proposta era que cada uma das seis equipes fosse composta por um profissional enfermeiro, dentista, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, farmacêutico, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e veterinário, totalizando, assim, 66 residentes (Fortaleza, 2007).

Os residentes das Turmas II e III foram lotados em duas unidades, uma de lotação e outra integrada, cujos territórios fossem contínuos, sendo que os profissionais da equipe de referência da ESF (Enfermagem e Odontologia) atuavam somente na unidade de lotação, enquanto os profissionais da estratégia NASF (psicólogo, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista) atuavam nos territórios das duas unidades. Em virtude dessa estratégia de lotação, a maior parte da carga horária e as atividades dos residentes aconteciam na unidade de lotação.

Nos territórios de atuação dos residentes, eram desenvolvidas atividades práticas e teórico-práticas de formação em serviço, pautadas na aprendizagem significativa característica da educação permanente, no trabalho multiprofissional, na construção de um saber interdisciplinar que devem envolver a prática de atenção à saúde integral, implementando ações de intervenção, promoção da saúde e prevenção de doenças, entre outras, focando o indivíduo, a família e a comunidade. Essas atividades são desenvolvidas tanto no âmbito profissional geral quanto no específico, acompanhadas diretamente pelos preceptores de território e de categoria (Fortaleza, 2007).

Os programas de Residência em Saúde da Universidade Federal do Ceará (UFC) consistem em seis programas de

Residência Multiprofissional em Saúde, divididos por área de concentração, denominados Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde; e dois Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Uniprofissionais), conforme os quadros 9 e 10. Os programas da UFC têm como cenários de aprendizagem os hospitais universitários da UFC, o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), além de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde de Fortaleza, a depender da área de concentração.

Quadro 9 – Caracterização dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Nome do Programa	Instituição Formadora	Áreas de Atuação	Cenários de Aprendizagem	Categorias profissionais incluídas	Quantidade de vagas por turma*
Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar à Saúde	Universidade Federal do Ceará	Assistência em Terapia Intensiva	HUWC/ MEAC	Enfermagem	02
				Fisioterapia	03
				Farmácia	03
		Assistência em Transplante	HUWC/ MEAC	Enfermagem	02
				Farmácia	03
				Fisioterapia	01
				Nutrição	02
				Serviço Social	03
				Psicologia	02
		Diabetes	HUWC/ MEAC Rede de Atenção à Saúde de Fortaleza	Enfermagem	04
				Fisioterapia	02
				Nutrição	04
		Oncohematologia	HUWC/ MEAC	Enfermagem	02
				Farmácia	01
				Nutrição	01
		Saúde da Mulher e da Criança	HUWC/ MEAC	Enfermagem	03
				Farmácia	04
				Fisioterapia	01
				Serviço Social	01
				Nutrição	02
				Psicologia	01
		Saúde Mental	HUWC/ MEAC/ Rede de Atenção Psicossocial	Enfermagem	01
				Serviço Social	01
				Psicologia	01
				Nutrição	01
				Terapia Ocupacional	01
Total					52

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo Edital Nº 05/2016 do processo seletivo na modalidade residência multiprofissional e uniprofissional da saúde 2017 da Universidade Federal do Ceará. Disponível em: https://www.resmedceara.ufc.br/ares/wp- content/uploads/2016/12/EDITAL-RESID% C3%8ANCIAS-UFC-PSU_RESMULTI_CE-%E2%80%93-2017.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017.

Segundo a coordenadora geral da residência, o Programa de Residência em Farmácia Hospitalar, criado em 2006, foi a primeira Residência em Área Profissional da Saúde do HU/UFC, cujo financiamento das bolsas era custado pela SAMEAC – Sociedade de Assistência à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, mantida pela UFC, a qual teve as funções assumidas com a entrada da EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Em 2008, foram criados mais dois programas, também uniprofissionais, a Residência em Fisioterapia Hospitalar e a Residência em Psicologia Hospitalar.

Somente em 2010, foram criados os primeiros programas multiprofissionais por área de concentração, a Residência Integrada Multiprofissional em: Saúde da Mulher e da Criança, Oncohematologia, Transplante, Terapia Intensiva e Saúde Mental. No caso da Saúde Mental, a institucionalização aconteceu somente no segundo semestre daquele ano, diferentemente das outras ênfases, criadas no primeiro semestre. Também, em 2010, foi instituída a Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (Residência em Área Profissional da Saúde). O financiamento desses programas era feito pelo Programa Nacional de Bolsas, do Ministério da Educação (MEC).

Em 2012, foram criados mais dois programas, completando a configuração atual das Residências em Saúde; a Residência Integrada Multiprofissional em Diabetes; e a Residência em Enfermagem Obstétrica.

Quadro 10 – Caracterização dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2017.

Nome do Programa	Instituição Formadora	Áreas de Atuação	Cenários de Aprendizagem	Categorias profissionais incluídas	Quantidade de vagas por turma*
Residência em Área Profissional em Atenção Hospitalar à Saúde	Universidade Federal do Ceará	Enfermagem Obstétrica	Hospital Universitário Walter Cantídio/ Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Enfermagem	06
		Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial	Hospital Universitário Walter Cantídio/ Maternidade Escola Assis Chateaubriand	Odontologia	02
Total					08

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo Edital Nº 05/2016 do processo seletivo na modalidade residência multiprofissional e uniprofissional da saúde 2017 da Universidade Federal do Ceará. Disponível em: https://www.resmedceara.ufc.br/ares/wp- content/uploads/2016/12/EDITAL-RESID%C3%8ANCIAS- UFC-PSU_RESMULTI_CE-% E2%80%93-2017.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017.

O currículo é dividido em três eixos principais: um eixo integrado transversal comum às áreas de concentração; um eixo com conteúdo específico de cada área de concentração; um eixo com teor específico, por categoria profissional.

Ainda que o cenário de aprendizagem principal sejam os hospitais universitários da UFC, o programa mantém parcerias com outros pontos das Redes de Atenção à Saúde do Município de Fortaleza, conforme as necessidades de cada área de concentração. Por exemplo, a Saúde Mental tem como proposta ser uma formação em rede, e boa parte da carga horária prática ocorre nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, o que é apontado como fragilidade para formação, em razão das

fragilidades dos serviços ofertados pelo município. A área de concentração do diabetes tem parceria com a Rede de Atenção Primária à Saúde, tendo como cenário de aprendizagem a UAPS Anastásio Magalhães, para os residentes desenvolverem competências relativas ao acompanhamento contínuo e integral dos pacientes. Além desse lugar, a Residência em Diabetes tem uma parceria com o Hospital Estadual Waldemar de Alcântara, para vivenciarem ali o próprio programa de assistência domiciliar.

Outro programa de Residência em Saúde em ambiente hospitalar é o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), desenvolvido em parceria com as Faculdades INTA (Instituto Superior de Tecnologia Aplicada), que contam com dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde: Urgência e Emergência e Neonatologia (Sobral, 2016).

O primeiro programa foi implantado em março de 2015, com a Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência, e, em 2016, foi ampliado com a implantação da Residência Multiprofissional em Neonatologia. Segundo o que consta no *site* da SCMS, esses programas de residência têm como objetivo especializar profissionais na atenção de Urgência e Emergência e Neonatal, próxima a de excelência, dentro da visão holística do ser humano, que tem necessidades individuais e específicas, em que o profissional deve atender a cada indivíduo de maneira singular (Sobral, 2016).

Além do objetivo geral descrito, são apontados como objetivos específicos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da SCMS/INTA: capacitar enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas para prestar assistência na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Neonatologia; aprimorar a aplicação da Sistematização da Assistência; proporcionar vivências no processo de Gerenciamento da Rede de Atenção às

Urgências e Emergências e Neonatologia; promover o desenvolvimento de atividades nas aéreas de concentração temática do SUS: Saúde da Criança e Neonatologia; saúde funcional e reabilitação; intensivismo; urgência/trauma; proporcionar processos assistenciais na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Neonatologia; implementar a pesquisa como instrumento de construção de saberes e práticas na Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Neonatologia (Sobral, 2016).

Atualmente, são ofertadas 18 vagas para Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência e dez vagas para Residência Multiprofissional em Neonatologia, distribuídas conforme o quadro 11.

Quadro 11 – Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/INTA. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

Nome do Programa	Instituição Formadora	Áreas de Atuação	Cenários de Aprendizagem	Categorias profissionais incluídas	Quantidade de vagas por turma*
Residência Multiprofissional em Saúde	Santa Casa de Misericórdia de Sobral/ INTA	Urgência e Emergência	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Enfermagem	08
				Fisioterapia	04
				Nutrição	03
				Farmácia	03
		Neonatologia	Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Enfermagem	04
				Fisioterapia	02
				Nutrição	02
				Farmácia	02
Total					28

Fonte: Elaborado pelo autor, segundo Santa Casa de Misericórdia de Sobral – Programa de Residência Multiprofissional. Disponível em: http://stacasa.com.br/site/programa-de- residencia-multiprofissional/. Acesso em: 19 jan. 2017.

À semelhança das residências do HU/UFC, a matriz curricular comportava três eixos: a) Eixo Transversal do Programa – conteúdo comum às áreas de concentração e profissões do Programa, que privilegia conteúdos práticos e teóricos relativos ao SUS, Epidemiologia Clínica, Ética e Bioética, Metodologia de Pesquisa, reuniões clínicas etc.; b) Eixo Transversal das Áreas de Concentração – conteúdo comum às profissões e que cobre conteúdo específico relativo às urgências e emergências; c) Eixo Específico das Profissões – conteúdo específico de cada profissão dentro da área de concentração (Sobral, 2016).

Como parte da implementação da Residência em Saúde na instituição, no final de 2016, a SCMS realizou seleção interna por análise de currículo e de memorial de experiência, ainda em curso, para selecionar preceptores para os Programas de Residência Médica e Multiprofissional, para profissionais graduados em Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Farmácia, com expertise nas áreas de concentração dos programas e experiência em atividade de preceptoria e pesquisa. Para participar, os profissionais precisavam ter vínculo trabalhista com a SCMS ou o INTA (Sobral, 2016).

Em março de 2017, a Secretaria do Estado do Ceará lançou edital para mais dois programas de Residência Multiprofissional, ambos em Terapia Intensiva, Adulto e Neonatal, a ser executado pelo Hospital Geral de Fortaleza (HGF). A ênfase adulto destinava-se as seguintes categorias profissionais e vagas: Enfermagem (02), Farmácia (01), Fisioterapia (02), Nutrição (01), Odontologia (01) e uma vaga para Terapia Ocupacional. A ênfase neonatal, por sua vez, destinava-se: Enfermagem (02), Fisioterapia (02) e uma vaga para Terapia Ocupacional (Ceará, 2017).

Também, em março de 2017, foi lançado edital para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri, ofertando 18 vagas, sendo três

vagas para cada categorial profissional, distribuídas entre as categorias: biólogo, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapia e nutricionista (Universidade Regional do Cariri, 2017).

A última caracterização consiste na contextualização dos programas da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) (quadro 12), contexto e cenário no qual realizamos o estudo.

Na perspectiva da integralidade, atenção e formação em rede, a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE) tem como macro-objetivo a interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde, por meio da qualificação de profissionais, de modo a contribuir para consolidação da carreira na saúde pública e fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes do SUS, com apoio nas necessidades e realidades locais e regionais (Ceará, 2012, 2014a, 2014b).

Em conformidade com a legislação vigente, a Residência Integrada em Saúde (RIS) constitui modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* (Especialização em caráter de Residência em Saúde), em regime de tempo integral e dedicação exclusiva, caracterizando-se como educação para o trabalho, mediante a aprendizagem em serviço, no âmbito do Sistema Municipal/Estadual de Saúde ou Região de Saúde correspondente (Brasil, 2009b; Ceará, 2014a, 2014b).

É desenvolvida em regime de dedicação exclusiva, com duração mínima de 02 dois anos, sendo a carga horária total de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, respeitando-se a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, que se dividem em 80% de atividades práticas (imersão em serviço, plantões e estágios) e 20% de atividades teóricas (aulas teóricas, rodas tutoriais e estudo individual na modalidade de ensino a distância – EAD) ou teórico-práticas (Roda de Núcleo e Roda de Campo), segundo as normas da legislação vigente (Ceará, 2013b, 2014a, 2014b).

A RIS-ESP/CE foi implantada em 2013, sendo composta, inicialmente, por quatro programas de Residência Multiprofissional em Saúde, nas ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva, Cancerologia e Saúde Coletiva, ofertando na primeira turma (2013-2015) 222 vagas. Dessas, 119 foram destinadas à ênfase SFC, distribuídas por municípios de lotação, conforme Quadro 13 (Ceará, 2012, 2013a).

Atualmente, a RIS-ESP/CE[57] integra dez programas de Residência Multiprofissional em Saúde e um programa de Residência em Área Profissional da Saúde, com dois componentes, um Comunitário e um Hospitalar, com 11 ênfases, que são: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva, Saúde Coletiva, Enfermagem Obstétrica, Neonatologia, Pediatria, Infectologia, Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade, Cuidado Cardiopulmonar, Urgência e Emergência e Cancerologia (Ceará, 2014b).

A RIS-ESP/CE está na sua terceira turma (2015-2017) e já na segunda turma (2014-2016), houve uma expansão no número de vagas e de programas, ofertando 327 vagas e passando a integrar 10 (dez) programas de Residência Multiprofissional em Saúde e 01 (um) programa de Residência em Área Profissional da Saúde, com dois componentes, um Componente Comunitário e um Componente Hospitalar, com 11 ênfases, que são: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva, Saúde Coletiva, Enfermagem

57 A RIS-ESP/CE passou a ser denominada RESMULTI e os Programas foram ampliados em 2025. Ao todo, são 24 programas, sendo 617 vagas por ano, divididos em dois Componentes: Comunitário e Hospitalar. O Componente Comunitário é composto por 9 programas: Saúde da Família e Comunidade; Saúde Coletiva; Saúde Mental Coletiva; Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; Vigilância em Saúde; Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa; Saúde e Esporte; Saúde Digital e Odontologia Uniprofissional. O Componente Hospitalar é composto por 15 programas: Cancerologia; Neurologia e Neurocirurgia; Pediatria; Urgência e Emergência; Enfermagem Obstétrica; Neonatologia; Infectologia; Cuidado Cardiopulmonar; Terapia Intensiva; Dermatologia Sanitária; Cuidados Paliativos; Obstetrícia Multiprofissional, Cuidado Clínico-Cirúrgico; Ortopedia e Traumatologia; e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

Obstétrica, Neonatologia, Pediatria, Infectologia, Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade, Cuidado Cardiopulmonar, Urgência e Emergência e Cancerologia (Ceará, 2014a, 2014b).

A RIS tem a Escola de Saúde Pública do Ceará como Instituição Formadora (IF) e como Instituições Executoras (IEX), os municípios e suas Redes de Atenção à Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde (SESA) e as Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado, como cenários de aprendizagem das ênfases do componente comunitário, que tem variado de acordo com as turmas. As ênfases do componente hospitalar têm como cenários de aprendizagem os hospitais da Rede SESA (Hospital Geral de Fortaleza – HGF, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – HM, Hospital Geral Cesár Cals – HGCC, Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS e Hospital São José de Doenças Infecciosas – HSJ), o Instituto do Câncer do Ceará (ICC)/Hospital Haroldo Juaçaba e Instituto Dr. José Frota – IJF (Ceará, 2013a, 2014a, 2014b, 2016).

Para a quarta turma, a ênfase de cancerologia passou a ser desenvolvida na rede estadual e municipal de atenção à pessoa com câncer como cenários de aprendizagem (Ceará, 2016). E o ICC, por meio da Escola Cearense de Oncologia, sediada neste hospital, em março de 2017, abriu um programa de Residência Multiprofissional em Cancerologia, ofertando 24 vagas, sendo quatro vagas por categoria profissional (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social) (Ceará, 2017).

Em relação à Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, tem como cenário de aprendizagem os territórios da ESF dos municípios do estado do Ceará, sendo os municípios listados acima não necessariamente os mesmos nas três turmas (ver quadro 13). Para a quarta turma (2017-2019), em processo de seleção à época da pesquisa, foram incluídos outros municípios, sendo que alguns dos supracitados continuaram como IEX.

A instituição formadora é a instituição de ensino superior, devidamente reconhecida pelo MEC, responsável pela certifi-

cação do programa de residência e pela condução do processo pedagógico. A instituição executora corresponde ao cenário de aprendizagem, de lotação/atuação dos profissionais de saúde residentes, no qual se desenvolverá o maior percentual da carga horária prática e teórico-prática do Programa. Como descrito anteriormente, existem programas em que a IF atua como mera certificadora do programa de residência.

Quadro 12 – Caracterização da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

(Continua)

Nome do Programa	Instituição Formadora	Áreas de Atuação	Cenários de Aprendizagem	Categorias profissionais incluídas	Quantidade de vagas por turma[1]
Residência Integrada em Saúde	Escola de Saúde Pública do Ceará	Saúde da Família e Comunidade	Territórios da ESF dos municípios do Estado do Ceará[2]	Enfermagem	34
				Fisioterapia	17
				Nutrição	17
				Odontologia	17
				Psicologia	17
				Serviço Social	17
		Saúde Coletiva	Região de Saúde e municípios de abrangência	Todas as categorias profissionais da saúde	26
		Saúde Mental Coletiva	Rede de Atenção Psicossocial dos municípios do Estado do Ceará	Educação Física	8
				Enfermagem	12
				Psicologia	12
				Serviço Social	10
				Terapia Ocupacional	10
		Cancerologia	Instituto do Câncer do Ceará – Hospital Haroldo Juaçaba	Enfermagem	4
				Farmácia	4
				Fisioterapia	4
				Nutrição	4
				Psicologia	4
				Serviço Social	4

Residência Integrada em Saúde	Escola de Saúde Pública do Ceará	Cardiopneumologia	Hospital de Messejana	Enfermagem	3
				Farmácia	2
				Fisioterapia	2
				Nutrição	2
				Psicologia	3
				Serviço Social	2
		Infectologia	Hospital São José	Enfermagem	4
				Farmácia	2
				Fisioterapia	2
				Nutrição	2
				Serviço Social	3
				Terapia Ocupacional	2
		Neonatologia	Hospital Geral Cesar Cals	Enfermagem	4
				Farmácia	2
				Fisioterapia	4
				Fonoaudiologia	3
				Nutrição	3
				Psicologia	3
				Serviço Social	2
				Terapia Ocupacional	3
		Enfermagem Obstétrica	Hospital Geral Cesar Cals	Enfermagem	6
		Pediatria	Hospital Infantil Alberto Sabin	Enfermagem	3
				Fisioterapia	2
				Nutrição	3
				Odontologia	2
				Psicologia	3
				Serviço Social	3
				Terapia Ocupacional	2
		Urgência e Emergência	Instituto Dr. José Frota	Enfermagem	4
				Farmácia	2
				Fisioterapia	2
				Nutrição	2
				Odontologia	2
				Psicologia	2
				Serviço Social	2
		Neurologia	Hospital Geral de Fortaleza	Enfermagem	4
				Farmácia	2
				Fisioterapia	4
				Fonoaudiologia	3
				Nutrição	3
				Odontologia[3]	–
				Psicologia	3
				Serviço Social	2
				Terapia Ocupacional	3
Total					327

[1] Conforme Edital nº 63/2014 referente à terceira turma da RIS-ESP/CE. [2] Os respectivos municípios encontram-se no quadro 13. [3] Para segunda turma neste hospital, terceira turma do Programa, não foi ofertada vaga para essa categoria.

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo Edital nº 63/2014 da RIS-ESP/CE.

Em conformidade com o Projeto Político-Pedagógico da RIS-ESP/CE, para integração do currículo na perspectiva da integralidade da atenção, os profissionais de saúde residentes, sob supervisão de preceptores, compõem equipes multiprofissionais nos cenários de aprendizagem pelo trabalho nos territórios, serviços/dispositivos dos sistemas municipais estadual de saúde, Rede Hospitalar, Região de Saúde e Rede Intersetorial, ligados às instituições executoras.

Dentre as ênfases que compõem a RIS-ESP/CE, vamos apontar algumas especificidades da Residência Multiprofissional Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) do componente comunitário, que tem o município de Horizonte como uma das IEX, cenário desta pesquisa.

A RMSFC expressa como objetivo ativar-capacitar lideranças com as devidas competências técnicas, científicas e políticas, para qualificação da atenção, gestão e controle social do SUS, visando promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo por referência a colaboração interprofissional, a integralidade e a intersetorialidade (D'Amour; Oandasan, 2005; Mattos, 2006; Andrade, 2006; Furtado, 2009; Akerman *et al.*, 2014; Dias *et al.*, 2014; Ceará, 2014b).

Nos territórios de atuação dos residentes, são desenvolvidas atividades práticas e teórico-práticas de formação em serviço, pautadas na aprendizagem significativa, no trabalho em equipe multiprofissional, na colaboração interprofissional para formação de um ser, saber e fazer interdisciplinares, devendo envolver toda a prática de atenção à saúde integral, implementando ações de intervenção, promoção da saúde e prevenção de doenças, entre outras, focando o indivíduo, a família e a comunidade. Essas atividades são desenvolvidas tanto no âmbito profissional geral (campo) quanto no específico (núcleo) e acompanhadas diretamente pelos preceptores de campo e de núcleo (Campos, 2000; Ceará, 2014b).

Segundo o Regimento da RIS-ESP/CE, o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) deve ser formado pelos preceptores de campo, preceptores de núcleo, orientadores de serviço, tutores de núcleo, tutores de campo, coordenação das ênfases e coordenação geral da Residência. Enfatizando-se o fato de que "a docência no âmbito da RIS-ESP/CE é função imprescindível para a existência dele, visto que se trata de atuação-formação em serviço" (Ceará, 2013b, p. 10).

No que concerne à distribuição das vagas na RMSFC, mantiveram-se as categorias profissionais da primeira turma, entretanto, houve reconfiguração na distribuição das vagas e nos municípios de lotação, conforme exposto no quadro que segue.

Quadro 13 – Distribuição das vagas na Residência Integrada em Saúde – ênfase Saúde da Família e Comunidade, segundo a turma, por município e categoria profissional. Fortaleza, CE, Brasil, 2017.

(Continua)

Turmas	1ª							2ª							3ª						
Categoria/ Município	Enfermagem	Odontologia	Fisioterapia	Nutrição	Psicologia	S. Social	Total	Enfermagem	Odontologia	Fisioterapia	Nutrição	Psicologia	S. Social	Total	Enfermagem	Odontologia	Fisioterapia	Nutrição	Psicologia	S. Social	Total
Acopiara	–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	7
Aquiraz	–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7	–	–	–	–	–	–	
Aracati	4	4	2	1	2	2	15	4	2	1	1	1	1	10	2	–	2	1	1	1	7
Arneiroz	–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	7
Brejo Santo	2	2	1	1	1	1	8	2	1	1	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	7
Camocim	–	–	–	–	–	–		4	2	1	1	1	1	10	–	–	–	–	–	–	
Canindé	4	4	2	1	2	2	15	2	1	1	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	7
Catarina	–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7	–	–	–	–	–	–	
Crateús	–	–	–		–	–		4	2	1	1	1	1	10	2	1	1	1	1	1	7
Eusébio	–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	7
Fortaleza	–	–	–	–	–	–		3	3	2	2	2	2	14	–	–	–	–	–	–	
Horizonte	6	6	2	2	2	2	20	2	1	3	1	1	1	9	2	1	1	1	1	1	7
Icapuí	–	–	–	–	–	–		4	2	1	1	1	1	10	2	1	1	1	1	1	7
Iguatu	4	4	1	1	1	1	12	2	1	1	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	7
Itapipoca	–	–	–	–	–	–		–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7

Jaguaruana	3	1	1	1	1	1	8	–	–	–	–	–	–		–	–	–	–	–	–	
Maracanaú	2	2	2	1	1	1	9	–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7
Maranguape	–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7	2	1	1	1	1	1	7
Quixadá	4	4	2	2	2	2	16	2	1	1	1	1	1	7	–	–	–	–	–	–	
Quixeramobim	–	–	–	–	–	–		–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7
Tabuleiro do Norte	–	–	–	–	–	–		–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7
Tauá	4	4	2	2	2	2	16	–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7
Reriutaba	–	–	–	–	–	–		–	–	–	–	–	–		2	1	1	1	1	1	7
Total por Categoria	33	31	15	12	14	14		39	21	18	16	16	16		34	17	18	17	17	17	
Total por Turma	119							133[58]							119						

Fonte: Elaborado pelos autores, segundo os Editais de seleção da RIS-ESP/CE (Ceará, 2013a, 2014a, 2014b).

Para elaboração do quadro de distribuição das vagas da ênfase, utilizamos os respectivos editais reguladores da primeira, segunda e terceira turmas. O objetivo com esse quadro era fazer panorama dos cenários de aprendizagem (municípios de lotação) da ênfase SFC nas três turmas, portanto, não analisamos todos os aditivos e corrigendas referentes a cada processo

58 Esse número de vagas está incorreto, apesar de estar assim no edital de abertura. Ocorreu que, na época, foram incorporadas 14 vagas a mais, que seriam do extinto Programa de RMSFC da SMS/SMSE de Fortaleza. Foi proposto pela RIS-ESP/CE que o município passaria a compor uma das IEX da RIS na prática, mas, normativamente, continuaria como um programa à parte. Acontece que o Programa deveria ter lançado edital para uma nova turma em 2013, o que não ocorreu. Como não abriu a quarta turma, deveria ter solicitado junto ao MS a prorrogação das vagas de 2013, o que não foi feito. Com a mudança na gestão municipal, não houve interesse pela manutenção do Programa e essa parte burocrática foi relegada a segundo plano. Esse imbróglio somente foi descoberto no ato da matrícula dos residentes da segunda turma da RIS. Como algumas vagas não foram preenchidas na seleção, o problema pôde ser contornado.

seletivo e as possíveis alterações nos cenários de aprendizagem posteriores ao edital de abertura.

Como observado, houve alterações nos municípios de lotação, de acordo com as turmas, em virtude, principalmente, das fragilidades nos cenários de aprendizagem que influenciaram negativamente o processo formativo e a necessidade de mudanças. Além disso, acreditamos que essa rotatividade dificulta processos avaliativos sobre os possíveis impactos e/ou contribuições da residência a longo prazo nesses lugares e no processo de ensino-aprendizagem como um todo para residentes, preceptores e profissionais de saúde, nos diversos cenários de aprendizagem, considerando que esse programa objetiva se constituir estratégia de fomento à educação permanente interprofissional em saúde nos territórios de inserção do Programa.

Essas reflexões ensejam análise sobre o macro-objetivo da Residência Integrada em Saúde da ESP/CE, no contexto em que desenvolvemos nosso objeto de estudo, particularmente no tocante à "interiorização da Educação Permanente Interprofissional em Saúde".

Retomando as reflexões sobre EPS feitas no marco teórico e considerando o entendimento de que as Residências em Saúde consistem em estratégia de EPS com potencial para fomentar a prática da problematização, de autoanálise e autogestão coletiva dos processos de trabalho, com intuito de transformação das práticas instituídas, lembramos de que a incorporação da EPS ao cotidiano dos serviços é uma condição necessária para mudança, porém não é suficiente para que se avance em um novo modelo formativo, baseado na problematização e transformação da realidade, sendo necessários o estímulo e o apoio para constituição de espaços institucionais democráticos, participativos e sistemáticos, o que podemos associar à concepção dos

coletivos organizados para cogestão, o Método Paideia (Opas, 1995; Campos, 2015b).

Apesar de o programa adotar estratégias e ferramentas de ensino-aprendizagem que ensejam processos reflexivos, dialógicos e participativos como caminho para efetivação da EPS nos cenários de aprendizagem – como o processo de territorialização e planejamento participativo; o fluxograma analisador do processo de trabalho instituído; as rodas de gestão (Método Paideia) – com esse objetivo, dá-se o caso de pressupor a ideia de que nesses cenários não aconteçam momentos de educação permanente, contrariando o que nos lembra Merhy (2015), sobre os processos formativos inerentes à produção de saúde no ato de cuidar, quando elucida que o agir em si é formativo conduzindo a produção de novos conhecimentos ou atualizando alguns, no ato de cuidar. O agir em si constitui-se de um conjunto de forças que atuam sobre quem o realiza, provocando formação do próprio protagonista, individual e coletivo, ao mesmo tempo que opera a produção do cuidado, no caso da saúde (Merhy, 2015, p. 9).

Assim, entendemos a 'interiorização', constante no macro-objetivo, como processo de ativar/fomentar/fortalecer a referida 'Educação Permanente Interprofissional', possibilitada pela interação ensino e trabalho decorrente da existência de profissionais em formação e a "caixa de ferramentas", constituindo estratégia de desacomodação e desterritorialização, mas, sabendo que, em maior ou menor grau, isso já acontece nos canários de aprendizagem, mesmo que esses não sejam transparentes e óbvios.

Merhy (2015, p. 11) compartilha a ideia de que,

> Não adianta uma política de indução simplesmente para que se aposte na construção de uma educação permanente, como mui-

> tos pensam, porque essa prática da educação permanente ocorre como parte constitutiva do mundo do trabalho em todas suas dimensões no campo da política, da organização e do cuidado, com efeitos sobre o próprio trabalhador, de um modo geral.

Com isso, acreditamos que o contexto de formação no mundo do trabalho, decorrente da Residência nos territórios da ESF, cenários de aprendizagem da RMSFC, pode possibilitar o alcance do macro-objetivo proposto, na perspectiva de fomento/estímulo que essa descentralização do Programa pelos municípios do Ceará proporciona. Temos, contudo, a consciência de que EPS é imanente do trabalho vivo, do agir em si no ato de cuidar, das análises e reflexões decorrentes dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços, como processo constitutivo do próprio mundo do trabalho que ocorre espontaneamente, sem precisar ser denominado EPS.

5.2 Formação no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

Nesta categoria, incluímos o processo de seleção dos municípios e residentes e de como ocorria a pactuação dos cenários de aprendizagem, além do processo de imersão no contexto da residência e de inserção sociocomunitária nos territórios de atuação. Assim, também, as discussões sobre o acompanhamento pedagógico e apoio institucional por parte da Instituição Formadora, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) tem como missão institucional[59], promover a formação e educação per-

59 Missão, visão e valores definidos para a ESP/CE. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=141. Acesso em: 5 fev. 2017.

manente, pesquisa e extensão na área da Saúde, na busca de inovação e produção tecnológica, a partir das necessidades sociais e do SUS, integrando ensino-serviço-comunidade, formando redes colaborativas e fortalecendo o sistema saúde-escola.

Como parte do Plano Plurianual (PPA 2011–2015), a ESP/CE assume o compromisso de promover e fortalecer a formação multiprofissional para a ESF no Ceará e propõe a implantação da RMSFC, por meio da interiorização de turmas para as cidades de médio porte do estado (municípios de mais de 80.000 habitantes) para alcançar esse objetivo.

Em relação aos caminhos trilhados pela RIS-ESP/CE para implementar a descentralização da RMSFC nos municípios do Ceará, no Projeto Político-Pedagógico (PPP), na justificativa e contextualização para implantação da RMSFC, destacam-se como pontos a serem considerados (Ceará, 2012):

1. a implementação, pioneira no Ceará, do Programa Saúde da Família;
2. a atual expansão da rede assistencial especializada e hospitalar;
3. a inclusão de novas categorias profissionais (NASF) na APS/ESF;
4. a evitabilidade do acréscimo desordenado de demanda na rede em expansão; e
5. a necessidade de a APS/ESF coordenar e atuar integrada às demais redes assistenciais.

Segundo o que consta no PPP da RMSFC, a opção por descentralizar a Residência Multiprofissional em Saúde decorre da relevância da qualificação/formação contextualizada às necessidades locais; da redução do isolamento formativo dos profissionais que atuam e residem fora da capital; da necessi-

dade de socialização de conhecimento e formação de docentes no Ceará (preceptores), além de contribuir para a motivação dos profissionais e o desenvolvimento do protagonismo local e profissional para implementação da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Tomando como premissa o cuidado em rede, para identificação dos municípios prioritários para implantação da RMSFC, foram apontados como critérios técnicos e institucionais: porte populacional, cobertura da Estratégia Saúde da Família (maior cobertura), número de equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, indicadores de saúde e respectiva contribuição para o perfil epidemiológico do Ceará, existência estratégica dos municípios ante a expansão da rede (localização dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Policlínicas, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e hospitais regionais do estado) e o desenho de regionalização do Ceará, atualmente divido em cinco macrorregiões de saúde[60].

Ainda segundo o PPP e os critérios reunidos, foram selecionados para a primeira turma da RMSFC oito municípios considerados prioritários para qualificação da APS/ESF, e que deveriam ter mais de 80.000 habitantes: Crato, Cascavel, Iguatu, Itapipoca, Horizonte, Quixadá, Maracanaú, Maranguape.

Contraditoriamente, o critério populacional não foi seguido na escolha dos municípios conveniados, nem na primeira turma, muito menos nas turmas subsequentes, sendo que, dos 23 municípios que receberam a RMSFC nessas três turmas, somente quatro (incluindo Fortaleza) têm mais de 80 mil habitantes, com isso, apenas 17,39% dos municípios nos quais o Programa

60 A regionalização da Saúde do Ceará está representada por 22 regiões de saúde e cinco macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), em que se estrutura o Sistema Estadual de Saúde. Disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/ index.php/regionalizacao. Acesso em: 9 jan. 2017.

foi implantado preenchem esse requisito[61]. Conforme o quadro com a distribuição dos municípios nas três turmas (quadro 14), nem mesmo alguns municípios listados, inicialmente, no PPP constam dentre os 23 municípios.

Não conseguimos obter esclarecimento sobre essa questão, pois a coordenadora pedagógica, a representante da coordenação que participou da pesquisa, não soube informar como ocorreu a seleção dos municípios das turmas anteriores. Relatou que essa é uma atribuição da coordenação geral do Programa, que, como relatado, foi excluída da pesquisa por não ter disponibilizado tempo para participar deste estudo no período da coleta de dados.

Além do fator populacional, outras questões prévias não seguiram a recomendação e outros problemas que surgiram no decorrer do processo: de organização das Redes de Atenção à Saúde (implantação da turma da saúde mental em município que não tinha serviço instalado, o serviço começou com os residentes); de instabilidades políticas; de preceptoria fictícia, descaracterizando a Residência como processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho sob supervisão, culminaram com a necessidade de mudança de cenários de aprendizagem (município de lotação) no decorrer da primeira e da segunda turma, casos que vivenciamos como tutor desse programa e se repetem em maior ou menor grau em outros municípios, assim como no cenário desta pesquisa.

Sobre as diretrizes e critérios a serem observados pelos programas, A Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009 (Brasil, 2009b) determina que a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde sejam orien-

61 Levantamento da população, por cidades, no Ceará, segundo o IBGE. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php? lang=&coduf=23&search=ceara. Acesso em: 9 jan. 2017.

tadas pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, com base nas necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar variedade de eixos norteadores, que objetivam formação integral, articulada e integrativa na área da saúde e devem contemplar:

I. cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País;
II. concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável pelo processo de vida, inserido em um ambiente social, político e cultural;
III. política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
IV. abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
V. estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
VI. integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
VII. integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para consolidação da educação permanente, haja vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, trabalho e gestão na saúde;
VIII. integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;

IX. articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
X. descentralização e regionalização, privilegiando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
XI. estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos distintos atores envolvidos, visando desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à contribuição ao aperfeiçoamento do SUS; e
XII. integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Segundo a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), os eixos norteadores mencionados devem orientar a elaboração dos Projetos Políticos-Pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Com algumas pequenas adaptações, o regimento da RIS-ESP/CE reproduz os eixos norteadores que constam na legislação para orientar a elaboração do PPP e definir os cenários de aprendizagem (Ceará, 2013b), o que, evidentemente, não vem sendo seguido. A fala logo à frente reproduzida evidencia o descompasso da normativa em relação às ações:

> [...] para a seleção da nova turma, [...] foi feito um chamado pra todos os secretários de saúde. Foram chamados informal, mas foram chamados pelo grupo do COSEMS no WhatsApp. [...]. Quem tivesse interesse tem um termo de convenio [...] que foi colocado tudo o que a Escola pretende que esse município forneça e também [...], o que a Escola tem como obrigação logico. [...] e a partir disso foi feito uma avaliação do que a gente já conhecia dos municípios que tinham (*turma em curso ou que já tiveram*), por essas avaliações e uma conversa que houve en-

> tre a *coordenadora geral da RIS* e *o presidente do* COSEMS, [...] fazer realmente uma análise de, de ver quais são daqueles municípios que tinha demonstrado interesse, [...], que realmente tinha condições. Pensando também na rede que esses municípios têm. Como é a rede de saúde da família? Como é a rede de saúde mental? [...], tem um hospital como porta de entrada também? Tudo isso foi pensado. [...]. Porque os residentes fazem todo o percurso dentro dessa rede. Para evitar mais desgastes no futuro (Coordenação, grifo nosso).

Como podemos depreender da fala da participante, para a próxima turma (quarta turma), a seleção dos municípios que iriam receber a RMSFC foi feita por convite informal, facilitada pelo presidente do COSEMS/CE (Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará), à época (outubro 2016); além de rodas de conversa, com intuito avaliativo dos cenários de aprendizagem feitas com residentes e preceptores na ESP/CE, em Fortaleza. Convém referir, ainda, o fato de que não foram feitas visitas técnicas aos municípios para analisar/verificar o que foi relatado, tampouco avaliar a capacidade instalada do que foi informado pelos municípios.

As pactuações, geralmente, são feitas com o secretário municipal de saúde e efetivadas pela assinatura do termo de convênio entre IF e IEX.

> [...] principalmente nesse último ano, a gente tem feito momentos de roda com os municípios para tentar acompanhar de perto como é que está a evolução dos residentes, preceptoria, como é que o município está. E isso para a gente é uma base de escolha futura daquele município. [...]. Porque a partir de como a gente percebe que esse município está e das nossas negociações de tentar melhorar a situação daquele problema que possa surgir nessas rodas, a gente já vai avaliando: será que esse município teria condições de receber uma próxima turma? (Coordenação).

Consideramos fundamental o fator político, para o apoio e suporte de que a Residência necessita, para que o processo formativo logre os objetivos propostos. Não podemos deixar de destacar, todavia, a fragilidade que um programa com a magnitude e a capilaridade da RIS-ESP/CE demonstra, fazendo a escolha de municípios de lotação com nítido viés político atrelada à manifestação de interesse dos municípios e a não verificação técnica e de organização sanitária, desconsiderando os padrões expressos no próprio PP.

Em face dos problemas enfrentados nesse percurso, não somente nesse programa, mas em outros, Brasil afora, e dada as peculiaridades de muitos municípios, em relação às questões descritas, consideramos que essa avaliação técnica, além dos pontos elencados pelo PP, precisa considerar aspectos como vínculo profissional e lotação dos possíveis preceptores nas unidades de saúde cenário de aprendizagem, infraestrutura, rede de serviços e processo de trabalho municipal e local. Não que a existência dessas questões implique Residência de melhor ou pior qualidade, considerando fatores subjetivos não mensuráveis, mas entendemos que essas são condições mínimas para operacionalização do processo formativo.

> [...] a gente fazia a formação de preceptores, mas o que que a gente começou a perceber, a gente planejava um negócio macro e vinha um pingo de preceptores para cá. [...]. A dificuldade de esse preceptor de estar presente aqui, de vir, às vezes até de interesse mesmo de vir [...]. [...] muitas vezes, nesses municípios menores, esse residente, às vezes, sabe mais do que o preceptor, porque está aqui sendo formado (Coordenação).

O PP da RMSFC (Ceará, 2012) refere-se ao projeto que seria correspondente à primeira turma da RMSFC, pelos fatos levantados aqui, em que é nítida a necessidade de atualização

desse PP da RMSFC da RIS-ESP/CE e de implantação/implementação de um processo de avaliação e seleção dos municípios conveniados e respectivos cenários de aprendizagem, com o devido apoio político, mas com transparência, democrático, participativo, processual e permanente, que tenha a premissa técnica e de capacidade instalada/operativa como definidor desse cenário.

5.2.1 Seleção dos residentes e perfil para Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família

Tendo por objetivo ativar-capacitar lideranças técnicas, científicas e políticas para qualificação do papel coordenador da Estratégia Saúde da Família com as redes do SUS, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como base a colaboração interprofissional, a integralidade e a intersetorialidade, o PP da RMSFC da RIS-ESP/CE define o perfil esperado para o egresso do programa, tendo por norte as competências a serem desenvolvidas, considerando que o programa tem um currículo e um processo avaliativo baseado no desenvolvimento de competências. Esse perfil está divido por área transversal, área de concentração e específico por categoria profissional (Ceará, 2012, 2016).

> [...] me chamou muito atenção uma coisa nessa última turma, a gente não teve assistência da Escola e foi uma das turmas mais fáceis de trabalhar. Onde aconteceu um vínculo maior [...] com a comunidade. Uma responsabilização deles com a comunidade muito maior do que as outras turmas, entendeu! [...] A turma dois também foi muito boa. [...] também foi muito independente (GF Preceptores).

O formato do processo seletivo é apontado como estratégia que consegue buscar profissionais com 'perfil' para

atuar no campo da APS/ESF, e isso reverberaria na implicação e comprometimento dos residentes nos cenários de aprendizagem/territórios de atuação. As falas a seguir exemplificam essa construção.

> [...] a Residência contribui muito nessa questão do processo de trabalho, porque ela já traz profissionais, que teoricamente tem um perfil mais próximo a Atenção Básica, e como acontece uma [...] prova prática, [...], então, eles realmente filtram e isso contribui para que o processo de trabalho funcione (GF Residentes).

Sobre esse perfil, assim como nas falas anteriores, fazendo comparativo entre as turmas, são destacados pelos profissionais do serviço o comprometimento e a implicação dos residentes no ato de cuidar, desenvolvido nos territórios:

> [...] eu vejo nas conversas que eles têm aqui com os pacientes, eu acompanho algumas histórias [...] quando vou fazer visita domiciliar, [...] eu vejo empenho. Eu acho pelo comprometimento, eu acho que foi o que faltou na outra, pelo pouco contato que eu tive, faltava. Eu vejo comprometimento nessa (GF Profissionais).

No estudo de Fajardo (2011, p. 93), ao dialogar com preceptores de um programa de RMS, sobre as características desejáveis para um 'perfil ideal' dos residentes, que irão ingressar no programa, os participantes apontaram que esse perfil é variável, e muitos podem não se enquadrar ao esperado, porém, "foi avaliado que o desenrolar do programa pode oportunizar o amadurecimento dos que iniciaram, tendo posturas consideradas pouco suficientes em termos de atuação profissional".

A autora destaca, ainda, que os conflitos decorrentes das dificuldades na relação com residentes, que não atenderiam a

um perfil ideal, podem desencadear o crescimento do próprio preceptor ao encarar situações inusitadas, e se dar conta do que ainda tem a aprender. Como relatado pelos preceptores, nesta pesquisa, os conflitos e as dificuldades enfrentados foram encaradas como processos que proporcionaram aprendizados e crescimento pessoal e profissional.

> Eu aprendi muito [...] na relação com o outro profissional, [...] com a primeira turma acho, quem não aprendeu. A lidar com os conflitos, a lidar com, assim existia um comportamento de, assim de falar, de até de competir, com o outro.
>
> [...] eu aprendi muito a lidar com esses conflitos, com esses temperamentos, e aí voltava para as equipes de referência e a gente ia mediando muitas coisas e ia conduzindo, e eu acho que isso também foi um aprendizado (GF Preceptores).

Ainda sobre o perfil para atuar na ESF, foram apontados o perfil dos recém-egressos da universidade e a falta de vivência na Saúde da Família ou mesmo no mundo do trabalho, como dificuldade de compreensão e adaptação ao processo de trabalho na ESF, particularmente, em relação aos profissionais da equipe NASF, além de serem vistos como estudantes que precisam de 'supervisão acadêmica' pelos preceptores:

> [...] eu acho que todo mundo sentiu um pouco essa diferença do outro (*referência ao preceptor, gestão, profissionais do serviço*) querer impor sobre você, talvez por [...] saberem que nós éramos recém-formados [...]. Esse começo foi muito difícil. Pelo menos eu acho que para todo mundo. [...] o outro começar a entender que é o seu jeito de trabalhar, até isso acontecer, é um longo caminho.
>
> [...] ela chegava com posições – ah, você é recém-formado. Você tem que ter dúvida. Não é possível que você saiba de tudo [...]. No momento que a gente estava finalizando a territorialização, entrando no serviço, começando a construir agenda [...] (GF Residentes, grifo nosso).

Esses trabalhadores são imanentes de um processo sócio-histórico e condicionados por um modelo de atenção e formação na saúde hegemônico – o modelo biomédico, que tem como foco a doença e seus aspectos curativos e não a vida, as pessoas e os projetos de felicidade. Perfis constituídos por modos de produção de subjetividade e de levar a vida nos moldes da sociedade capitalista, individualista e competitiva, em que os processos de singularização massificam e normatizam os territórios existenciais (Guattari; Rolnik, 1996; Silva, 2012).

Sem desconsiderar a potência da 'produção desejante'[62], no encontro do cuidado e da capacidade de afetar e ser afetado, pelos devires dos territórios afetivos (Silva, 2012), asseveramos que o perfil proposto ao egresso do programa, assim, como o esperado para o trabalhador da saúde, particularmente, para os que atuam ou irão atuar no SUS/ESF, é algo visionário, pois, espera-se que esse profissional tenha como premissa a noção de que o agir em saúde tenha por base o saber/fazer/ser técnico-científico, como também a práxis na alteridade, estabelecendo-se relações intersubjetivas como instrumento de vínculo, amizade e solidariedade, reconhecendo o outro, como ser condicionado sócio-historicamente, para constituição de 'encontros desejantes'[63], por meio do dialogismo em espaços de compartilhamento de saberes e poderes, respeitando e corresponsabilizando o outro no ato de cuidar, considerando crenças, desejos, afetos, projetos de vida e de felicidade para produção do cuidado (Ayres, 2001; Silva, 2012; Guizardi; Pinheiro, 2013; Rodrigues, 2016).

62 Silva (2012) em sua tese de doutorado usa o termo 'produção desejante' como acontecimento imanente da inter-relação da produção do social e produção de desejo, no sentido de que tanto subjetividade como social se produzem mutuamente, gerada no cotidiano, que envolve politicidade, afetações e ato de cuidar.

63 Ayres (2001) define 'encontro desejante' como a circunstância – o ato de se colocar diante do Outro e engendrar as compossibilidades de ambos e do mundo compartilhado.

Como destaca Rodrigues (2016, p. 33) sobre o perfil profissional esperado para o trabalhador da saúde, especificamente do SUS, coincide com o daquele capaz de desenvolver uma prática diferenciada em que sobressaia o comportamento do profissional afetivo, humanista, engajado, responsável, disponível, interessado, comprometido, compromissado, humilde, sensível, dinâmico, proativo, motivador e paciente, ressaltando o respeito, o interesse, a autonomia, a flexibilidade, a iniciativa, a criatividade, o planejamento, o saber ouvir e acolher, a valorização do outro, o domínio das tecnologias relacionais, as habilidades nas relações interpessoais, em estabelecer diálogos e no trabalho em equipe, estimulando a autonomia dos sujeitos, reconhecendo os múltiplos saberes envolvidos na produção do cuidado e valorizando a constituição do sujeito e sua história de vida, além de ter conhecimento técnico-clínico na sua área de formação, buscando apropriar-se das políticas públicas para um gerenciamento mais efetivo e eficiente de suas ações.

O cumprimento desse objetivo proposto pelo programa, mais do que o desenvolvimento de competências para um agir em saúde técnico, científico e politicamente qualificado e orientado, pressupõe reorientar o processo de formação humana integral, na perspectiva de superar o ser humano dividido historicamente pela divisão social do trabalho entre a ação de executar e a ação de pensar, dirigir ou planejar. Trata-se de superar a redução da preparação para o trabalho ao seu aspecto operacional, simplificado, escoimado dos conhecimentos que estão na sua gênese científico-tecnológica e na sua apropriação histórico-social. Como formação humana, o que se busca é garantir ao adolescente, ao jovem e ao adulto trabalhador o direito a uma formação completa para a leitura do mundo e para a atuação como cidadão pertencente a um país, integrado dignamente à sua sociedade política. Formação que, neste sentido,

supõe a compreensão das relações sociais subjacentes a todos os fenômenos (Ramos, 2014, p. 86).

Pressupomos que, com esse processo, atinja-se a produção de outras subjetividades, da ressignificação do saber/fazer/ser, que norteiam o modelo de atenção hegemônico e os modos de agir e de cuidar instituídos – a produção da 'subjetividade desviante' –, aquela que rompe com a normatividade dominante, decorrente do protagonismo e autonomia de 'sujeitos emancipados/revolucionários/revoltados', os quais recusam o suicídio do homem absurdo, aprisionado pela racionalidade tecnológica e protocolar, tendo por base a ideia das políticas da diferença, da multiplicidade e do acontecimento, como modo de se reinventar como sujeitos da práxis, ressignificando a dimensão do cuidado.

Nesse sentido, a RMSFC tem a pretensão de preparar e se constituir caminho, para que os profissionais de saúde reflitam e compreendam o papel no contexto do SUS, e constituir estratégia de educação permanente para qualificação da força de trabalho no e para o SUS, fazendo emergir competências, que efetivamente promovam transformações na realidade do cotidiano dos serviços de saúde centrados nas necessidades da população (Nascimento; Oliveira, 2010; Rodrigues, 2016).

Consoante à ideia de que a Residência apresenta potencialidades pedagógicas e políticas para transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde a partir da aprendizagem vivenciada no contexto real do trabalho em saúde em Unidades de Saúde da Família (Nascimento; Oliveira, 2010, p. 825).

Sobre a formação de profissionais implicados com a defesa do SUS, Dallegrave (2013, p. 113) pondera que:

> A necessidade de profissionais que defendam o SUS deve estar vinculada a uma ética de cuidado, à atenção aos seus prin-

> cípios, na defesa de muitas vidas e não na mera reprodução desse enunciado, por meio de muitas formas de autoria. Não desejo que estejam ligados os enunciados 'fui residente' e 'sou defensor do SUS'. Desejo que quem foi residente, seja profissional e que seu cotidiano de trabalho seja recheado de práticas que marcam o cuidado, vinculadas ao Sistema de saúde e, que em suas atribuições privilegie o acolhimento universal, com atendimento integral, equitativo, aberto à escuta da participação das pessoas. Que aja pela manutenção dos direitos e seja capaz de gerar a efetividade terapêutica desejada por quem busca sistemas e serviços de saúde.

Alguns fatores, no entanto, além do modo de seleção e do perfil dos residentes, podem ter repercutido negativamente no município estudado, desde a primeira turma, considerando que o processo de seleção para as três turmas aconteceu de maneira semelhante. Resumidamente, a seleção consistia em três etapas: prova objetiva classificatória e eliminatória, análise de currículo e prova prática/entrevista (ambas classificatórias). Sobre os pontos negativos, as falas que seguem apontam percepções sobre a primeira turma da Residência:

> [...] você traz essa turma grande (*a primeira turma era composta por 20 residentes*), a nossa experiência nenhuma, [...] os nossos profissionais também muito pouco preparados [...]. [...] e além do que teve a história do perfil dos residentes também [...], e, aí, quando chegaram foi reclamando de tudo e de todos (Gestora Municipal, grifo nosso).

> [...] nós tivemos três experiências diferentes. [...] o primeiro ano, [...], foi aquela surpresa, para eles (*residentes*), para a gente (*preceptores*), para gestão. Então, foi um ano de muito é... de organização, rearranjos e a gente teve muitos problemas. Eles chegaram com dificuldade de inserção grande, de se sentirem é... (Incluídos e acolhidos dentro dessa, da organização). E de

> entenderem o que era Residência, também (GF Preceptores, grifo nosso).

Sobre esse contexto, destacamos a Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015, da CNRMS, que "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", que consiste em instância colegiada de caráter deliberativo e tem como atribuições: a) Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e/ou uniprofissional da instituição proponente; b) Acompanhamento do plano de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde residentes; c) Definição de diretrizes, elaboração de editais e condução do processo seletivo de candidatos.

Ante as construções apresentadas, essas questões precisam e devem ser observadas no processo de acompanhamento e avaliação do programa e ser objeto de discussão da Coremu, entre outras instancias participativas que envolvem o processo formativo e avaliativo do programa.

5.2.2 Pactuação dos Cenários de Aprendizagem e Processo de Imersão na Residência

No que se refere à pactuação do cenário de aprendizagem, o território de lotação/atuação dos residentes no município, alguns participantes argumentaram que não foi realizada pactuação com os profissionais do serviço e gestão local da unidade de saúde que iria receber a Residência.

> Teve uma reunião já com os residentes, a gente foi informado – vocês vão receber residentes –, ponto. [...] eles se apresentaram cada um dizendo seu nome, dizendo o que era e dizendo as equipes que iriam ficar, ponto. Sem escolha, sem informação. E da outra vez que teve também, acho que foi da mesma forma (GF Profissionais).

> [...] para a Residência vir para cá, eu fui só comunicada, [...] eu não participei dessa pactuação [...]. Só fui mesmo informada que iria receber os residentes e pronto (Gestora Local).

Além disso, os objetivos e o modo como a Residência iria atuar não foram esclarecidos a contento. Destacaram a falta de suporte da IF para dirimir possíveis dúvidas e oferecer apoio institucional/tutorial, nesse processo de imersão nos cenários de aprendizagem. Os responsáveis, no entanto, pela condução desse processo, seriam os preceptores e o articulador/a municipal.

> Em algumas reuniões de equipe, foi discutido sobre isso, [...] que alguns profissionais estavam encaminhando de forma errada, que o objetivo da residência não era aquele. Mas, nunca foi passado para a gente qual era o objetivo da residência, entendeu. Assim, foi passado de forma superficial, entendeu (GF Profissionais).

> [...] a Escola também não vem para preparar, para discutir, ela também só conversa com o secretario e o prefeito sobre isso. Ela também não ajuda muito nisso (Gestora Municipal).

Por outro lado, foram apontados como fatores negativos que influenciam esses processos decisórios uma gestão verticalizada e centralizadora, a falta de espaços de cogestão que impõem perda de autonomia e comodismo por parte dos trabalhadores e gestão local (unidade de saúde), além de dependência

da gestão central para tomada de decisão sobre os processos de trabalho e organização dos serviços, como se pode apreender nas falas:

> [...] foi conversado, explicado o que era a Residência, mas, de certa forma, foi imposto mesmo, que foi dizer: olha, está chegando uma turma de residentes, vai vir para cá. Foi mais ou menos assim. [...]. Nenhum discordou (*referência aos profissionais do serviço*). [...] acho que, de certa forma, acharam até legal o fato de dividir a equipe, diminuir o serviço e tudo (GF Preceptores, grifo nosso).

Os preceptores destacaram a temporalidade e a implicação como fundamental para compreensão sobre a formação no contexto da Residência, e que este entendimento é processual e vivencial, as dúvidas e necessidades de esclarecimentos surgirão com o tempo.

> E eu me pergunto assim: já que é uma coisa nova [...] até que ponto vai ficar totalmente esclarecido? Porque, por exemplo, na primeira turma, para nós, foi tudo colocado, mas foi uma surpresa [...]. Foi esclarecido, mas não está claro porque não teve a vivência. Eu acho que a vivência, ela vai trazendo outras informações [...] (GF Preceptores, grifo nosso).

Campos (2015b), discutindo sobre o papel dos dirigentes em uma organização democrática no sistema da Gestão Colegiada, garante que se espera um misto de racionalidade, inovação, dinamismo e liderança, com capacidade de exercer certo grau de aglutinação e coesão, de "estimular discussões e reconstruções sobre o modo concreto de operar de cada equipe, tendo em vista tanto o resultado quanto os meios empregados para produzi-lo" (Campos, 2015b, p. 168), que atue "mais como um maestro do que um general. Mais um coordenador do que

um ordenador. Algo entre um analista e um líder. Alguém que lograsse sintetizar um desempenho racional-legal e carismático" (*op.cit.*, p. 163).

A fala a seguir denota a importância de um gestor com esse perfil e, ao mesmo tempo, evidencia a contradição de como os processos da gestão são conduzidos no cenário da pesquisa:

> [...] a gestão é muito responsável e peca muito porque ela não faz essa negociação. E mesmo quando ela diz que reúne o grupo, o colegiado de gestores para discutir tal coisa, ela não é assim que isso acontece. Ele discute, ele não discute, ele reúne para participar de coisas (Gestora Municipal).

Embora os discursos remetam a esses processos centralizados, de perda de autonomia e de ausência de cogestão, não temos como afirmar com esta pesquisa que esses espaços da gestão estão, assim, tão verticalizados, pois, ora denotam a centralização das decisões no nível central, ora exprimem comodismo dos profissionais do serviço e gestão local com o "modelo gerencialista/centralizado" e o processo de trabalho instituído, além de concordância com o modelo de atenção à saúde hegemônico.

Apreendemos, entretanto, que os processos da gestão não configuram um sistema de cogestão, segundo os preceitos do Método da Roda, os resultados estão mais na direção de um modelo gerencialista e centralizado, como poderemos perceber nas falas das gestões local e municipal.

> [...] as pessoas já estão acostumadas assim: você vem para a reunião, explica o que é e ela vai aceitar porque ela acha que tem que aceitar, ela também não questiona [...]. [...] as pessoas elas escutam, a gente conversa, mas a pessoa ou não leva em consideração ou não se acha muito capaz de fazer qualquer questionamento (Gestora Municipal).

Mesmo com experiência de trabalho na ESF e reconhecendo as fragilidades no processo de trabalho instituído, como se pode verificar na fala da gestão local, ela não se reconhece como sujeito que poderia fomentar reflexões e processos de autoanálise e autogestão para implementar possíveis mudanças nos processos instituídos, delegando ou responsabilizando a gestão central (Secretaria Municipal de Saúde) por essas iniciativas, ao assumir atitude bem diferente do preconizado por Campos (2015b).

> [...] faltou da gestão, da Secretaria de Saúde, fazer essa ponte, até eu acho que deveria ter reuniões. Esse tempo todinho que eu estou aqui só tem a nossa reunião interna dos três zumbis com a Residência, mas fica aquela coisa todo mundo fica esperando por mim, que eu faça a reunião. [...] pessoas da Residência reclamaram porque não tinha reunião. Aí, eu disse: então pronto, a partir de agora nós vamos ter reunião e eu vou colocar o calendário anual e eu não vou sair avisando. Eu vou colocar no flanelógrafo, que é muita gente e cada um se responsabiliza de olhar (Gestora Local).

Como parte inicial do processo formativo no contexto da RIS, tem-se o período de apresentação e contextualização no programa, no qual os residentes passam as primeiras semanas na ESP/CE, na cidade de Fortaleza, no processo introdutório denominado de imersão. Nesse período, seria apresentado como ocorre o funcionamento do Programa, desde o acompanhamento pedagógico e administrativo por parte da IF aos processos de ensino-aprendizagem que serão desenvolvidos pela IEX. Além disso, é realizado o primeiro módulo teórico-conceitual que embasará a imersão/inserção nos territórios da ESF, com as orientações para realizar a territorialização e o planejamento participativo. Como se pode perceber na fala da coordenadora,

> [...] quando eles iniciam a Residência, [...] eles já sabem pelo próprio edital que eles vão viver vinte dias aqui em Fortaleza, vivendo uma imersão em que a gente vai tentar apresentá-los, como é que é que a Residência funciona, mostrando como é a nossa plataforma, mostrando como é alguns aspectos que eles vão vivenciar mais de perto. Uma parte muito teórica [...]. [...] a gente dispara que eles vão lá viver uma territorialização, que eles vão conhecer esse território [...] as pessoas que lá vivem, os profissionais, como é que se deu [...] a construção histórica daquele lugar [...] (Coordenação).

Esse momento foi apontado de maneira paradoxal pelos participantes, ao passo que para os residentes, era considerado como um momento potente e motivador para o processo formativo que estão iniciando, para a gestão municipal, era visto como momento de apresentar as deficiências e fragilidades do município, estabelecendo preconcepção negativa sobre os processos instituídos no cenário de aprendizagem, particularmente em relação à primeira turma.

> [...] introdutório é muito importante, de você conhecer o que é o programa que você vai entrar, quais são os princípios que norteiam, né. Quais são as competências [...], as responsabilidades. [...] e criando na gente a vontade de tá no serviço, de tá querendo realmente fazer algo pelo serviço, pela população, pelo usuário, propondo coisas que vá ajudar dentro daquele processo de trabalho [...] (GF Residentes).

> [...] num momento de preparação, [...] eles (*residentes*) ouviram muito e conversaram muito sobre como, o qual complicado acontecia nos municípios e como a coisa não era exatamente como se esperava [...]. Então, quando ele vem, ele vem já na certeza de que ele vai chegar aqui e vai encontrar coisas [..] ele prefere criticar, ideias, reformular tudo como ele deseja que sejam o ideal. Na primeira turma isso me pareceu muito forte. [...]. Que havia como que uma preparação para dizer que nos

> municípios as coisas rolavam ruim. Eu entendi bem que aconteceu dessa forma (Gestora Municipal, grifo nosso).

Mesmo com a reserva desse período de imersão como estratégia para contextualização e apresentação do Programa, o PP da Residência não foi exposto nem disponibilizado, conforme relatado pelos depoentes.

> O Projeto Político Pedagógico da residência não foi apresentado para a gente não. Foi apresentada a questão do que [...] ia acontecer dentro da Residência, as competências de cada pessoa, tutor, preceptor, essas coisas (GF Residentes).

> O projeto político pedagógico não. Apresentado para eles, não. Que eu me lembre, não. Mas eles têm acesso ao regimento (Coordenação).

O PP da RMSFC tem como diretrizes pedagógicas norteadoras as seguintes: a Educação Permanente em Saúde; a aprendizagem pelo trabalho em ato; a produção da saúde em Defesa da Vida, efetivadas pela integralidade, humanização e bioética; as concepções de Promoção da Saúde; a Educação Popular em Saúde. Aponta, ainda, como estratégias principais para apreensão e compreensão do território, de imersão comunitária e inserção no cotidiano da instituição: 1) territorialização e planejamento participativo; 2) cogestão e compartilhamento do cotidiano do processo de trabalho; e 3) atuação segundo os princípios da Educação Permanente em saúde.

Estruturado tendo por base a concepção dos pilares da educação ao longo da vida (Unesco, 2010) – aprender a conhecer/saber, a fazer, a conviver, a ser – o processo de ensino-aprendizagem no contexto da RMSFC ocorre com assento em três eixos de vivências: I) Atividades práticas; II) Atividades teórico-práticas; III – Atividades teórico-conceituais (Ceará, 2012, 2013b).

Segundo o PP do Programa, as atividades práticas referem-se à aprendizagem pelo trabalho e compreendem 80% (oitenta por cento) da carga horária semanal da Residência, caracterizando-se por serem atividades que propiciam a 'vivência de ser o profissional responsável pela atividade' (Ceará, 2012, p. 20).

As atividades de aprendizagem teórico-práticas compreendem 10% (dez por cento) da carga horária semanal da RIS-ESP/CE; correspondem às rodas de campo e de núcleo, caracterizando-se por serem espaços dialógicos e de problematização do e no território de atuação, em que são discutidas as questões relativas ao processo de trabalho do serviço e da equipe de trabalho, constituindo-se como espaço para 'transformação do ser e fazer da equipe' (Ceará, 2012, p. 20).

Enquanto isso, as atividades de aprendizagem teórico-conceitual compreendem 10% (dez por cento) da carga horária semanal do Programa e caracterizam-se por serem os espaços onde os referenciais teóricos são apreciados e debatidos (Ceará, 2013b). Essas atividades consistem nos módulos teóricos-conceituais e no estudo individual. Esses módulos acontecem uma vez por mês e são concentrados em Fortaleza, na sede da ESP/CE, em média, durante três dias seguidos.

Assim, acrescentamos que a transformação dos saberes e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções de atenção à saúde vigente tornarão possível estabelecer um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade (Nascimento; Oliveira, 2010).

5.2.3 Processo de territorialização e planejamento participativo

A Estratégia Saúde da Família tem como premissa o processo de trabalho e a responsabilidade sanitária organizados em um território de referência, devendo acompanhar a pessoa/família (população adscrita) em sua inserção sociocomunitária. Assim, tem o território como centro estratégico para produção do cuidado integral e contextualizado com as necessidades e os problemas de saúde identificados nos territórios. As falas a seguir trazem as contradições de atuar na ESF sem efetivar o preceito básico da apropriação e compreensão do território de referência da equipe como um *continuum*.

> E a questão [...] da territorialização, [...] os profissionais, infelizmente, não têm condição de fazer muitas vezes, em determinados territórios, e que a gente tem esse diferencial [...] (GF Residentes).

> [...] a ferramenta chamada territorialização e toda a metodologia dela aplicada, ela jamais será aplicada a cada momento no território que chegar uma pessoa diferente. Portanto, [...] eu tenho que continuar com aquilo que estava. Então, por esta razão, qual é o grande erro? Nós não temos a sistematização de nada disso para que isso possa ser atualizado a cada momento (Gestora Municipal).

Para Santos e Rigotto (2010, p. 389), a concepção de território na saúde "caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral". Compreendemos, assim, como forma de organização social de coletivos humanos em determinado espaço e certo tempo, em que coe-

xistem sujeitos concretos com suas singularidades e modos de levar a vida. Entendido como território-processo, em constante reconstrução, em território-vivo em processo contínuo de metamorfose (Gondim; Moken, 2009; Oliveira; Furlan, 2008).

A fala a seguir destaca a importância do conhecimento e da apropriação sobre a realidade do território para orientar o processo de trabalho em saúde e como ocorreu a imersão territorial dos residentes.

> [...] sobre o trabalho deles. [...] eles tão mais próximos da comunidade né. [...] logo que eles chegaram, a gente foi mesmo nas ruas, ele acompanhou a gente. [...], a gente saiu nas ruas mesmo a pé, estava até chovendo nesse dia. A gente foi mostrando a questão das famílias, das casas, e é muito bom assim, quando o profissional chega e a gente ir andando mesmo para que eles conhecem né, pra que eles possam conhecer assim a realidade (GF ACS).

Como destacam Oliveira e Furlan (2008, p. 255), a noção de território pressupõe "Espaço de vivências, de identidades, trajetórias pessoais, coletivos organizados, movimentos sociais, de ação deliberada das pessoas, como também de relações sociais e redes de poder". Então, nesse entendimento de estar na e com a comunidade, a territorialização, estranhamente, considerando princípio fundamental para o trabalho na ESF, é destacada como diferencial do trabalho dos residentes em relação às equipes, o que deveria ser um processo inerente ao agir na ESF.

> [...] fazendo um comparativo [...] a gente vê a diferença de um profissional desses, da Residência, para um profissional [...] responsável pela equipe, simplesmente ele entra aqui e permanece aqui dentro, sem conhecer o território. Já com a vinda dos residentes não, primeiramente, antes de qualquer coisa, eles

> foram lá, realmente com a gente [...], eles conheceram verdadeiramente, a área ou a microárea (GF ACS).

Partindo da afirmação – "Na Saúde da Família, é preciso partir da realidade" –, Silva (2012) destaca que, tão importante quanto essa noção, é o processo de desterritorialização que ela produz nos modos tradicionais de organização das ações e dos serviços de saúde, argumentando que é preciso produzir outro jeito de organizar, planejar e realizar as práticas necessárias ao território, apropriando-se da potência criativa que cada sujeito carrega consigo e que quando articulada na sua singularidade e no coletivo, tem envergadura para a produção do novo, um vir-a-ser frequente no Saúde da Família (Silva, 2012, p. 164).

A territorialização consiste em um processo de habitar e vivenciar esse território, correspondendo a uma técnica, a um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.), viabilizando o "território como uma categoria de análise social"; um caminho metodológico de aproximação e análise sucessiva da realidade para produção social da saúde (Gondim; Moken, 2009; Oliveira; Furlan, 2008). Concepção destacada pelos residentes:

> [...] foram momentos interessantes porque a gente pode ouvir um pouco das pessoas que tão no território, um pouco dos profissionais, um pouco da gestão de alguns serviços, né, quais seriam as maiores deficiências do município, a gente poderia pensar um pouco mais como trabalhar nessa questão dentro das nossas possibilidades (GF Residentes).

Norteado por esses referenciais, a RMSFC da RIS-ESP/CE adota o processo de territorialização e planejamento par-

ticipativo como estratégia de imersão territorial e inserção comunitária nos cenários de aprendizagem, apreensão e compreensão do território onde os residentes irão conviver e atuar. Após período de andanças para conhecer o território e os atores-chave daquela comunidade, era preconizada a realização de oficinas de territorialização, como ferramenta para realização desse processo de inserção, e, assim, conhecer e compreender os problemas/desafios e as potencialidades encontradas naquele território, e planejar e organizar o processo de trabalho, de modo participativo e corresponsável, como podemos apreender nas falas:

> Nesse processo de territorialização, nós utilizamos a FOFA[64] [...]. E que junto com a população, você vai ver: quais são as fragilidades daquele território. Quais são as potencialidades (GF Residentes).

> [...] eles nos demonstraram o que que éramos capazes, onde é que estavam as nossas fraquezas, onde é que poderia existir uma oportunidade, mas, que deixou a desejar realmente foi só isso, a não participação da comunidade (GF ACS).

Apesar da potencialidade que essa estratégia possibilitou para equipe de residentes na inserção territorial e articulação intersetorial, podemos identificar algumas fragilidades. Foi revelado que a facilitação desse período é uma atribuição exclusiva do preceptor de campo e que os preceptores de núcleo pouco participaram dessa territorialização, assim como os profissionais do serviço e a gestão local. Foi apontado, também, o fato de que houve pouca participação da comunidade, reve-

64 A análise FOFA ou SWOT é uma sigla oriunda do idioma inglês, e é um acrónimo de Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*).

lando contradição nas falas sobre esse ter se constituído em um processo participativo.

> [...] eu não fui convidada para participar dessa parte de territorialização não. E eu não sei nem quem participou também (Gestora Local).

> [...] a territorialização não estava aberta ainda e nunca foi aberta, para os profissionais [...]. Porque, assim, a territorialização é uma coisa muito dinâmica e os preceptores de núcleo tinham as atividades diárias. Então (*assistência*?) é. E isso contribuiu para essa não participação (GF Preceptores, grifo nosso).

Além disso, não foram percebidos projetos e ações decorrentes desse processo de imersão, considerando que, ao final da territorialização, foi proposto se fazer o planejamento participativo, o qual consiste em adaptação do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com os participantes das oficinas de territorialização, a fim de planejar ações/projetos/soluções para os problemas identificados nas oficinas de territorialização de acordo com a governabilidade dos participantes, os quais devem ser inseridos na agenda padrão dos residentes e executado ao longo dos dois anos de atuação no cenário de aprendizagem.

Sobre o processo de planejamento em saúde, Parente (2011) argumenta que este é uma ferramenta capaz de produzir níveis crescentes de autonomia e protagonismo com os diversos atores sociais que se relacionam com o sistema de saúde – usuários, trabalhadores e gestores. Consequentemente, o planejamento participativo é assumido como processo político-pedagógico que possibilita incluir os coletivos organizados ou não na constituição de uma sociedade democrática e solidária, pela instituição de espaços coletivos de cogestão para tomada de decisão.

Esses achados revelam centralização da territorialização na equipe de residentes com a preceptora de campo e distanciamento dos profissionais do serviço e preceptores de núcleo. Esse isolamento inicial é apontado, também, como um dos fatores que dificultam a interação dos profissionais do serviço com os residentes, ou seja, entre o mundo do ensino e do trabalho.

> [...] eu acho que talvez se esse vínculo, se essa aproximação acontecesse desde o comecinho mesmo, até os resultados seriam diferentes, porque a gente ia trabalhar com mais parceria, entendeu. Porque fica como se estivesse funcionando dois caminhos paralelos. [...] E que de vez em quando se cruzam. [...]. E não é pra ser. É para se tornar uma equipe só, de verdade (GF Profissionais).

Quanto a essa relação do mundo do ensino com o do trabalho, Guizardi *et al*. (2011) lembram de que as vivências práticas, então possibilitadas, surgem, nas experiências acompanhadas, como o grande elemento integralizador da formação, como ressaltado na fala, a importância do trabalho em equipe como parceria ao longo de todo processo. Os autores continuam destacando a noção de que, na medida em que a dimensão da ação confere organicidade à inserção e atuação dos distintos atores, essas inovações e problematizações proporcionadas pela interação possibilitam a atualização da prática profissional. Dificuldades apontadas na fala da coordenadora,

> [...] muitas vezes, a gente, além de ter que superar [...] as dificuldades do serviço local, a gente tem que superar o preceptor aceitar e compreender esse fazer diferente. Porque tem município por aí que acha que o NASF é aquele 'NASF casinha', não consegue entender a concepção do que é mesmo do NASF, de apoio àquela saúde da família [...]. Em alguns lugares, a gente sente isso mesmo, que fica muito essa dicotomia. Inclusive

> eles trazem: [...] ah, porque é o NASF do município e o NASF da Residência. Porque o NASF do município trabalha assim, o NASF da Residência assado (*de forma diferente*) (Coordenação, grifo nosso).

Considerando que a Residência tem como diretriz pedagógica a educação permanente em saúde e, como diretriz operacional, a integração ensino-serviço-comunidade, essa ponderação é fundamental para avaliar os caminhos traçados para essa formação pelo trabalho. Como ressaltado, é preciso que seja revisto e repensado o modo como operacionalizar essas estratégias de inserção territorial, para que realmente seja algo participativo, integrado e de cogestão, desde bem antes dos residentes chegarem ao cenário de aprendizagem, com o envolvimento de todos os atores – residentes, gestores, preceptores, profissionais do serviço e usuários – e que essa almejada intersecção do mundo do ensino com o do trabalho aconteça de forma processual e permanentemente, para que ações, projetos e estratégias sejam construídas coletivamente e não fiquem restritas à equipe de residentes/preceptoria, e, assim, tornem-se perenes, mesmo depois da finalização da residência.

5.2.4 Acompanhamento pedagógico e apoio institucional pela instituição formadora

Segundo o regimento da RIS-ESP/CE, o corpo docente do programa é formado pelos preceptores de campo e de núcleo, orientadores de serviço, tutores de campo e de núcleo, coordenação das ênfases e coordenação geral da RIS-ESP/CE. Destacamos o fato de que a docência é função imprescindível para existir Residência, visto que se trata de formação em serviço sob supervisão (Ceará, 2013b).

Além do corpo docente assistencial apontado no Regimento, a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012 (CNRMS, 2012), institui o Núcleo Docente Assistencial Estruturante – NDAE, como instância responsável pela gestão pedagógica do Programa de Residência, constituído pelo coordenador, representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração, com várias atribuições para o acompanhamento e aprimoramento do PPP e desenvolvimento do programa.

Nem o PPP nem o Regimento da RIS, entretanto, citam a configuração do NDAE. Ao ser questionada sobre a existência do NDAE e a respeito do acompanhamento pedagógico da RIS, evidenciamos na fala da coordenadora, que o Núcleo ainda não foi instituído no contexto do Programa, além de toda fragilidade do acompanhamento pedagógico, consequência das deficiências do corpo docente da RIS-ESP/CE, o qual não dispõe de número mínimo de tutores, muito menos em quantidade condizente com a dimensão, como detalhado a seguir.

O PPP da RMSFC descreve que o quadro docente da ESP/CE para a Residência seguirá o preconizado pela Resolução nº 2/2012, da CNRMS, sendo composto, pelo menos, por: um coordenador (40h), um tutor de campo (40h) e seis tutores de núcleo (20h) (um para cada categoria profissional incluída no programa). Não cita os coordenadores de ênfase como o Regimento. Lembramos, contudo, de que essa ênfase oferta 119 vagas e, atualmente, (terceira turma) está distribuída em 16 municípios. Como ficou evidente no relato da coordenação o acompanhamento pedagógico estava fragilizado, e, em termos de tutoria para algumas categorias profissionais, até ausente, por conta das deficiências do corpo docente da ESP/CE:

> [...] a configuração hoje em Saúde da Família, que são quatro tutoras, [...] todas de núcleo, mas que fazem papel de tutores

> de campo. Acaba fazendo papel de tutor de campo. [...]. Dos seis núcleos ainda fica faltando a psicologia e a nutrição. [...] com todas as dificuldades que a gente tem a gente não conseguiu mais ir *in loco*. Muito dificilmente, só em casos pontuais, de necessidades pontuais de alguns municípios. Horizonte, por exemplo, a gente não foi (Coordenação).

Considerando que a IF não dispõe dessa configuração mínima para o corpo docente, além do grande número de residentes e cenários de aprendizagem, ficam os questionamentos: que acompanhamento pedagógico e formação vem sendo ofertados por esse programa? Qual seria a proporção ideal de tutores/residentes/preceptores, para se ter acompanhamento pedagógico adequado?

Consoante à normativa nacional, na RMSFC da ESP/CE, é atribuição dos tutores a supervisão docente-assistencial (campo e núcleo) e de orientação acadêmica dos profissionais de saúde, preceptores e residentes, exercida a distância, presencialmente e/ou em campo, nas denominadas visitas *in loco*, os quais devem estar vinculados ao corpo docente da IF (Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2012; Ceará, 2013b).

> Esse acompanhamento a gente tem tentado fazer aqui por essas rodas (*referências as rodas tutoriais feitas em Fortaleza*). [...] o acompanhamento *in loco* [...] ele é mais proveitoso, [...] porque além de preceptor e residente, que é quem a gente consegue que venha, na verdade, a gente lá consegue conversar com os trabalhadores do serviço, consegue conversar com o gestor mais de perto, consegue conhecer a rede, consegue dar uma organizada em outras coisas. [...]. É algo que a gente se cobra. Mas, a gente não consegue, pela dimensão que a Residência é, e quantidade de tutores que hoje estão. Então, é muita gente, muito residente, muito local para pouca gente enquanto tutor (Coordenação).

Para o cenário desta pesquisa, os achados indicam demasiadas deficiências, como podemos perceber nas falas:

> [...] da segunda para a terceira, aí, foi que a Escola se afastou muito mesmo, por diversos fatores lá da Escola, mas o fato é que se afastou completamente. [...]. A turma três tem até as dificuldades também dos próprios módulos (*teórico-conceituais*) que acabaram não ocorrendo (Gestora Municipal, grifo nosso).

> [...] a ESP ficou muito complicada por conta dos problemas lá internos. E a gente ficou seis meses sem ter acompanhamento nenhum, seja teórico, seja *on-line*, porque eles não mandavam nem os tutoriais para a gente se nortear (GF Residentes).

Os tutores do programa eram bolsistas da ESP/CE, sem vinculação trabalhista estável, contratados por seleção pública, mas com prazo de tempo determinado, a depender do projeto/financiamento a que o edital de seleção está vinculado, ou seja, a IF não dispõe de corpo docente permanente e efetivo para a RIS, o que implica grande rotatividade dos profissionais por conta da precariedade do vínculo trabalhista. Em razão disso, durante o primeiro ano de Residência da turma 3 (2015-2017), com o fim do contrato dos tutores, houve paralisação das atividades exercidas pelo corpo docente da IF, ficando o processo de ensino-aprendizagem a cargo dos preceptores nos cenários de aprendizagem.

> Em junho (2015), foi o último mês que tinha a equipe. Julho foi tentado retomar com essas quatro pessoas, que na verdade ficou um negócio, que todo mundo fazia o de todo mundo, não só o da família, acabava entrando para todas as ênfases, inclusive a hospitalar, mesmo tendo as coordenadoras de cada ênfase (Coordenação, grifo nosso).

> A Escola, geralmente, faz reuniões, rodas e encontros – vamos discutir as fragilidades e potencialidades do município.

> [...] está com umas três rodas que a gente vai até a Escola só para discutir isso. Ela demanda, o mesmo assunto e realmente nada muda. [...] esse processo, [...], de acompanhamento por parte da Escola nos municípios, [...] não falo só de Horizonte, falo dos municípios, no qual a Escola está, não existe (GF Residentes).

"Quatro pessoas" é uma referência aos quatro tutores que continuaram responsáveis pela condução pedagógica na IF, mas, além destes, ela relatou que ainda havia a coordenadora geral do programa e dois auxiliares administrativos. No período de julho a dezembro de 2015 (primeiro ano da turma), não houve os módulos teórico-conceituais, os quais somente foram retomados em janeiro de 2016. Nesse interstício, conforme relato, tentou-se contornar essa deficiência com a realização de rodas tutoriais para apreensão dos problemas e demandas dos territórios, porém, como se pode apreender na fala dos residentes, as rodas tutoriais foram apontadas como pouco resolutivas.

> O que acontece? Ontem, nós estávamos na Escola falando sobre o território. Toda essa problemática. [...] – mas como o município, terceira turma nesse quadro de problemas. [...] A gente já tinha falado das fragilidades [...]. E eu acho que essas fragilidades já vêm de outras turmas. A gente escuta que vai receber visita desde que a gente chegou no município. E assim, a gente está quase saindo [...], eu pelo menos, sinto assim necessidade demais dessa parte mesmo da teoria, da questão do acompanhamento. [...] Mesmo que agora a gente tenha a parte teórica, parece que não vai adiantar. Porque não 'linka', não junta. Porque a gente ficou um ano inteiro, praticamente trabalhando sem ter algo de formação (GF Residentes, realizado em 21/6/2016).

A despeito das fragilidades, vale lembrar que, como formação em serviço sob supervisão, muitas deficiências formati-

vas poderiam ou deveriam ter sido dirimidas pela Preceptoria, que também tem a função de supervisão docente-assistencial (campo e núcleo), com vínculo direto às Instituições Executoras, sem eximir, é lógico, a responsabilidade da IF na condução pedagógica e no acompanhamento tutorial. Essa, todavia, foi mais uma fragilidade encontrada, a qual discutiremos à frente: a preceptoria.

Além disso, relembrando nossas premissas de que o cotidiano do trabalho, por si, é formador, na perspectiva da educação permanente em saúde, Dallegrave (2013) trabalha com a ideia de que essa amalgamação entre os processos de trabalho e ensino, os encontros de aprendizagem são divisados como possíveis positividades em que o profissional em formação reconhece o aprendizado e o modifica, com suporte nas afecções e nos sentimentos produzidos pelo encontro.

Além de reconhecer que esse encontro de sujeitos desejantes, de acontecimentos possíveis, somente sucede pelo estar no trabalho como processo de aprendizagem, impõe-se entender que ele nem sempre é harmonioso, podendo até, em alguns momentos, ensejar conflitos, nos quais os "furacões afetivos pedem passagem e emitem signos para ensi-g-nar[65]" (Dallegrave, 2013, p. 123, ideia destacada pela participante:

> [...] para minha expectativa não é muito de muitas coisas, mas é muito de um encontro mesmo entre quem está no dia a dia, do cotidiano do trabalho e quem está se colocando à disposição para vivenciar com essas pessoas uma experiência e fazer troca entre eles. [..]. Agora, é claro que todos os encontros [...] sejam quando a gente organiza isso, pedagogicamente, ou um encontro entre dois amigos, ou um encontro entre pessoas que trabalham, encontro entre humanos, ele pode ser educador ou

65 A autora utiliza a grafia ensi-g-nar com base em Deleuze (2010), tomando os signos como capazes de ensinar (Dallegrave, 2013).

> deseducador, digamos assim [...]. Pode ser harmonioso, pode ser conflituoso (Gestora Municipal).

Com a ideia de que a "interface entre devires do trabalho e da aprendizagem nas Residências em Saúde" (Dallegrave, 2013, p. 124), dessas relações moleculares, pode ser desencadeador de um processo de desnaturalização do trabalho, como anotam Guizardi *et al*. (2011, p. 168-169),

> [...] atuando como um convite ao deslocamento desses profissionais de suas referências de estabilidade, no que essas estreitam a complexidade de sua intervenção e a demarcam como cristalização de práticas não refletidas. [...] ou seja, na forma como os atores vivenciam e refletem suas práticas.

Mesmo com as fragilidades decorrentes do acompanhamento pedagógico pela ESP/CE, isto é apontado como fundamental para o desenvolvimento da Residência no Município, apesar de ter sido relatado alguns excessos e superproteção aos residentes, particularmente em relação à primeira turma. O acompanhamento pedagógico *in loco* por parte do corpo docente da ESP/CE (segunda e terceira turma) e a formação oferecida pelos módulos teóricos é destacado como caminho para superar as lacunas e os problemas que fragilizam e dificultam os encontros de aprendizagem nos territórios. Particularmente, perante problemas vivenciados nos cenários de aprendizagem e a possível ausência de apoio institucional.

> [...] talvez, se a gente tivesse a Escola mais presente, se a gente tivesse tutores suficientes para dar conta também de tudo isso, do mundo que é a Residência, talvez, a gente conseguiria caminhar melhor (GF Residentes).

> [...] o acompanhamento *in loco* da ESP tinha sido também muito válido por conta de algumas situações a nível de gestão aqui

> no município e que a ESP consegue, relembrar, essa pactuação (GF preceptores).

O apoio institucional refere-se a outro papel desempenhado pelo corpo docente da ESP/CE e consiste no diálogo, particularmente, com a gestão para implementar e garantir as pactuações, a fim de viabilizar o desenvolvimento das atividades da Residência, no cenário de aprendizagem. Instituiu-se, no programa, o papel do articulador municipal e do tutor de referência. O articulador, que podia ser preceptor (geralmente o de campo) ou um outro sujeito com algum cargo de gestão no município, seria o responsável pelas articulações, com a função de apoiador institucional local, enquanto o tutor de referência faria esse papel na ESP/CE, atuando como referência para determinado número de municípios, além das atribuições como tutor de campo ou de núcleo.

> [...] quando eu era tutora da fisioterapia, eu fui referência de Crateús, Catarina e Arneiroz, [...] qualquer coisa das turmas [...] os preceptores, os próprios residentes ficavam, entra em contato comigo, porque fica aquela referência e aquela pessoa e isso é bom. [...] porque você consegue se articular mais diretamente com as pessoas, mesmo que você não tenha condições de resolver tudo. Mas, pelo menos, você conhece mais de perto aquelas situações (Coordenação).

> Algumas coisas que a gente podia ter mais claro e como foi [...] uma pactuação entre Escola e gestão, então a gente precisava desse acompanhamento da Escola, dos tutores mais perto, para que isso acontecesse. E também foi importante a contribuição dos tutores no primeiro ano né, que a gente também estava meio perdido. Agora eu volto a afirmar assim, embora não teve esse último ano, essa participação, essa turma, não sei se as meninas sentem da mesma forma, mas eu sinto, essa turma é diferenciada (GF Preceptores).

Pela nossa vivência como tutor desse programa, essa função de referência municipal foi uma estratégia para conseguirmos acompanhar, tanto os processos da gestão quanto o acompanhamento pedagógico na Residência, na perspectiva de supervisão docente-assistencial, pois, ao mesmo tempo que se fazia o acompanhamento pedagógico, tínhamos que atuar como apoiadores institucionais, propondo readequações nas agendas dos residentes, como também no processo de trabalho e fluxos instituídos nos serviços. Cabia ao tutor de referência avaliar as atividades-produto[66] dos municípios a ele destinados, orientar sobre as avaliações discentes, realizar as visitas *in loco*, com a coordenação geral e/ou de ênfase ou mesmo sozinho.

5.3 Processo de Trabalho e Produção do Cuidado – por uma práxis agenciadora de uma subjetividade desviante

A Estratégia Saúde da Família inaugura um modelo inovador de atenção à saúde, cujas práticas de cuidado devem ser norteadas pela perspectiva integral e compartilhada, com gestão democrática e participativa, exercidas por equipe multiprofissional e interdisciplinar, tendo como premissa a responsabilidade sanitária por um território e a construção de vínculo da equipe com os usuários/família/comunidade.

A organização do processo de trabalho e produção do cuidado integral, contínuo e longitudinal deve ser centrada nas necessidades e demandas de saúde da população, considerando a dinamicidade dos territórios existenciais, orientadas pela concepção ampliada de saúde, clínica ampliada e compartilha-

66 Atividade-produto refere-se ao relatório crítico-reflexivo da atividade do módulo teórico-conceitual que deveria ser realizado no cenário de aprendizado, por exemplo a territorialização, que deveria ser postada na Plataforma EaD. Essa atividade corresponde a 30% da avaliação discente do módulo em questão.

da e da articulação em rede de serviços de saúde e de apoio social (Campos *et al.*, 2008; Brasil, 2011; Andrade *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2015). As falas a seguir evidenciam como esses princípios foram incorporados no processo de trabalho da equipe de residentes, pelo menos em parte:

> [...] aí, quando veio [...] as turmas da Residência, se teve a possibilidade de realmente trabalhar como um apoio à Estratégia Saúde da Família sabe. Eu acho, foi aí onde foram os avanços, a nível de organização mesmo, a nível de caminho. Como é que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família vai, trabalha na atenção básica, uma agenda compartilhada (GF Preceptores).

> Na referência, eles (*referência a tutoria*) disseram de turnos mínimos, de turnos máximos, para a assistência, [...] a importância de abrir para outras coisas, para educação em saúde, para ação nas escolas, para interconsulta. Foram dando as orientações quanto a isso (GF Residentes, grifo nosso).

Como modelo de atenção à saúde inovador, propondo-se que seja reorientador do modelo dominante e com capacidade para produzir ressignificação de saberes e práticas instituídos para produção do cuidado em saúde, Silva (2012) nos lembra que, como dispositivo de mudança, a ESF estará submetida a 'reações de força e jogos de poder' e dos pretensos saberes dominantes, das verdades expostas e impostas, ela afirma, ainda, que é preciso fazer com que esse "dispositivo *opere* a favor das transformações necessárias, propiciando um nível de desterritorialização dos implicados na Saúde da Família e, ao mesmo tempo, contribuindo para a reterritorialização com produção do real, do desejado, [...]" (Silva, 2012, p. 164-165, grifo nosso).

Tomando por base os princípios e as diretrizes organizativos da ESF/NASF e o processo de territorialização e Planejamento Participativo (PP) realizados, de modo pactuada com os

profissionais do serviço e preceptoria, propõe-se que os residentes da equipe de referência (Enfermagem, Odontologia) assumam a responsabilidade sanitária por um território, na área de abrangência do cenário de aprendizagem (uma a três micro áreas), e para o NASF, de três a cinco áreas/equipes, além disso, o processo de trabalho e a agenda a ser construída deverão ser norteados pelo produto dessa territorialização/PP, pelas necessidades de saúde da população e do território, do diagnóstico situacional, do perfil epidemiológico e das ações definidas no planejamento, compartilhado com a comunidade/serviço.

> [...] a gente tem profissionais que tendem a ficar só na assistência. Tem outros que tendem a está só nos movimentos sociais. Então, a gente vai por dentro dessa agenda tentando com que [...] eles consigam trabalhar enquanto equipe, ter essa colaboração interprofissional [...]. [...] a construção de agenda no processo de trabalho dá-se todo, principalmente baseado nessa territorialização (Coordenação).

Consoante ao relato da coordenadora, mais do que uma agenda assistencial individual, por categoria profissional, que dê conta das ações programáticas propostas para a equipe de referência e para o NASF, estas devem ser o mais abrangentes e compartilhadas possível, na perspectiva do trabalho equipe multiprofissional e da colaboração interprofissional, permitindo que a equipe tenha tempo e espaço, para realização de outras atividades, além das assistenciais direta aos usuários no campo da Saúde da Família, adotando a territorialização/PP e as necessidades de saúde e problemas identificados nesse território, como elemento estruturante desta agenda.

Como coloca Silva (2012), estruturar um processo de trabalho e produção do cuidado na Saúde da Família que rompa o ciclo vicioso do assistencialismo protocolar, consulta – não es-

cuta – medicalização – retorno – nova consulta, cuja atuação estabeleça novos sentidos e significados para dimensão do cuidado, compondo agenciamentos que podem dar vida à produção desejante, tomando o cuidado como acontecimento entre sujeitos sócio-histórico em uma relação dialógica de algo que estar por vir, o devir do Saúde da Família.

Segundo Soares (2015), que realizou estudo analítico sobre a implementação da educação interprofissional e da prática colaborativa no cotidiano do mesmo Programa de Residência, que realizamos nosso trabalho, porém em outros cenários de aprendizagem, a equipe de residentes mesmo estando no mesmo contexto da ESF e submetido aos desafios da organização do processo de trabalho nesse cenário, tem muitas vantagens em relação aos profissionais do serviço, pois, por serem profissionais em formação e em decorrência do papel pedagógico que a Residência proporciona, os residentes encontram-se em espaço protegido, o que lhe garantia autonomia para desenvolver suas tarefas com toda a inventividade possível, bem como o suporte de um processo formativo que está sempre a problematizar a efetividade e o impacto das ações realizadas. Esse suporte é oferecido pelos colegas residentes e pelo preceptor (Soares, 2015, 258).

Sobre o campo comum da Saúde da Família, Ellery, Pontes e Loyola (2013, p. 421) argumentam que se trata de um espaço do compartilhamento, da socialização de práticas e saberes entre os diversos profissionais que integram a atenção primária à saúde no Brasil, tanto da equipe de referência da ESF como do NASF. Esse campo de conhecimento e atuação é constituído não somente por acúmulos teórico-práticos das categorias da saúde, mas também da Geografia, Cultura, Pedagogia, Educação Popular, dentre outras. A execução desse campo comum envolve tanto os profissionais de nível superior como também os de nível médio.

Entretanto, as percepções sobre essa organização do processo de trabalho e produção do cuidado, consequentemente, de construção da agenda são divergentes, para os preceptores foi um processo tranquilo, em virtude da vivência/experiência adquirida com as outras turmas, já para os residentes, não foi uma coisa processual e teve muitas contradições na facilitação por parte da preceptoria, mesmo com a experiência de três turmas. Como podemos apreender nos relatos e por nossa vivência à época como preceptor da ênfase Saúde da Família em Fortaleza, o período de construção de agenda coincidiu com o auge da crise na ESP/CE, com a fragilização do corpo docente, com isso, não contaram com suporte tutorial para essa construção.

> Aconteceu a construção da agenda mesmo sem ter formação deles na Escola, a gente construiu a agenda juntos. Era uma agenda bem formada assim, eu acho, bem composta. O cuidado, o vínculo, é notório [...] (GF Preceptores).

> [...] quando passa a parte da territorialização que entra para o início do serviço, confecção de agenda, para mim aí começam as falhas, [...], senti muita dificuldade nessa confecção, nessa inserção no serviço nesse primeiro momento.

> [...] era na verdade um modelo já meio fragmentado. [...] de cada um fazer a sua agenda, entendeu?! [...] um certo período foi esse problema. [...] as agendas das enfermeiras, dos dentistas estava sempre fechada, ou seja, se a gente queria até fazer uma ação junto com elas, era muito difícil. [...] teve períodos que era o NASF fazendo algumas ações né, separados da própria equipe de referência (*residentes*) (GF Residentes, grifo nosso).

Uma outra questão que de forma direta ou indireta é influenciada e sofre influência do modelo de organização do processo de trabalho instituído, diz respeito às formas como

os usuários têm acesso às ações e aos serviços ofertados pelas equipes de saúde. Na unidade de saúde, cenário desta pesquisa, o acesso ocorre por duas formas basicamente: por ações programáticas com agendamento no SAME – Serviço de Arquivo Médico Especializado (recepção da unidade de saúde) e por demanda espontânea com entrega de fichas, nas 'filas da madrugada'.

> [...] essa questão de chegar de madrugada é porque já é uma cultura deles que gostam de pegar fila de madrugada, porque necessidade não há. [...] tem alguns assim que eu não tenho acesso a agenda (*referência aos residentes*), assim eu não sei quando está atendendo, quando não tá. [...] tem profissionais que eu nem sei o perfil de pacientes que eles atendem. Assim, as vezes fico na dúvida – vixe, será que eu posso encaminhar? (Gestora Local).

Discutindo sobre as formas como as pessoas acessam o sistema de serviços de saúde, Starfield (2002) mostra que os termos acesso e acessibilidade são utilizados alternadamente e de forma ambígua, mas que têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

Para Souza *et al*. (2008), um serviço centrado nas necessidades de saúde da população, cuja concepção de acesso estaria para além da acessibilidade ao serviço, tem a ver com alcançar um cuidado oportuno, resolutivo e integral, de acordo com as necessidades singulares dos sujeitos, extrapolando, assim, a dimensão geográfica, envolvendo aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços. O depoimento a seguir estabelece a conexão de acesso como um dispositivo de gestão que deve ser fomentado por este gestor:

> [...] o acesso dos usuários [...] é uma questão na realidade de gestão [...] se dá através de fichas. [...]. Até alguns profissionais já até pensaram em fazer acolhimento. Mas, é que é uma ideia que não adianta ser feita só pela unidade, se não uma ideia da gestão [...] (GF Residentes).

Na perspectiva do acesso, como cuidado oportuno, resolutivo e integral, Campos *et al*. (2014) argumentam que não se pode confundir garantia de acesso com porta aberta para quem chega com demandas na APS (acessibilidade), pois o acesso estaria ligado à obtenção de determinado tipo de ação que seja resolutiva para o tipo de problema de saúde do usuário.

Contrário à concepção de acesso supracitado, na fala da gestora, há uma naturalização e responsabilização dos usuários sobre o 'acesso' pelas 'filas da madrugada', no entanto, não foi identificada nenhuma ferramenta/dispositivo de organização do acesso às ações e aos serviços ofertados pela unidade, como o acolhimento com estratificação de risco/vulnerabilidade. Até o 'acesso' a outros pontos da rede segue a lógica da 'fila da madrugada', por meio das vagas disponíveis na 'fila da tarde', desconsiderando os preceitos da equidade e integralidade e atribuição/implicação do gestor do cuidado na operacionalização desse acesso, na perspectiva da linha de cuidado:

> [...] não é que precise chegar de madrugada, porque tem consulta de segunda a quinta. É porque o povo gosta mesmo de chegar de madrugada, porque um exemplo, [...] hoje eu faço a marcação dos especialistas, como é essa marcação, é hoje à tarde, uma e meia da tarde, dezessete fichas, vagas, eu não dou ficha. Quando o portão abrir faz fila única aqui na minha porta e eu começo a marcar (Gestora Local).

Considerando que acesso e acolhimento, além de dispositivos de gestão para organização do processo de trabalho,

também constituem modos de produção do cuidado efetivado por trabalhadores implicados, essa percepção é completamente distorcida e simplista sobre o sistema de fichas e barreiras de acesso que esse modelo impõe – entre 'gostar' e não ter outra opção, pois desconsidera que essa forma de acesso está relacionada ao modo como o serviço se organiza para produção do cuidado ofertado aos usuários, os quais não tem a menor governabilidade sobre esse processo, como destacado no depoimento:

> [...] aqui a gente tem essa deficiência enorme que é não proporcionar um processo de avaliação dos próprios profissionais, dentre eles mesmos, de forma sistemática e contínua. [...]. Para discutir acolhimento, para discutir como é que se faz com essas benditas e malditas fichas. Que vai dormir de madrugada [...]. Enfim, são tantas as dificuldades que se tem e que você vê isso constantemente sendo reclamado e que isso não é aberto, essa discussão concretamente e ter coragem de inovar, de dizer: eu não sei se aqui vai dar certo não, mas vamos tentar fazer isso aqui, mas vamos tentar fazer isso cientificamente avaliando e não pela paixão, não pela defesa exaustiva. Então, isso é papel da gestão mesmo e a gestão não faz isso (Gestora Municipal).

Em relação à equipe de residentes, de modo geral, as agendas, as formas de 'acesso' e o processo de trabalho e produção do cuidado decorrentes, com algumas exceções, que podemos associar a uma reestruturação produtiva, não configuram transição tecnológica do cuidado em saúde que corresponda à reorientação do modelo de atenção à saúde hegemônico – procedimentista, individualista, assistencialista, fragmentado, centrado no ato prescritivo médico e na medicalização, com acesso restrito e excludente por demanda programática e/ou espontânea –; para um trabalho centrado nas tecnologias relacionais com sujeitos desejantes e de construção de relações intersubjetivas como instrumento de vínculo, amizade e solida-

riedade (Ayres, 2001; Guizardi; Pinheiro, 2013; Merhy; Franco, 2003). Essa construção pode ser evidenciada nas falas a seguir:

> Todo mundo trabalha individualmente, cada um faz a sua parte, ninguém faz junto. E a Residência que eu pensei que ia ser uma coisa maravilhosa também, para poder ajudar o serviço né, e ser aquela coisa norteadora para algumas, para alguma melhoria do serviço [...], e eu não estou vendo, eu ainda não consegui enxergar. Porque, eles também não conseguiram se integrar com as equipes, eles também trabalham individualmente. Fica cada um no seu canto. Eu não vejo trabalharem em conjunto (Gestora Local).

> Eu acho que o município tem uma sobrecarga tão grande de atendimento, que profissional que chegar aqui ele é sugado, [...] chamado para trabalhar e, não no processo de Estratégia (*referência a Estratégia Saúde da Família*), não num processo de prevenção, mas, sim num processo mais de apagar incêndio. [...] aqui o assistencialismo é muito forte [...] (GF Profissionais, grifo nosso).

Consoante à ideia de Merhy (2013), com relação ao processo de trabalho, ele ensina que distintas lógicas se apresentam para o processo em ato, como necessidades constituídas sócio-historicamente, que disputam, como forças instituintes, suas instituições. Ele argumenta ainda que os arranjos das valises tecnológicas (duras, leve-duras, leves), que norteiam produção do cuidado, são estratégicos, e, até mesmo, definidores das reestruturações produtivas do trabalho em saúde, definindo o sentido dos modelos de atenção à saúde, a partir das configurações que adquirem internamente, e entre si, as valises da cabeça (tecnologias leve-duras) e do espaço relacional (tecnologias leves). Ele enfatiza que a relação particular que as tecnologias relacionais adquirem com as outras duas,

> [...] define o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do 'seu modo de andar na vida', e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho (Merhy, 2013, p. 99).

Portanto, a equipe de referência da Residência (enfermagem e odontologia) segue o processo de trabalho instituído, e, para o NASF da Residência, não existe fluxo claro, definido e pactuado com a unidade e comunidade, ocorrendo de formas diversas, de acordo com a categoria profissional. Esse processo ocorre por encaminhamentos dos profissionais da equipe de referência da SF, com raros momentos de discussão de casos, de efetivação do apoio matricial e consultas compartilhadas de matriciamento, estratégias que acontecem mais entre a equipe de residentes e com a preceptora de campo que é também profissional do serviço.

> [...] falando de agenda, a questão minha no caso de enfermeiro e dentista, ficou na mesma coisa. O maior impacto que teve, digamos assim, a questão do psicólogo, do fisioterapeuta, nutricionista, nessa questão que melhorou o fluxo e tudo assim. [...] a comunidade já fica – cadê o pessoal, por que que não tem mais aqui na praça, o exercício? Por que que não tem mais o psicólogo? Por que que não tem mais a visita do fisioterapeuta? Então, eles sentem a ausência do serviço, do profissional residente ou daquele serviço que estava sendo prestado pela Residência (GF ACS).

O NASF do município não atua nessa unidade, com exceção de uma nutricionista que veio depois que a nutricionista da Residência foi transferida, nesse último, caso o acesso ocorra por encaminhamento com agendamento no SAME, em confor-

midade com o modelo ambulatorial. O depoimento a seguir relata sobre esse fluxo para os profissionais do NASF:

> [...] ela (*referência a nutricionista*) dá o calendário, as datas disponíveis e a gente faz a marcação, demanda livre na recepção, no SAME, certo? O fisioterapeuta, a gente encaminha o paciente para falar com o fisioterapeuta, porque aí ele vai decidir se o caso [...] ele resolve ou se vai ter que ir realmente pro centro de reabilitação. A assistente social é como eu te digo, a gente não tem demanda para ela, eu acho que até por desconhecimento e eu também assim não sei qual seria realmente o papel dela aqui na unidade de saúde, em que circunstâncias né [...] (Gestora Local, grifo nosso).

Sobre essas percepções acerca do processo de trabalho instituído e trazendo a esse contexto as reflexões de Mendes-Gonçalves (1994) sobre o processo de trabalho em saúde, ao nos lembrar que essa organização representa as necessidades e os modos de agir em saúde hegemônicos de grupos dominantes, ou seja, há tendência 'natural' de se reproduzir o modelo hegemônico imanente de um movimento condicionado sócio-historicamente, constituindo padrão normativo para todos os indivíduos. Esse movimento instituinte de outros modos de cuidar e lidar com a vida, de constituição de outras subjetividades, configuram o que poderíamos denominar devir minoria[67] ante a avassaladora 'pororoca' do 'mar da objetividade' pela manuten-

67 Devir minoria é um devir universal, enquanto a maioria representa apenas um estado determinado de aprisionamento de singularidades/acontecimentos, criando a ilusão de sua universalidade ao colocar-se como representante de uma vontade, de um poder. O devir, independente da matéria que ele venha a percorrer, instaura uma política do acontecimento e não uma política baseada no estado reconhecido dos indivíduos num determinado tempo e espaço. Hélio Rebello Cardoso Jr. Conceitos onto-políticos, no pensamento de Gilles Deleuze: "minoria" como "devir-minoritário". Política e Trabalho. N. 15, 1999. Disponível em: http://www.oocities.org/ collegepark/library/8429/15-cardosojr.html Acesso em: 31 jan. 2017.

ção do instituído. Concepções que podemos correlacionar com a fala dos profissionais e explicam as percepções anteriores sobre a reprodução do modelo instituído:

> [...] eu senti que ela (*referência a uma residente*) tentou trazer algumas inovações. Mas, quando ela tentou as próprias pessoas do posto mesmo barraram, entendeu. [...]. Fez por um período. [...] acho que hoje em dia, ela não faz mais, porque realmente não tem essa ajuda. Não teve [...] a colaboração mesmo, do todo mesmo né [...]. A logística do posto, do atendimento mesmo entendeu. E, aí, acaba meio que você dançando conforme a música mesmo, eu acho que eles 'meio' que se adaptaram também ao serviço (GF Profissionais, grifo nosso).

Por isso, a importância de fomentar a educação permanente enquanto aprendizagem significativa e contextualizada nos serviços, a qual a partir de processos de autoanálise e reflexão sobre o processo de trabalho poderia imprimir outros modos de agir em saúde, possibilitando a transformação da realidade. E como caminho para se estabelecer um movimento instituinte de ressignificação dos modos de lidar com o outro e consigo, de constituição dos sujeitos da práxis, do devir Saúde da Família. Para que a ânsia por estabelecer/transformar os modos de estar no mundo e levar a vida não sejam imediatamente sufocados pela potência avassaladora do existente.

> [...] quem está no serviço, está na sua área de conforto, já organizou daquela forma, não tem muito desejo, às vezes, de mudar. E quem vem, às vezes, de um movimento, [...] vem com uma proposta que ele quer que seja revolucionária sem primeiro respeitar o processo que está sendo vivido (Gestora Municipal).

Sobre esse devir minoria e esses processos de resistência e conservadorismo, podemos correlacionar com os argumentos

de Campos (2015b, p. 116) acerca do agir de sujeitos dotados de intencionalidades, segundo o qual essa práxis imbricada com mudanças assemelha-se a um salto rumo ao desconhecido, é "sair dos trilhos é arriscar-se". Pois, para o profissional com uma rotina definida, agir rotineiramente é mais seguro e previsível, entretanto, essa atenção estrita aos protocolos e normativas quase sempre é um modo de assujeitamento, o que se ganha em segurança e previsibilidade, perde-se em autonomia, liberdade e em inventividade.

> O agir deliberado são como asas de papel que nos permitissem voar fora do circuito repetitivo, dos labirintos desestruturados do inconsciente e dos labirintos estruturados das instituições. Asas de papel, delicadas e que ao menor descuido se rasgam pela velocidade excessiva da ascensão ou da queda, ou ainda porque se permaneceu muito tempo no ar, ou simplesmente, porque algum obstáculo, diretamente, danificou as frágeis asas do sujeito-planador (Campos, 2015b, p. 116-117).

Para organização do processo de trabalho e produção do cuidado, é proposto que os residentes utilizem diversas estratégias e ferramentas norteadoras e operativas, as quais podem ser considerados novidades e estranhas ao cotidiano dos serviços. Mas, com potencialidade para ampliar o escopo das ações e dos serviços ofertados pela equipe de referência e equipe NASF.

> [...] ajudaram muito no processo de trabalho, [...] realmente ela tomou posse da área assim, se apropriou, conheceu os problemas e isso ajuda muito e traz assim coisa nova. Até eu disse assim: menino, tão me surpreendendo. Porque traz aprendizado novo, retomou reunião de equipe que estava um pouco parado. [...] eles trouxeram o matriciamento [...]. De trabalhar em conjunto dois profissionais, por exemplo, quando precisava do psicólogo, ou eu com a dentista, ou eu com assistente social,

> assim, não tinha o hábito antes da Residência, pelo menos na minha equipe, a gente não tinha, eu encaminhava e pronto (GF Profissionais).

As *estratégias* e *ferramentas* relatadas pelos participantes foram: a territorialização, o matriciamento (discussão de casos) e o apoio matricial, as consultas compartilhadas, a reunião de equipe, a reunião da unidade, na perspectiva do método da roda (rodas de gestão), as ações de educação em saúde, prevenção e de promoção em saúde na unidade e na comunidade, as visitas domiciliares individuais e conjuntas, o trabalho com grupos. A fala a seguir exemplifica bem o processo de implementação dessas ferramentas e as limitações para continuidade:

> A inovação que veio e ficou, que está inclusive em áreas que não tem residentes, foi o matriciamento. O matriciamento foi acontecendo a contento já mesmo sem residente [...]. O PTS (*Projeto Terapêutico Singular*) ele foi muito bom, mas [...] ele demanda muito trabalho e eu acho que as pessoas fazem aquele momento do PTS, mas aí [...] não dão continuidade (GF Preceptores, grifo nosso).

Apesar da potencialidade dessas estratégias/ferramentas como caminho para qualificar o cuidado, na perspectiva da integralidade, não configuram reorientação do modelo de atenção à saúde hegemônico, como discutido anteriormente. E os residentes acabaram se enquadrando às formas de organização do processo de trabalho e produção do cuidado instituído, ainda que se observem linhas de fuga nesse processo. Mesmo assim, algumas dessas estratégias e ferramentas permanecem após a saída dos residentes, mas a maioria se perde com o tempo, sendo, portanto, dependentes da presença dos residentes nos territórios ou revelando a necessidade de que esses proces-

sos precisam ser estimulados e possibilitados nos cenários de aprendizagem e nos territórios da ESF.

> Eles, às vezes não conseguem vencer a barreira, as coisas que já estão impostas ali né. Mas ao mesmo tempo eles sempre, eu pelo menos vejo, que eles sempre estão fazendo esse movimento de ir além. E, em muitos momentos, eles conseguem (GF Preceptores).

Mesmo com movimentos de conservação do instituído, diante dos relatos de aprendizados individuais e com os 'movimentos de ir além', de se desterritorializar em movimentos singulares de produção de linhas de fuga, pode-se perceber processos de ressignificação de saberes e práticas, revelando pequenas revoluções moleculares e de produção de uma 'subjetividade desviante'.

> Eu estou aprendendo também com cada um aqui dos residentes. Aprendi [...] a questionar mais as coisas, [...], olhar as coisas de um ponto de vista mais crítico né [...]. [...] hoje [...] me sinto assim como uma profissional né. Coisa que eu saí da graduação não tinha a experiência com a saúde da família né, ou outras coisas e agradeço muito a residência [...]. A gente aprende de verdade. Na prática, compartilhando saberes com a equipe, não só do serviço, mas com os residentes. Isso fortalece muito a gente como profissional, como ser humano (GF Residentes).

Apesar de considerarmos que é necessário um sinergismo dos processos transformadores em uma via de mão dupla, da dimensão micropolítica para a macropolítica e vice-versa, para que se efetive a transformação do modelo de atenção à saúde hegemônico e, consequentemente, a reorientação do processo de trabalho instituído e a ressignificação do saber/fazer que

norteiam os modos de agir em saúde, entendemos que a RMSFC tem se mostrado um caminho para o surgimento de 'sujeitos desviantes' e implicados com a mudança, que conseguem instituir nos territórios da Saúde da Família outros sentidos e significados para produção do cuidado.

> Aos trancos e barrancos, diante das dificuldades enfrentadas, nos permite, [...] não só preceptor, acho que profissional que está de fora, se ele se permite participar, se ele se permite vivenciar, mesmo com o tempo dele louco, mesmo que com a agenda dele apertada, mesmo com a cobrança, ele aprende, ele descobre espaços que ele pode aprender um pouco mais (GF Preceptores).

Sobre a práxis transformadora, o conformismo e o medo de mudar, Campos (2015b, p. 117) afirma que:

> A vertigem do voo e o medo de voar: poder-se-ia compará-los à vertigem e ao medo de mudar, de instituir o novo, essa é a dificuldade em se proceder como Sujeito dotado de intencionalidade. Por isso há mesmice no mundo, conservadorismo, repetição e conformismo mesmo diante de situações desconfortáveis e injustas.

5.4 Preceptoria

Para melhor compreensão sobre o papel da preceptoria no cenário desta pesquisa, faz-se necessária caracterização do que é proposto para o saber/fazer do preceptor/a no contexto do programa.

Na RMSFC da RIS-ESP/CE, a função de preceptor caracteriza-se por supervisão docente-assistencial direta das atividades práticas e teórico-práticas (campo e núcleo) realizadas pelos residentes nos cenários de aprendizagem, nos quais se

desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição executora, com formação mínima de especialista e experiência de três anos na área de concentração (Saúde da Família), composto por preceptores de campo e núcleo, cujas atribuições estão definidas no Regimento do Programa (Campos, 2000; Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2012, Ceará, 2013b). Apesar de terem perfil e atribuições definidas pela IF, como são profissionais do município e com vínculo trabalhista a este, a IF não tem governabilidade sobre a definição desses preceptores e organização do processo local, como fica evidente na fala da coordenação:

> Essa questão da preceptoria é algo que é muito complexo, porque a gente não tem governabilidade. [...]. A gente diz as características de como a gente quer esse preceptor. A gente diz como deve fazer.
>
> [...] foi preconizado desde a primeira turma, que a roda de núcleo ia acontecer na segunda-feira à noite, a roda de campo ia acontecer na quarta-feira à noite. E essa organização de local, aonde vai fazer, de acompanhamento dos preceptores tem que ser pelo município (Coordenação).

Em alguns municípios, particularmente, os menores, algumas categorias profissionais contam com um trabalhador, muitas vezes, com vínculo trabalhista precário, então, na ânsia por implantar a Residência no município, a conversa do gestor com esse profissional é praticamente de assumir a preceptoria "impositivamente". O profissional assume a preceptoria com as atribuições ainda como profissional do serviço, geralmente sem nenhum incentivo para estar nessa nova função.

Pela vivência nesse contexto e das discussões a nível nacional, essa é uma realidade de muitos cenários de aprendi-

zagem, não somente na Saúde da Família, de uma preceptoria 'voluntária' ou mesmo 'compulsória', em que o trabalhador, por estar naquele serviço, acaba se vendo obrigado a assumir esse papel de docência em serviço, mesmo sem querer ou se sentir capacitado. O depoimento da coordenadora reforça essa construção, evidenciando que esse preceptor, mesmo sem estímulo para função, acaba sendo responsabilizado pelos problemas advindos:

> Joga a responsabilidade para o outro, quando na verdade, ele enquanto gestor não deu um suporte. Que esse preceptor precisaria. Porque, muitas vezes, eles são, tipo assim, não, você vai e você é o preceptor, a partir de hoje, você é o preceptor (Coordenação).

Segundo Fajardo (2011), para muitos preceptores, ocupar esse duplo papel de 'facilitador' do processo formativo e de trabalhador da assistência à saúde implica resistência a possibilidade de ruptura com o modelo tradicional de ensinar e aprender no qual eles foram formados e tem familiaridade. Assim, eles resistem a:

> [...] deslocar-se do lugar de propriedade da prática ao de interrogação e compartilhamento exigido em uma condição pedagógica construcionista. Têm, em sua memória, o que e como aprenderam na escola e atualizam esta memória com o que se faz no local de trabalho. Será insuficiente aprender novas coisas; trata-se de desaprender uma identidade, uma convicção subjetiva, a definição de si (Fajardo, 2011, p. 46).

Os preceptores de campo atuariam no desenvolvimento das competências comuns da ênfase, com carga horária de 40 horas semanais, na razão de um preceptor por equipe. Os preceptores de núcleo atuariam no desenvolvimento de competên-

cias específicas dos núcleos profissionais, com carga horária de 12 a 20 horas semanais, sendo um preceptor para o conjunto de residentes da mesma categoria profissional. No caso de mais de quatro residentes da mesma categoria, o regimento do programa sugere que deverá ser dois preceptores de 12 a 20 horas semanais (Ceará, 2013b). Os preceptores tinham consciência sobre as atribuições do papel da preceptoria e como operacionalizar esse saber/fazer, mas, na prática, nunca se efetivaram, conforme o preconizado:

> [...] logo no início, [...] foi falado para a gente que era vinte horas livre, nem me lembro. O que na prática não se deu, nunca se deu. Mas, a gente tinha até uma liberdade maior de tempo. E aí foi, como foi enfraquecendo a Residência dentro do município, foi se perdendo mais ainda o 'tempo', entendeu (*risos constrangidos*) (GF Preceptores, grifo nosso).

> Começou logo no primeiro dia, na primeira confusão, tanto eles (*preceptores*) como os residentes queriam que a carga horária, que a roda acontecesse a partir das quatro horas, quando, na verdade, era quatro e meia para terminar o expediente. [...]. Eu relutei muito, [...]! Nós vamos começar as quatro, terminamos as sete. Respeitamos as três horas, [...]. Só foi isso as rodas que eu estive, porque, no começo, eu vinha para essas rodas, uma hora para de núcleo, uma hora para de campo (Gestora Municipal, grifo nosso).

Além do acompanhamento dos residentes, é proposto que os preceptores atuem na facilitação de processos de aprendizagem e gestão que envolvam os residentes e profissionais do serviço, norteados pelas diretrizes pedagógicas do programa, operacionalizando o fazer da preceptoria pelo modelo da 'tenda invertida'.

Na proposta da Tenda Invertida como práxis pedagógica, norteado pela concepção da EPS, o *locus* e o momento de forma-

ção do profissional se dão no território de atuação da equipe da ESF e dos residentes. Cabendo ao preceptor/a "mestre" se deslocar para o local de trabalho do residente e, com eles, lidar com os afetos, as singularidades e os problemas de saúde e de gestão do cuidado que emergem do cotidiano (Andrade *et al.*, 2004)

No contexto específico da RMSFC, cabe ao preceptor de campo o acompanhamento acadêmico e pedagógico da equipe de residentes, atuando como facilitador da interação dos residentes com a equipe de profissionais do serviço e da comunidade e com a gestão municipal, moderando os diálogos, os conflitos e fomentando a reflexão do processo de trabalho, além do acompanhamento e da facilitação das atividades teórico-práticas no contraturno, na perspectiva da ação-reflexão-ação, isto é, reflexão crítica sobre o saberes e as práticas instituídos, em turno noturno, uma vez por semana, nas denominadas rodas de campo. Para o preceptor de núcleo, à semelhança do preceptor de campo, cabia o que era específico do núcleo profissional nos territórios, além de facilitar as rodas de núcleo à noite, também uma vez por semana.

Os depoimentos a seguir destacam a potencialidade da preceptoria:

> [...] tem alguns preceptores de algumas categorias que foram muito bons, porque são boas pessoas que sabem fazer e contribuiu com a formação do residente (Gestora Municipal).

> [...] eu acho que foi essa terceira turma, foi quando a coisa aconteceu melhor. Mesmo sem o apoio da Escola. Por a gente já ter o conhecimento. Muitas rodas a gente fazia, mesmo sem o manual, [...] porque sabia por onde ir, entendeu? (GF Preceptores).

Nesta pesquisa, podemos depreender dos depoimentos dos participantes que as vivências do cotidiano e a experiência

como preceptor no contexto da Residência foram consideradas fundamentais para que o profissional consiga desenvolver a preceptoria.

> Eu acho que fluiu mais fácil porque nós estávamos preparados para recebê-los. Nós já sabíamos como conduzir, como encaminhá-los. A territorialização já era uma coisa assim, já vivida na primeira turma. Então, já foi mais fácil a articulação com os equipamentos, o acesso e a organização desses encontros. A experiência foi fundamental. [...] quando a gente incorporou a questão da preceptoria, a gente percebeu como a gente precisa ser mais acessível, a gente pensa que é acessível. Quando chega um grupo desse de profissionais como a gente, mas que estão aqui trazendo inovações, e vão precisar da gente também. Então, você dividir, dividir esse trabalho, dividir, muitas vezes, o espaço (GF Preceptores).

O preceptor é destacado como facilitador do processo de ensino-aprendizagem em serviço, motivador das atividades no território, estimulador da implicação dos residentes com a comunidade, articulador entre gestão-profissionais do serviço-residentes-comunidade e da rede setorial e intersetorial, além de gerenciador de conflitos.

> Eu aprendi muito. Muito na relação com o outro profissional [...]. A lidar com os conflitos [...]. E ainda aprendo até hoje, porque a gente aprende com as coisas que marcaram negativamente, mas [...] essas duas turmas que chegaram por último. Foram turmas [...], assim, até eu cresci mais no conhecimento, porque abriram para mim essa convivência melhor, que quando a gente vai só tentando drenar os conflitos [...] (GF Preceptores).

Entretanto, assim como o papel proposto para o residente, o do preceptor/a é tão ou mais desafiador, pois para execução de todas essas atribuições/competências esperadas, é impres-

cindível que o profissional seja capacitado, sinta-se valorizado e estimulado para desenvolver a docência em serviço. Além do necessário acompanhamento pedagógico tutorial e apoio institucional pela IF e IEX.

> Esse foi um ponto [...] que a gente sentiu a falta da ESP aqui. Porque como é algo que acho que qualquer gestão é cobrada, você tem que estar lá produzindo, isso não é novidade para ninguém, a ESP fazia o contraponto [...]. Cada turma que entrasse tinha que ter essa pactuação, aí, viu (GF Preceptores).

> Essa dificuldade de preceptoria, realmente, é algo muito sério e que a gente tem pensado aqui enquanto grupo de tutores – o que é que a gente pode fazer para acompanhar mais de perto. Pela dificuldade que o preceptor tem de se deslocar lá da sua cidade para vir para cá, para uma formação, muitas vezes, não tem incentivo [...]. Isso dificulta também para a gente (Coordenação).

Essa percepção sobre o papel do preceptor também é compartilhada por Soares (2015, p. 259, grifo nosso):

> [...] o lugar do preceptor também se apresenta conflituoso e desafiador: a falta de valorização, a sobrecarga de trabalho, a necessidade de formação, a pressão da gestão e o convite à recriação de suas práticas. Conduzir um processo formativo como este implica inúmeros desafios, porém acredita-se que o maior deles é a mudança de paradigmas que a *Residência* tenciona nos preceptores. Estes precisam estruturar um processo educativo horizontal, participativo, pautado na corresponsabilização, no diálogo, e não na transmissão de conhecimentos, na punição e na fiscalização.

A relação preceptor-residente nem sempre é harmoniosa, às vezes, é carregada de conflitos, decorrentes da imaturidade

dos atores envolvidos, do desconhecimento do papel de preceptor enquanto facilitador e não como professor tradicional.

> Então, às vezes, eu me sinto fiscalizada. E isso é muito ruim. [...] eles (*os preceptores*) não compreenderam, muitas vezes, até o papel do que é ser preceptor né. Tem essa fragilidade. [...] acho que tem múltiplos processos que aconteceram que são simultâneos. [...]. Até eu ver justamente uma fragilização da preceptoria no município. Que aí, [...] a gente ficou abandonado tanto pela ESP quanto pelos preceptores (GF Residentes, grifo nosso).

Ao refletir sobre as qualidades necessárias para ser preceptor/a, Fajardo (2011, p. 145-146) destaca que o perfil desejável incluiu a abertura para o novo como elemento importante para um profissional de saúde que está permanentemente em contato com demandas que são explícitas e outras que esperam por identificação, tanto por parte dos residentes como dos pacientes e usuários. Assim, estar propício a ser afetado e oferecer espaço para uma reação de ressonância mútua enriquece a relação de ensino em saúde.

A preceptoria, neste estudo, mostrou-se muito fragilizada e contraditória, pois, os profissionais, mesmo com todo potencial e experiência de três turmas, e tendo "acordo" com a gestão para atuar como preceptor/a, não se sentiram mais estimulados e valorizados para desempenhar esse papel, já que a gestão, segundo eles, não viabilizava condições nem os motivava, fragilizando, assim, o processo de ensino-aprendizagem em serviço proposto pela Residência.

> [...] nem sei assim quem são os preceptores mesmo entendeu? Eu, realmente, eu pequei porque eu estava falando só na preceptoria da enfermagem E quando você falou, eu me lembrei realmente não só tem a da enfermagem, tem os outros preceptores, mas cadê esses preceptores? (Gestora Local).

> [...] eles (*preceptores*) recebiam uma gratificação. O município cortou essa gratificação. Aí, eles disseram que não iam mais atuar como preceptores, não iam mais fazer roda, não iam mais fazer nada. O município entrou em acordo com eles que ia dar um dia de folga mensal para eles. Alguns tiram, outros não tiram hoje. O que acontece é que, apesar desse acordo, desde então, não tem mais essas funções, essas preceptoras. Não tem. Não tem roda. Não tem tenda! (GF Residentes, grifo nosso).

Considerando que se trata de um processo de formação em serviço, sob supervisão de um profissional com função docente assistencial e, apesar de toda potencialidade enfatizada pelos participantes, não se concebe uma Residência para ativação de sujeitos desviantes com preceptoria e tutoria fictícias, que se mostraram extremamente fragilizadas e contraditórias no cenário deste estudo, como destacado e observado em muitas construções e identificado durante o trabalho de campo.

5.4.1 Avaliação do desenvolvimento de competências

Como dito, a RIS-ESP/CE tem currículo baseado no desenvolvimento de competências e, como parte das atribuições da preceptoria, está a avaliação do desenvolvimento dos conhecimentos, das habilidades e as atitudes que compõem as competências propostas no currículo do programa, a qual corresponde a 30% da avaliação discente. O relato a seguir esclarece como se estrutura o processo avaliativo do programa:

> A nota do residente é composta por três coisas: a frequência deles no território [...]. A segunda coisa são as atividades-produto que são essas que são disparadas. [...]. E a terceira nota é uma avaliação de desempenho que é feita pelo preceptor no território (Coordenação).

Para essa avaliação no território, que deve ser processual e formativa, existe um instrumento que deve ser aplicado trimestralmente, estruturado a partir das dez macro competências da RIS, que procuram representar e analisar a atuação dos residentes, segundo os quatro eixos do quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social (Ceccim; Feuerwerker, 2004). As macro competências são:

1. Organização do processo de trabalho em saúde a partir do território;
2. Atuação no SUS, com fortalecimento da atenção integral nas redes de atenção, nos serviços de saúde e nas ações com os usuários e coletivos;
3. Atuação no SUS, a partir da intersetorialidade, fortalecendo a articulação entre demais políticas públicas e dispositivos comunitários;
4. Atuação no SUS, com o fortalecimento da colaboração interprofissional e do trabalho em equipe nos serviços de saúde;
5. Atuação no SUS com compromisso ético-político com a reforma sanitária e psiquiátrica, e seus atores (residentes, profissionais, preceptores, gestores, usuários);
6. Desenvolvimento de processos de educação permanente no SUS comprometidos com a transformação do cenário de prática;
7. Produção e criação do conhecimento com compromisso com a transformação da realidade e emancipação dos sujeitos envolvidos;
8. Desenvolvimento de ações para promoção da saúde e defesa da vida;
9. Atuação no SUS, a partir da Educação Popular em Saúde;

10. Articulação comunitária e fortalecimento da participação e do controle social.

Essas macro competências são distribuídas no referido instrumento, divididas em cinquenta itens/elementos, que procuram representar as dimensões do conhecer, saber/fazer/ser, as quais são difíceis de avaliar e estabelecer um consenso, caso esse acompanhamento não seja processual e formativo. Pela nossa vivência como tutor e preceptor desse programa e como profissional de saúde egresso de um programa de residência com currículo baseado no desenvolvimento de competências, consideramos que esse momento da avaliação pode ser desencadeador de conflitos e constrangimentos, tanto para residentes como preceptores, pois essa avaliação e as devidas devolutivas devem ocorrer processualmente no cotidiano das práticas, em rodas de avaliação ou individualmente, após a realização de ações assistenciais ou atividades coletivas na unidade ou comunidade. Entretanto, verificamos que no contexto dessa pesquisa, foi realizado de modo displicente por alguns preceptores e nada processual.

> Foi aquela coisa assim, está aqui sua avaliação [...] – algumas coisas eu tive que cortar porque não se enquadrava, não sei o quê. Aí, era eu e outros residentes, aí eu fui olhando assim dando aquela vista grossa por cima (GF Residentes).

Em tutorial, e nos momentos formativos para preceptores e residentes, é explicado como proceder nessa avaliação, entretanto, mesmo com essas orientações, as quais destacam o caráter processual e formativo, constatamos que a avaliação ficou restrita à aplicação do instrumento e de modo díspar ao proposto.

> [...] eu peguei o papel que a de campo me entregou. Disse: olha, está aqui, a de campo pediu para você preencher isso aqui, que ela disse que é uma avaliação que você tem que fazer comigo. [...] ela (preceptora de núcleo) olhou e disse: ah, é uma avaliação que tem que fazer de vocês. Preencheu, aí, disse assim: pronto, está aqui tua avaliação. Tu lê, vê se concorda aí com as coisas. Se tu não concordar, tu preenche aí o que tu não concordou. E, aí, se tu concordar, tu assina (GF Residentes).

Assim, para que essa avaliação atinja os objetivos, é imprescindível que o preceptor/a esteja junto com os residentes, uma "preceptoria fictícia", no nosso entender, inviabiliza qualquer tipo de avaliação, cujo objetivo é acompanhar o desenvolvimento de competências. Entretanto, no cenário desta pesquisa, a avaliação formativa do desenvolvimento das competências não acontece como preconizado pela IF. Evidenciamos desconhecimento dos residentes sobre o instrumento e o processo de avaliação formativa proposto no programa.

> Ele (*o instrumento de avaliação*) é disponibilizado na plataforma. [...] a gente fala nos primeiros encontros aqui, explica que precisa ser processual, explica que precisa ter uma devolutiva para o residente, que não é simplesmente ele preencher a nota e mandar para a gente aqui, que o residente sim precisa olhar e entender qual foi a, por que que aquela competência dele não foi desenvolvida, podendo concordar ou discordar (Coordenação, grifo nosso).

A orientação é que, além de ser processual, deve ser feito de forma conjunta (preceptor de campo e preceptor de núcleo), individual e sigilosa para cada residente separadamente. Ao ser atribuída uma nota, é necessário exemplificar com atividades vivenciadas na prática que justifiquem aquela nota atribuída, a qual o residente pode discordar e, caso não tenha consenso so-

bre a avaliação, ela precisa ser registrada no instrumento para cada elemento avaliado.

Consideramos que esse processo de avaliação foi tratado de forma displicente pelos preceptores e residentes nos territórios, como também pela IF, devido à falta de acompanhamento dele. Consequentemente, questionamos a capacidade desse programa em avaliar o desenvolvimento de competências se não fazem o acompanhamento processual e formativo desses residentes.

> O meu foi com a minha preceptora, de núcleo. [...] ela explicou o que era o instrumento né, de avaliação, eu não me recordo bem cada coisa porque era muito grande né. E no final das contas já tinha vencido prazo. Porque a preceptora não conseguia se reunir comigo. Foi mandado via *WhatsApp*, por foto, dizendo: eu preenchi essa folha aqui, colocando entendeu, a avaliação vê o quê que tu acha. A gente conversa e foi assim (GF Residentes).

A constituição de atores sociais autônomos e conscientes da potencialidade transformadora parte da formação do sujeito como ser ético, histórico, crítico, reflexivo, transformador e humanizado, exigindo, assim, processos de ensino-aprendizagem críticos, reflexivos e com capacidade de problematizar a realidade em que se vive e trabalha. Neste sentido, a educação problematizadora e a prática reflexiva para o enfrentamento e a superação dos problemas cotidianos apresentam-se como as estratégias para formação de sujeitos da práxis e transformação da realidade. Marcadas pela dimensão política da educação e sociedade, o ensino pela problematização procura mobilizar o potencial social, político e ético do estudante, para que este atue como cidadão e profissional em formação (Pereira, 2003; Correia; Bonfim, 2008; Fiocruz, 2011; Gemignani, 2012)

Tendo por base a ideia descrita, Cotta *et al*. (2012, p. 788), destacam que as tendências atuais na área da educação apontam para a utilização de metodologias ativas de ensino-apren-

dizagem, visando tornar o estudante o protagonista do seu próprio processo de formação. Igualmente, os instrumentos de aprendizagem e avaliação devem ser capazes de desencadear uma visão do todo e ainda incentivar a construção de redes de mudanças sociais que possibilitem a expansão da consciência individual e coletiva.

Como se pretende com esse processo formativo em equipe e serviço a ativação/capacitação de sujeitos singulares condicionados por outros modos de produção de subjetividade, autônomos e politicamente engajados com a defesa do direito à saúde pública e universal e o desenvolvimento de competências profissionais para um outro mundo possível, consideramos imprescindível reavaliar, repensar e qualificar o processo avaliativo e o acompanhamento acadêmico instituído, com vista a superar o hibridismo esquizofrênico entre processo educativo tradicional e o cumprimento das normativas vigentes, que impõem a realização de determinadas tarefas às quais serão atribuídas uma nota, para que possa receber um certificado, e a esperada inovação e criatividade da educação libertária e emancipadora para constituição de sujeitos da práxis com capacidade crítica e reflexiva para a transformação de uma dada realidade social, denominados por nós como sujeitos desviantes.

> A gente procura estratégias diversas dessas rodas, não só leituras, e, a partir dessas rodas, a gente dispara também as atividades-produto. Porque como a gente está em uma Residência que precisa certificar e, para certificar, a gente precisa de nota, que, às vezes, a gente acha complexo isso de dar nota, mas é necessário, porque ainda existe, ainda é assim para o Ministério (Coordenação).

Não temos uma fórmula pronta e recomendamos 'ponderações-mil', ante aqueles que as têm, Soares (2015), entretanto,

oferece pistas para o acompanhamento e a avaliação desses 'sujeitos desviantes' em processo de aprendizagem pelo trabalho:

> O aprendizado aqui citado também emerge daquilo que é construído junto e mesmo do compartilhamento de competências prévias que cada um trouxe para a experiência da residência. Com essa imersão na realidade da RIS-ESP/CE, acredita-se que uma das melhores maneiras de identificar o quanto a formação atinge os residentes é pela autoavaliação que eles fazem do processo. O que se ouviu e viu foi um sentimento de grande identificação com a proposta pedagógica e gratidão pela experiência de ser residente (Soares, 2015, p. 258).

Não queremos dizer com isso que os residentes não devam cumprir suas obrigações nem serem avaliados por isso, mas que seja uma avaliação realmente formativa, processual, participativa e horizontal e não presa a instrumentos e cumprimentos de metas e tarefas.

A respeito das limitações dos modelos avaliativos tradicionais, Dallegrave (2013, p. 110) destaca que os modelos avaliativos provenientes da maquinaria educacional, a partir de um processo de esquadrinhamento, da serialização e da hierarquização, destinam-se a avaliar de forma unilateral aquele que é reconhecido como o beneficiado da educação. Quase sempre atendem aos requisitos de criar critérios para descrever a posição dos sujeitos dentro de uma cadeia, posicionando alguns no topo, outros na base, outros no centro.

Assim como é proposto que sejam empregadas metodologias ativas e participativas para aprendizagem significativa e operacionalização do processo de trabalho e produção do cuidado nos territórios, a avaliação processual e formativa deve primar por configurar uma relação intersubjetiva dialógica, afetiva e confiante nos encontros de aprendizagem entre sujeitos

desviantes, contribuindo para evolução pessoal e profissional dos atores envolvidos.

5.5 Potencialidades e desafios para implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

As experiências que envolvem as Residências Multiprofissionais em Saúde, como estratégia de formação em serviço, têm acumulado relevantes conhecimentos sobre esse processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho, com potencial para contribuir na qualificação dos trabalhadores que atuam na área da Saúde, além de constituírem espaços de conformação crítica, reflexiva e transformadora, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que possibilite a afirmação do trabalhador no cotidiano do universo de trabalho e na sociedade em que vive (Ceccim, 2010; Rosa; Lopes, 2010; Ceccim; Kreutz; Mayer Júnior, 2011; Haubrich *et al.*, 2015; Medeiros, 2016).

O depoimento a seguir retrata o trabalho como *locus* privilegiado para formação e o ambiente do SUS Escola.

> Cresci e ainda estou crescendo demais, enquanto pessoa, enquanto profissional. [...] é impossível você entrar no SUS e se manter a mesma pessoa. Não se sensibilizar com tudo. [...] eu sei que quando a gente sair, a gente vai levar muito do que está sendo vivenciado aqui [...]. E o SUS enquanto escola, ele é formador (GF Residentes).

A respeito das potencialidades trazidas pela interação entre os mundos do ensino e do trabalho, Guizardi *et al*. (2011) argumentam que essa interação tende a diferenciar o fazer dos

profissionais em formação e da equipe de saúde do modelo tecnoassistencial hegemônico, causando estranhamentos que delineiam espaços de trocas, facilitando o compartilhar dos problemas que, muitas vezes, requer como recurso a criação de novas práticas e relação entre os sujeitos implicados na produção do cuidado.

Em face da conjuntura local (estadual) e nacional, no processo de implementação do SUS, desafios, constrangimentos e enfrentamentos cotidianos para efetivação do sistema de saúde público e universal, as Residências em Saúde, como a RMSFC da RIS-ESP/CE, enfrentam muitas barreiras e dificuldades nesse percurso, além dos estranhamentos, inconformismos, jogos de interesse e de poder com a desacomodação que a proposta de residência pode provocar, como apontado em outros programas com mais tempo de funcionamento e no contexto das Residências em Saúde (Dallegrave; Kruse, 2009; Dallegrave; 2013; Ceccim; Kreutz; Mayer Júnior, 2011; Baldisserotto, 2014; Torres, 2015). Alguns destes desafios foram identificados na fala dos participantes deste estudo.

> [...] a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com tudo isso que se quer, ela requer um movimento que precisa de dinheiro, que precisa de tempo, que precisa capacitar, que precisa de encontro, que precisa de preceptor, de tutor, de tudo isso. Senão não sai do canto (Gestora Municipal).

Nesse sentido, a Carta de Recife, documento final do IV Encontro Nacional de Residências em Saúde, que tinha como tema, *Residências em Saúde como estratégia de educação permanente para o fortalecimento do SUS*, destaca que o movimento em defesa pelas Residências está atrelado a premente e necessária 'desprecarização' e valorização do trabalho do corpo docente com formação permanente; além do estabelecimento de linhas

e diretrizes de organização e financiamento regulares que garantam sustentabilidade e qualidade dos programas. Porque não dizer, a implantação de uma Política Nacional de Residências em Saúde que contemplem as áreas estratégicas e prioritárias para o SUS. Pelas disputas corporativas, temos que acrescentar o termo Única/Integrada/Abrangente nessa política (Fórum, 2014).

A CNRMS reproduzindo o que consta na Lei nº11.129, de 30 de junho de 2005, que instituiu a Residência em Área Profissional em Saúde (Residência Multiprofissional), segundo a qual pretendia favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS, colocando as necessidades do mercado e do SUS no mesmo 'saco', contradições que já discutimos neste trabalho; reforçando a concepção de que o objetivo das Residência é qualificar/capacitar recém-formados, para que os mesmos adquiram experiência profissional de acordo com as áreas de empregabilidade (Brasil, 2005; Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2012).

Proposições que colocam em pauta a formação em saúde na graduação e o objetivo das Residências em Saúde. Não vamos aprofundar essa discussão, mas nos vem à tona o seguinte questionamento: e os profissionais já inseridos no sistema, que motivação eles têm para vivenciarem esse processo de formação pelo trabalho?

O PP da RMSFC destaca que caso o profissional de saúde residente seja um profissional do serviço estaria de acordo com os preceitos normativos da CNRMS em relação à dedicação exclusiva, em uma afirmação clara da necessidade e importância de qualificar os profissionais que já estão inseridos no serviço. Além da qualificação de profissionais nos diversos cenários de aprendizagem por onde esse programa se ramifica, também pode ser um potencial para formação de futuros preceptores.

> [...] a intenção realmente é interiorizar, a gente sabe da importância que isso é [...] para os multiprofissionais, principalmente, porque a gente não tem, ainda está sendo construída essa cultura de Residência Multiprofissional, de educação permanente para profissionais de outras categorias que não seja o médico (Coordenação).

Entretanto, os editais reguladores das seleções da RIS-ESP/CE seguem os preceitos da Portaria Conjunta SGTES/MS nº 11, de 28 de dezembro de 2010, que estabelece orientações e diretrizes para concessão e pagamento de bolsas para execução do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Pró-Residências), que veda o recebimento concomitante e cumulativo do valor da bolsa-residência com qualquer outra modalidade de bolsa ou tipo de vencimentos recebidos pelo residente, se servidor público (Brasil, 2010; Ceará, 2012).

Dallegrave (2013, p. 112) lembra que, para algumas profissões, "a bolsa da Residência supera qualquer remuneração que aquele profissional poderia alcançar no mundo do trabalho. Neste sentido, parece se fazer necessário que a pauta da carreira para todos os profissionais da saúde seja amplamente discutida".

Entendemos que a bolsa constitui importante motivação, pois, pela nossa experiência, ingressar em um processo de formação com carga horária de 60h semanais, com dedicação exclusiva, significa ter que abdicar de quaisquer outras formas de complementação de renda que esse trabalhador tenha por um período mínimo de dois anos.

Essas reflexões nos fazem questionar: onde estão os egressos das residências em saúde? Esses programas têm conseguido atingir a premissa de formação para as áreas prioritárias do SUS, a qualificação e o fortalecimento do SUS?

Considerando a carência de uma política de absorção e/ou carreira profissional para o SUS e de ausência de valorização de egressos de residências no estado e a nível nacional, além do número de trabalhadores efetivos nos municípios, entendemos que essa política precisa ser revista, pois muitos desses egressos da residência poderiam constituir futuros preceptores nos municípios e, até mesmo, compor o corpo docente da RIS-ESP/CE, além, é claro, de atingir o objetivo primordial da formação no e para o SUS, que é a capacitação de profissionais para qualificação e fortalecimento do sistema. O depoimento da participante apresenta visão geral dos desafios para implementação da RMSFC:

> [...] mudança nem todo mundo quer e nem todo mundo está preparado. Mas, assim, por isso que cada vez mais a importância mesmo do preceptor, [...] que está nessa formação, a ESP conduzir junto com todo mundo, a gestão está sensibilizada para isso. Porque, muitas vezes, o profissional ele tem essa habilidade, a sensibilidade [...] e aí você não tem a gestão para apoiar. Você tem a gestão para derrubar a história entendeu (para desconstruir). [...] para achar que no momento de uma tenda invertida, o profissional não está fazendo a tenda, ele está matando o tempo do trabalho entendeu. Porque a concepção é atender. [...] essa é uma das grandes dificuldades [...]. [...] a gente acabou fazendo com que os residentes embarcassem nesse marasmo (GF Preceptores).

Ao abordar, especificamente, o cenário desta pesquisa, muitas das potencialidades, das fragilidades e dos desafios a serem enfrentados e superados foram apontados ao longo do estudo. Os depoimentos destacam a potencialidade da formação em serviço, confirmando a premissa que a intersecção entre os mundos do trabalho e do ensino tem potencial para produzir processos de subjetivação e ressignificação na dimensão do cui-

dado. Consequentemente, como nos lembra Dallegrave (2013), os encontros de aprendizagem são imanentes dessa relação intersubjetiva entre sujeitos desejantes que se permitem a ensinar e aprender com o outro.

Por outro lado, como fatores que podem ter influenciado negativamente o processo formativo no cenário deste estudo, podemos apontar, conforme o que foi apreendido: o ineditismo do processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho a que se propõe o PP da Residência para todos os atores envolvidos tanto por parte da IF como da IEX, assim como possível paradoxo no processo de acompanhamento pedagógico e apoio institucional realizado pela ESP/CE como IF, pois ora foi considerado importante, ora foi apontado como disparador de conflitos no cenário de aprendizagem.

> [...] a primeira turma houve muita imaturidade nas três partes: de nós preceptores, dos próprios residentes e da Escola. Houve, eu acho que houve um desencontro nos saberes, nos repasses, e, aí, também interferiu muito na chegada desses residentes aqui na primeira turma (GF Preceptores).

> [...] a gente observava um completo desconhecimento do que estava acontecendo no município, das dificuldades, de tudo que o próprio município tinha. Sempre era uma estratégia com uma reunião muito grande, onde havia a exposição dos conflitos todos de um lado [...] e saía tudo do ventilador [...] (Gestora Municipal).

Em relação à supervisão docente assistencial realizada nos cenários de aprendizado, atribuição da preceptoria, Fajardo (2011) enfatiza que quem ensina também aprende. Entendendo que essa potencialidade se efetiva pelos encontros de aprendizagem, esse sujeito é apontado como ator imprescindível para facilitação desses encontros, enquanto o fomentador das articulações

e reflexões teórico-práticas. Logo, entendemos que o processo formativo pelo trabalho prescinde da docência em serviço, seja executada por preceptor, tutor, orientador de serviço ou outro nome que se queira atribuir, não concebemos uma RMSFC para ativação de sujeitos desviantes com preceptoria fictícia, como observado e destacado em muitos momentos nesta pesquisa. Apesar de toda potencialidade enfatizada por alguns participantes, a preceptoria nesse município mostrou-se extremamente fragilizada e contraditória, bem distante do proposto para saber/fazer do preceptor/a na perspectiva da tenda invertida.

> [...] a preceptora de campo, ela sempre foi muito parceira. Ela sempre tentou ajudar muito até esse período, de que houve essa fragilização. [...] que aí a gente ficou abandonado tanto pela ESP quanto pelos preceptores. [...]. Preceptores que nunca foram preceptores. Que estavam lá o nome, que estavam recebendo o incentivo do município, mas que nunca faziam o papel de preceptor. Que não teve nenhuma tenda, que não teve nenhuma roda, que não teve nada. E, aí? Quando eu tenho alguma dificuldade, eu faço o quê com isso? (GF Residentes).

O desconhecimento/despreparo/resistências de residentes, preceptores e profissionais do serviço com relação ao processo de trabalho na ESF/NASF e para o trabalho em equipe multiprofissional, na perspectiva da colaboração interprofissional, foi enfatizado como fragilidade nesse contexto.

> A própria prática, eu acho que teve algumas categorias que eu percebi – Como é que eu me insiro aqui dentro do processo de trabalho aqui na Estratégia Saúde da Família? E eu percebi muito isso com o pessoal do núcleo de apoio (GF Preceptores).

No trabalho desenvolvido por Soares (2015), ela argumenta que a diretriz da colaboração interprofissional adotada pelo

programa pode ser constatada nos cenários de aprendizagem, e que os profissionais conseguem desenvolver as ações de modo compartilhado e os encontros de aprendizagem acontecem sob diversos aspectos, entretanto, estes são dependentes do município de lotação, da implicação dos residentes, da efetivação do trabalho em equipe, das relações interpessoais e da capacidade de diálogo.

A configuração da equipe de residentes muito grande foi apontada, em relação à primeira turma (20 residentes), como um problema, pois, em virtude do suporte tutorial inexistente ou inadequado, e da inexperiência da preceptoria.

> [...] você traz essa turma grande, a nossa experiência nenhuma, [...] os nossos profissionais também muito pouco preparados [...]. Os preceptores também que deveriam estar há um mês, dois se encontrando, treinando, conversando com a Escola, ter recebido os alunos lá na Escola, não, ao contrário, os alunos já estavam quando os preceptores foram chamados para a coisa (Gestora Municipal).

Considera-se que a RMSFC da RIS-ESP/CE é um projeto grandioso e ambicioso, em virtude da magnitude, capilaridade e descentralização do programa, o que acarreta uma série de desafios e fragilidades, decorrentes da diversidade de cenários de aprendizagem, da necessidade de pactuações e dos acordos políticos para implementação do programa, como enfatizado no depoimento dos preceptores:

> É muito complexo esse negócio de Residência, porque tem que ter uma gestão que ajude, tem que ter uma *Instituição Formadora* que participe, tem que ter um residente com perfil, tem que ter um preceptor preparado e os profissionais ainda têm que acolher o negócio. Então, é muito sujeito aí, muitas coisas para a coisa poder o negócio dar certo, como eu acho que deveria ser.

> Eu acho que precisa de muita vontade de todos esses atores para a coisa acontecer (GF Preceptores, grifo nosso).

Ainda assim, a RMSFC tem se revelado ferramenta imprescindível para qualificação dos profissionais de saúde e reorientação do processo de trabalho e produção do cuidado no âmbito do SUS no Ceará, mesmo com limitações e desafios a serem superados para se avançar na garantia da sustentabilidade e qualidade do programa, o que requer processo de acompanhamento e avaliação processuais e permanentes, tendo em vista a pretensão de se alcançar formação significativa e impactos positivos de longo prazo.

> [...] mais do que tudo, do que os programas que eu aprendi [...], eu aprendi a trabalhar em equipe. Eu aprendi a trabalhar com outros profissionais. Com outras visões, com outros saberes. Isso agregou bastante [...] o meu conhecimento e de cada um (GF Residentes).

> [...] somou muito, a gente teve momentos muito especiais aqui nesses anos que teve Residência. Que, talvez, não tivessem acontecido se eles não estivessem, entendeu? (GF Profissionais).

A formação profissional voltada à produção do cuidado integral, em que há a inter-relação e o compartilhamento de saberes e poderes para solução de problemas cotidianos, passa a ser um desafio e um horizonte norteador para o agir dos trabalhadores da saúde. Como afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004), a integralidade da atenção, então, deve conformar o campo das práticas e de uma formação que dê possibilidade a essas práticas.

Temos vivenciado os desafios de se implementar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunida-

de como estratégia de formação no cotidiano do trabalho em saúde, bem como sentidos, significados, afetos, motivações e dificuldades, em que a construção de espaços coletivos de encontro na organização do processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família tem se mostrado ferramenta fundamental para se dialogar sobre os problemas dos serviços, das pessoas e da comunidade, implementando processos de autoanálise e autogestão nas equipes e nos serviços norteados por uma avaliação que faça sentido aos atores envolvidos.

Como nos lembra Silva (2012), a avaliação no território da saúde da família precisa ser singularizada e transitar da micropolítica à macropolítica, devendo ser baseada em dispositivos analisadores que façam sentido aos sujeitos implicados e tomem o território e a respectiva cotidianidade des problemas e desafios como substrato motivador das discussões pelas equipe de saúde da família norteados pelos preceitos da educação permanente por parte de profissionais e gestores, como estratégia para uma aprendizagem significativa, transformadora das pessoas e do contexto que vivem e trabalham.

6
CONSIDERAÇÕES FINAIS – PELA CONSTITUIÇÃO DE SUJEITOS DESVIANTES PARA UM MUNDO POSSÍVEL

"Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
Você vai ter que ver
A manhã renascer
E esbanjar poesia
Como vai se explicar
Vendo o céu clarear
De repente, impunemente
Como vai abafar
Nosso coro a cantar
Na sua frente."
(Chico Buarque – Apesar de Você)

Neste estudo, realizamos avaliação construtivista e compreensiva na dimensão da formação para a Saúde da Família, atravessado por conjunturas políticas e sociais, marcadas pelo retrocesso, pela intolerância e pelo conservadorismo, e nos deparamos com esses desafios, movidos por afetos e afetações. A atual conjuntura vivenciada no Brasil confirma o argumento de que o fascismo social impera em nossa democracia representativa ilusória de baixíssima intensidade. Assistimos absortos profissionais que seriam responsáveis por salvar vidas, desejar a morte de uma pessoa em razão da ideologia política. Vimos atônitos a extirpação de direitos sociais e trabalhistas com a recon-

figuração do Estado de Bem-Estar Social em nome da mercantilização da vida, em conformidade com as políticas de austeridade do receituário neoliberal do predatório capitalismo financeiro.

Chegamos a esse momento de resgatar nossas motivações e reflexões construídas nesse processo, com algumas respostas e muitas outras perguntas e inquietações, as quais, também, são compartilhadas com os sujeitos que dialogam sobre esse contexto das Residências em Saúde e do SUS, e que nos ajudaram a conformar este trabalho.

Percebemos que a intersecção entre o mundo do trabalho e da formação se apresentam em diferentes gradientes de miscibilidade para conformação de outros sentidos e significados possíveis em agenciamentos instituinte do vir a ser de uma subjetividade desviante. Essa intersecção precisa ser entendida como uma dualidade sem polaridade demarcada, em que se deve buscar a harmonia, como o *Yin* e o *Yang*, opostos que se complementam, em que um necessita do outro, para manter a ordem e o equilíbrio, em que qualquer conflito ou descompasso pode gerar a desordem e o caos. Assim, precisamos compreender o ensino e a atenção à saúde como processos intercambiantes, em um mutualismo que tome o cuidado como acontecimento de produção de vida e de projetos de felicidade.

Norteados pelas concepções e pelos preceitos metodológicos da Avaliação de Quarta Geração e do Método Paideia, realizamos a incursão por um estudo avaliativo participativo, com objetivo de avaliar os caminhos, as estratégias e as ferramentas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) para organização do processo de trabalho e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família, em um dos cenários de aprendizagem da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), no município de Horizonte, Ceará, Brasil.

Assim, como no cenário das Residências, entendemos que todo e quaisquer processo de ensino-aprendizagem em serviço que se propõe transformador dos sujeitos e do contexto que atuam, pode se constituir ou não em uma "terceira margem", em um novo mundo possível, a depender da implicação dos sujeitos e da conjuntura que favoreça a ressignificação e a subjetivação dos modos de ser e estar no mundo e do agir em saúde.

Os desafios a serem enfrentados são muitos e em diversos cenários e dimensões, para que essa estratégia de ensino-aprendizagem pelo trabalho consiga atingir a potência agenciadora da produção de uma subjetividade desviante.

Compreendemos que para a Residência se constituir uma estratégia com potencial para ativar/capacitar sujeitos da práxis, com capacidade crítica e reflexiva, capazes de instituir novos modos de cuidar e se relacionar com as pessoas e os territórios da Saúde da Família, reorientando o processo de trabalho instituído sob a lógica do cuidado que acolhe o outro em suas singularidades e lidando com os problemas que possam surgir no cotidiano dos serviços de saúde de forma coletiva e compartilhada, ela precisa ser assumida como uma diretriz da gestão e projeto de Estado, recebendo o devido apoio e estímulo para implementação. E, assim, com objetivos claros, o acompanhamento adequado, a avaliação constante e o fomento necessário, constituir novos sentidos e significados para os atores que vivenciam o processo – gestores, trabalhadores, usuários.

Mesmo considerando o mundo do trabalho como *locus* privilegiado para instituição de processos de ensino-aprendizagem e conformação de sujeitos emancipados, protagonistas e implicados ético, técnico e politicamente com a transformação de uma realidade instituída, muitos desafios precisam ser superados, para que a RMSFC da RIS-ESP/CE se firme verdadei-

ramente como referência no Ceará e no Brasil, na formação de profissionais comprometidos com o SUS e a transformação de saberes e práticas em saúde.

Esse processo prescinde de um financiamento que garanta a sustentabilidade e manutenção do programa, garantindo a estruturação de um corpo docente em quantidade e qualidade adequada às necessidades e peculiaridades de um programa com a dimensão e descentralização que configuram a RIS-ESP/CE, para que os processos de acompanhamento pedagógico e de apoio institucional destacados pelos participantes se efetivem e não fiquem restritos a projetos temporários e lembranças saudosistas do que poderia ter sido.

Tão importante quanto à qualificação dos recém-formados, consideramos que a capacitação de profissionais que já atuam nos territórios do Saúde da Família e continuaram ou retornaram a esses cenários, no pós-residência, é fundamental para se avançar nesse processo e atingir os objetivos propostos, além de se constituírem futuros docentes em serviço na perspectiva do SUS Escola. Portanto, entendemos que esse processo de seleção precisa ser revisto, ter a premissa de seleção pública, mas estimulando os profissionais do serviço a entrarem nessa formação.

Além disso, entendemos que todo processo de seleção precisa ser constantemente avaliado e repensado, tendo a premissa da democracia e participação dos atores envolvidos, mas sem retroceder nas conquistas que são consideradas positivas.

A seleção e pactuação dos cenários de aprendizagem precisam ser norteadas por critérios técnicos claros, definidos coletiva e democraticamente, os quais precisam ser verificados e avaliados processualmente, com vistas a garantir as condições necessários para operacionalização do processo formativo. Considerando ser esse um programa de âmbito estadual,

acreditamos que as Comissões de Integração Ensino-Serviço-Comunidade podem constituir espaço potente para realização dessas pactuações e seleções.

O *modus operandi* na ESF deve ser baseado na responsabilidade sanitária territorializada, a apreensão e compreensão desse território e a organização do processo de trabalho precisam estar centrados nas necessidades de saúde da população daquele território de referência. Partindo da realidade vivida por sujeitos singulares, esse processo precisa ter a premissa da participação social e o diálogo entre comunidade, trabalhadores (aqui incluídos preceptores e residentes) e gestores, em espaços coletivos, organizados para cogestão, como estratégia de autoanálise e autogestão do processo de trabalho e integração ensino-serviço-comunidade para construção de ações e projetos que proporcionem a transformação da realidade daquele território.

Essa integração processual e permanente, ao longo da formação, pode configurar um caminho para que as estratégias e as ferramentas inovadoras propostas pela Residência para operacionalização do cuidado integral consigam ser incluídas nas valises tecnológicas dos profissionais do serviço, gerando movimentos de desterritorialização e ressignificação dos saberes e das práticas que orientam o processo de trabalho instituído.

Considerando que quem ensina também aprende e que não se concebe processo formativo pelo trabalho sem docência em serviço, seja executada por preceptor, tutor, orientador de serviço ou outro nome que se queira atribuir, esse sujeito é apontado como imprescindível para facilitação dos encontros de aprendizagem, e como o fomentador das articulações e reflexões teórico-práticas e da articulação com a gestão e a comunidade. Assim, não concebemos uma Residência para ativação de sujeitos desviantes com preceptoria e tutoria fictícia, como

destacado e observado em muitos momentos nesta pesquisa. Apesar da potencialidade enfatizada pelos participantes, mostrou-se extremamente fragilizada e contraditória no cenário deste estudo.

Tão importante quanto o desenvolvimento de competências para um agir em saúde, técnica e cientificamente qualificado, eticamente implicado, além de politicamente engajado, almejamos, com esse processo formativo, a constituição de 'sujeitos desviantes', sócio, histórico e culturalmente conscientes de seus condicionamentos; como sujeitos da práxis, com capacidade crítica e reflexiva para transformação da realidade social, cujo agir seja orientado por uma concepção ampliada do processo saúde-doença-cuidado, que reconheça naquele a ser cuidado e o ato de cuidar como acontecimento agenciado por meio de uma relação dialógica e intersubjetiva de indivíduos com autonomia sobre si, seus desejos e afetos, respeitando crenças, valores, hábitos e condições objetivas em que vivem, bem como seus modos de ser e levar a vida, entrelaçando-se em um processo de corresponsabilização e coprodução de projetos de felicidade e de vida.

Os resultados apontam que a Residência se revelou dispositivo de educação permanente imprescindível para formação em serviço e caminho para qualificação dos profissionais de saúde e construção do Sistema Único de Saúde como processo civilizatório. Constatamos desafios a serem superados para se atingir a potência agenciadora de novos modos de agir em saúde, conformando outros sentidos e significados para organização do processo de trabalho e produção do cuidado integral nos territórios da Saúde da Família.

Como limites deste estudo, os autores reconhecem que a não inclusão da percepção dos usuários às reivindicações, preocupações e questões e a investigação de apenas um município

restringiram os achados ao contexto avaliado e não permitiram generalizações. Apesar dos limites, o estudo é relevante, porque aplica uma metodologia participativa e compreensiva para construção dialógica e interativa para empreender uma avaliação em saúde.

Como produto deste estudo, apresentamos uma sistematização de nossas 'recomendações' no formato de Reivindicações, Preocupações e Questões a serem analisadas, debatidas e refutadas pelos atores implicados.

Reivindicações:

1. Realização de processo de avaliação e seleção dos municípios conveniados e respectivos cenários de aprendizagem para verificação de capacidade instalada e apoio político-institucional para operacionalização do processo formativo em conformidade com o PPP;
2. Avaliação técnica e política dos cenários de aprendizagem, para que sejam garantidas as condições mínimas para operacionalização do processo formativo, considerando aspectos como vínculo profissional e lotação dos possíveis preceptores nas unidades de saúde cenário de aprendizagem, infraestrutura, rede de serviços e processo de trabalho municipal e local.
3. Identificação da necessidade de estruturação de corpo docente nas instituições formadoras e executoras, por se tratar de formação em serviço, sob supervisão docente assistencial, para que o programa possa se constituir em caminho, para que os profissionais de saúde reflitam e compreendam seu papel no contexto do SUS e se configure em uma estratégia de educação permanente para a qualificação da força de trabalho no e para o SUS;

4. Implementação de processo de acompanhamento e avaliação permanente do programa de modo abrangente, democrático e participativo;
5. Operacionalização do processo de territorialização e planejamento participativo com o envolvimento de todos os atores do cenário de aprendizagem – residentes, gestores, preceptores, profissionais do serviço e usuários, a fim de que se configure como uma estratégia de imersão e inserção territorial/comunitária, de modo participativo, integrado e de cogestão;
6. Financiamento adequado e suficiente para garantir a sustentabilidade e manutenção do programa, com a estruturação de um corpo docente em quantidade e qualidade adequada às necessidades e peculiaridades de um programa com a dimensão e descentralização que configuram a RIS-ESP/CE;
7. Acompanhamento pedagógico e apoio institucional processuais para efetivação do desenvolvimento das competências propostas no currículo do programa.

Preocupações:

1. Processo de interiorização da Residência, com o devido apoio político institucional e suporte e acompanhamento pedagógico;
2. Implantação da Residência em municípios que não preenchiam os critérios técnicos e institucionais de organização sanitária definidos no Projeto Político Pedagógico do programa;
3. Não realização de visitas técnicas aos municípios para analisar/verificar/validar a capacidade instalada, segundo os critérios técnicos e institucionais definidos no Projeto Político Pedagógico;

4. Desenvolvimento de competências para um agir em saúde técnico, científico e politicamente qualificado e orientado que promovam transformações na realidade do cotidiano dos serviços de saúde de um modelo biomédico para um modelo de promoção da saúde, centrado nas necessidades da população e na colaboração interprofissional.
5. Centralização do processo de territorialização e planejamento participativo na equipe de residentes com a preceptora de campo e um distanciamento dos profissionais do serviço e preceptores de núcleo, com pouca participação da comunidade.
6. Grande rotatividade dos profissionais que exercem as ações de acompanhamento pedagógico e apoio institucional, tanto os vinculados à Instituição Formadora como nas Instituições Executoras, fragilizando o processo de ensino-aprendizagem no programa;
7. Influência do modelo de organização do processo de trabalho instituído focado em ações programáticas e demanda espontânea, como dispositivos para organização do acesso às ações e aos serviços ofertados;
8. Manutenção das ações e estratégias disparadas pela RMSFC nos cenários de aprendizagem para qualificar a organização do processo de trabalho e de produção do cuidado.

Questões:

1. A incorporação da EPS ao cotidiano dos serviços é uma condição necessária para reorientação do processo de trabalho, porém não é suficiente para que se avance em um novo modelo formativo e de atenção em saúde, baseado na problematização e transfor-

mação da realidade, sendo necessários o estímulo e o apoio para constituição de espaços institucionais democráticos, participativos e sistemáticos;

2. A necessidade de reavaliar e replanejar o processo de territorialização e planejamento participativo como estratégias de imersão e inserção territorial/comunitária e de aproximação e integração com os serviços de saúde, profissionais do serviço e redes de atenção à saúde e de articulação intersetorial, com vistas a garantir a almejada intersecção do mundo do ensino com o do trabalho, de forma processual e permanentemente;
3. A necessidade de institucionalização e operacionalização de espaços coletivos de cogestão para discussão e tomada de decisão sobre os processos de trabalho, produção do cuidado e organização dos serviços;
4. O agir em saúde no cenário de aprendizagem do programa reproduz o modelo de atenção à saúde hegemônico – procedimentista, individualista, assistencialista, fragmentado, centrado no ato prescritivo médico e na medicalização, com acesso restrito e excludente por demanda programática e/ou espontânea – centrado na doença e nos desdobramentos curativistas;
5. A revisão e reorientação das diretrizes e normativas sobre as Residências em Saúde, com vistas a estimular e possibilitar que profissionais de saúde já inseridos nos territórios do Saúde da Família participem desse processo de formação em serviço;
6. A elaboração de uma política de Residências em Saúde, como estratégia de qualificação e formação da força de trabalho para o SUS, com absorção e valorização dos egressos das Residências em Saúde;

8. A seleção e pactuação dos cenários de aprendizagem precisam ser norteadas por critérios técnicos claros, definidos coletiva e democraticamente, os quais precisam ser verificados e avaliados processualmente, de modo a garantir as condições necessários para operacionalização do processo formativo.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W. **Educação e Emancipação**. Tradução de Wolfgang Leo Maar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

AKERMAN, M. *et al*. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. Avaliação prticipativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. *In*: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010, p. 145-160.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.

ANDRADE, L. O. M. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

ANDRADE, L. O. M. *et al*. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda Invertida e a educação permanente no SUS. **SANARE**, ano 5, n.1, p. 33-39, 2004.

_____. Atenção primária e estratégia saúde da família. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al*. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2.ed. rev. aum. São Paulo: HUCITEC, 2012. p.845-902.

ARAUJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 560-566, 2010.

ARAÚJO FILHO, P. A. **Micropolítica do trabalho em saúde bucal e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família e comunidade em Fortaleza- Ceará**. 2013. 140f. Monografia (Especialização em Saúde da Família e Comunidade – Modalidade Residência Multiprofissional em Saúde), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal: estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enferm**., v. 9, n. 1, p. 9-14, 2004.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. *In*: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. Â. A. (Org.). **Pesquisa:** técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana, BA: UEFS, 2010. p. 139-159.

AVRITZER, L. O pêndulo da democracia no BRASIL: Uma análise da crise 2013-2018. **Novos estudos CEBRAP**, v. 37, n. 2, p. 273–289, maio 2018.

AYRES, J. R. C. Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BALDISSEROTTO, J. Dez anos da RIS/GHC. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC**: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 43-50.

BARRETO, I. C. H. C. *et al*. Residência em Saúde da Família: Desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. **SANARE**, v. 1, n. 1, p. 18-26, 1999.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Portal da Presidência da República**. Brasília: Casa Civil/Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 8 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Treinamento Introdutório**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Portaria nº 198/GM, 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. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> Acesso em: 22 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009b. 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 da República Federativa do Brasil,** nº 217, sexta-feira, 13 de novembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ politica_nacional_atencao_basica.pdf> Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Gabinete da Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Portal da Presidência da República**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em:.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil,** nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – p. 59.

CAMPOS, G. W. S. Sobre la Reforma de los Modelos de Atencion: un Modo Mutante de Hacer Salud. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. p. 293-312.

_____. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. 2. ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

_____. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011a.

_____. A política pública de saúde e a avaliação no Brasil (prefácio). *In*: CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, p. 13-15. 2011b.

_____. **Saúde paideia**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. Paradoxos na construção do SUS. **Physis**, v. 25, n. 3, p. 705-708, 2015a.

_____. **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. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2015b.

CAMPOS G.W.S. *et al*. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. *In*: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas em atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Ministério da Saúde/Opas/Unicamp. 2008. p. 132-153.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paideia**: apoio e co-gestão em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013.

CAMPOS, R. T. O. *et al*. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, v. 38, n. spe, p. 252-264, 2014.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. Tradução de Ari Roitman e Paulina Watch. Rio de Janeiro: BestBolso, 2010.

_____. **O homem revoltado**. Tradução de Valerie Rumjanek. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

CAVALCANTI, B. M.; VENERIO, C. M. S. Uma ponte para o futuro?: reflexões sobre a plataforma política do governo Temer. **Revista de**

informação legislativa: RIL, v. 54, n. 215, p. 139-162, jul./set. 2017. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/ril/edicoes/54/215/ril_v54_n215_p139>. Acesso em: 21 nov. 2015.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde coletiva**. 2. ed. rev. am. São paulo: Hucitec, 2012. p. 137-170.

CASTRO, M. C. *et al*. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**. v. 394, n. 0195, p. 345-356, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(19)31243-7 Acesso em: 6 out. 2022.

CEARÁ. Instituto do Câncer do Ceará. Escola Cearense de Oncologia. **Edital 002/2017 –** processo seletivo para ingresso na Residência Multiprofissional em Cancerologia do Instituto do Câncer do Ceará/Hospital Haroldo Juaçaba. Fortaleza: Escola Cearense de Oncologia, 2017.

_____. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Projeto Pedagógico:** Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2012.

_____. **Edital n.º 03/2013**: regulamenta o processo seletivo público para seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2013a. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php? option=com_content&view=article&id= 2775%3Aeditalo32013&catid=108%3 Aem-andamento&Itemid=271> Acesso em: 24 ago. 2015.

_____. **Regimento da Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2013b. Disponível em: <http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/file.php/113/GUIA_RIS/REGIMENTO/REGIMENTO_RMSFC_ VERSAO_29_ABRIL.pdf> Acesso em: 24 ago. 2015.

_____. **Edital n.º 01/2014**: regulamenta o processo seletivo simplificado de seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RISESP/CE 2014. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2014a..

Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option =com_content&view=article&id= 3247&Itemid=276> Acesso em: 24 ago. 2015.

_____. **Edital n.º 63/2014**: regulamenta o processo seletivo simplificado de seleção de candidatos para a Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE 2014. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2014b.

_____. **Edital n.º 49/2016**: regulamenta o processo seletivo na modalidade residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde – 2017. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2016. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index. php?option=com_content&view= article&id=4173&Itemid=276> Acesso em: 9 abr. 2017.

_____. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva Adulto e Neonatal. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2017. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/ index.php/noticias/48010-saude-abre-inscricoes- para--residencia-multiprofissional-no-hgf> Acesso em: 11 abr. 2017.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS (prefácio). *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

_____.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde : desafio ambicioso e necessário. **Interface**: comunicação, saúde, educação. Botucatu, SP. V. 9, n. 16, p.p. 161-168, 2005. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/129275>. Acesso: 25 nov. 2024.

CECCIM, R. B.. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975–986, out. 2005.

_____. ; 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, 2008.

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 JÚNIOR, 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.

COHN, A. Debate sobre o artigo de Paim. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1937-1938, 2013.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde** – CNRMS. Exercício 2007/2009. Brasília: Ministério da Educação/Ministério da Saúde, 2009.

_____. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25.

_____. Resolução nº 1, de 21 de julho de 2015. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jul. 2015. Seção 1, p. 16-17.

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE. Escola de Saúde Pública do Ceará. Secretaria da Saúde do Ceará. **Regimento**. Fortaleza: CRMS, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

_____. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

CORREIA, W.; BONFIM, C. Práxis pedagógica na filosofia de Paulo Freire: um estudo dos estádios da consciência. **Trilhas Filo**, v. 1, n. 1, p. 55-66, 2008.

COTTA, R. M. M. *et al*. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 787-796, 2012.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: na emerging concept. **Journal of Interprofessional Care**, n. 1, p. 8-20, 2005.

DALLEGRAVE, Daniela. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde:** as Residências no País das Maravilhas. 2013. 161f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface/Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.28, p.213-237, 2009.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface (Botucatu),** v. 17, n. 47, p. 759-776, 2013.

DIAS, M. S. A. *et al.* Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, 2014.

DIAS, M. S. A. *et al.* Apresentação. *In*: _____ (Org.). T**ecnologias leves em saúde**: saberes e práticas da Residência Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 11-12.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspec**., v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004.

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**, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

ESCOREL, S. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323-364.

_____.; TEIXEIRA, L. A. Histórias das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1965: do Império ao desenvolvimento populista. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 279-322.

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. 200f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FARIAS, L. Quem lucra quando a saúde é tratada como bem de consumo? **Carta Capital**. online, 2016. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/noticias/ movimentos-sociais/quem-lucra-quando-a- saude--e-tratada-como- bem-de-consumo/22371/> Acesso em: 30 out. 2024.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. **Rev Bras Educ** Méd., v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em Saúde:** fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-34.

FIOCRUZ. Saúde no Século 21: novos desafios devem definir os rumos da formação. **Rev RETS,** v. 3, n. 9, p. 2-11, 2011.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto**: Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Fortaleza: SMS, 2007.

_____. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Instituto Municipal de Pesquisas, Administração e Recursos Humanos – IMPARH. Secretaria Municipal de Saúde – SMS. **Seleção para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**. Edital n.º 81/2010: abertura de inscrições e instruções aos candidatos. Fortaleza: SMS, 2010.

_____. Secretaria Municipal de Saúde/Sistema Municipal de Saúde Escola (SMS/SMSE). **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**: projeto político pedagógico. Fortaleza: SMS/SMSE, 2011.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. **Carta de Recife**. IV Encontro Nacional de Residências em Saúde. Recife, 2014.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Hucitec: São Paulo, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 277-300.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Notas: Ana Maria Araújo Freire. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992, 127p.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, J. P. Arranjo Institucional e Gestão da Clínica: princípios da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. **Cad Bras Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: < http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1013> Acesso em: 17 ago. 2015.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014.

GADELHA, S. (Bio)Política, democracia, pluralismo e educação: dilemas que demandam uma politização outra. *In*: PAGNI, P. A. *et al*. (Orgs.). **Marília**: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012, p. 77-101.

GADAMER, H.G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GEMIGNANI, E.Y. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão. **Rev Front da Educ**, v. 1, n. 2, p. 1-27. 2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2014.

GIOVANELLA, L. *et al*. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Cien. Saude Colet**. 2009;14(3):783-94.

GONDIM, G. M. M.; MOKEM, M. Territorialização em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Tradução de Beth Honorato. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

GUIZARDI, F. L. *et al*. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. *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: CEPESC – IMS/UERJ, ABRASCO, 2011. p. 153-178.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO,R. Quando Dádiva se Transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2013, p. 39-58.

HAUBRICH, P. L. G. *et al*. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como lócus privilegiado da educação permanente em saúde. **Rev Saúde em Redes,** v.1, n.1, p. 47-56, 2015.

HOISEL, E. C. S. A terceira margem do rio: na canoa com Rosa. *In*: LIMA, F. C.; SOARES, F. M.; PEREIRA, M. M. P. (Orgs.). **Encontro com o escritor**. 1. ed. Salvador: Fundação Pedro Calmon, 2010, v. 00, p. 75-78.

HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de Horizonte. **Plano Municipal de Saúde Quadriênio 2014-2017**. Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2013.

HUEBNER, A. J.; BETTS, S. C. Examining Fourth Generation Evaluation: Application to Positive Youth Development. **Evaluation**, v. 5, n. 3, p. 340-358, 1999.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Cargos de confiança no presidencialismo de coalizão brasileiro**. (Org.). Felix Garcia Lopez. Brasília: IPEA, 2015. p. 210.

_____. **Nota Técnica nº 28** – Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para efetivação do direito à saúde no Brasil. Brasília: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão., 2016.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v. 10, n. 15, p. 124-136, 2004.

LANDGRAVE, G. C. **El seguro popular de salud en el marco de las Reformas a las políticas de salud en méxico en el Municipio de valle de chalco solidaridad**, **Estado de México.** 2010. 28of. Tese (Doctor en Ciencias en Salud Colectiva) – Universidad Autonoma Metropolitana. Cidade do México, 2010.

LAY, M.; PAPADOPOULOS, I. An Exploration of Fourth Generation Evaluation in Practice. **Evaluation.** v. 13, n. 4, p. 495-504, 2007.

LAURELL, A. C. **Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano**. 1. ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2013.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude Soc**., v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia plítica. Volume I, Livro Primeiro, O processo de produção do capital, Tomo 1(Apresentação de Jacob Gorender; Coordenação e revisão de Paul Singer; Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe). São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda., 1996.

MEDEIROS, R. H. A. **Residência integrada em cenas**: ensaios críticos acerca da formação do profissional em saúde. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 287 (Série Vivências em Educação na Saúde).

MEDEIROS, C. R. G. *et al*. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, 2010.

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

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. *IN*: AYRES, J. R.; SANTOS, L. (Orgs.). **Saúde, Sociedade e História**: Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. 1. ed. – São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 298-374.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho da Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. 278p.

MERHY, E. E. o conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. *In*: FRANCO, T. B. *et al*. (org.). **Acolher chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). *In*: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Democracia e Saúde:** a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editarial, 1998a. p. 125-142.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de traba-

lhar a assistência. *In*: REIS, A.T., SANTOS, A. F., CAMPOS, C.R., MALTA, D.C., MERHY, E.E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998b. p. 103-120.

_____. Educação Permanente em Movimento – 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,** v. 1, n. 1, p. 07-14, 2015.

_____.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

_____. 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/FIOCRUZ, 2008. p.427-432.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 95-108.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc**., v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde. *In*: _____. **Saúde bucal no Brasil**: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.89-128.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: GIOVANELLA, L. *et al*. (Orgs.). **Políticas e sistemas**

de saúde no Brasil. 2. ed. rev amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365-394.

NUNES, E. D. C. Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 909-916, 2008.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes "olhares" sobre o território. *In*: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de Práticas em Atenção Básica**: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rotshschild, 2008. p. 247-272.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Public health and mental health: methodological tools to evaluate the Brazilian Network of Referral Centers for Psycho-Social Care (CAPS) in the Brazilian Unified Health System. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

_____. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**: novas tendências e questões emergentes. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPAS. **Educación permanente en salud**: Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 38. Washington: OPAS, 1995.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial de Saúde 128 (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf> Acesso em: 1 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA – UNESCO. **Educação**: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília: UNESCO, 2010.

OSTRY, J. D.; LOUNGANI, P.; FURCERI, D. Neoliberalism: Oversold? **Finance & Development**, v. 53, n. 2, p. 38-41, 2016.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev Bras Educ Med**., v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Colet**. v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

_____. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet,** 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/ flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf> Acesso de em: 20 ago. 2014.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 459-492.

PAIM, J. S. *et al*. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PARENTE, J. R. F. Planejamento participativo em saúde. **SANARE**, v. 10, n. 1, p. 54-61, 2011.

_____. *et al*. A Trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.81-96.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. London: SAGE Publications, 1980.

PAULANI, L. M. Projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. *In*: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2006. p.69-108.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde:** possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247f. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

_____; SCHRAIBER, L. B. Processo 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, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/ verbetes/protrasau.html> Acesso em: 17 nov. 2015.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F.. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública,** v.19, n. 5, p. 1527-1534, 2003.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. A centralidade dos usuários na avaliação em saúde: outras abordagens. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/ IMS-UERJ; Recife: Ed. Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011. p. 37-52.

RAMOS, M. N. **História e política da educação profissional**. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2014. *In*: IX ENCONTRO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. **Carta de Recife**: residências em saúde como estratégia de educação permanente para o fortalecimento do SUS, 4., 2014, RECIFE, 2014.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

RIBEIRO, M. A. A. **Apontamentos sobre residência médica no Brasil**. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2011.

RODRIGUES, A. F. D. **Competências essenciais para o SUS:** a contribuição da residência multiprofissional em saúde da família para a reorientação das práticas em saúde no município de Fortaleza. 2016. 132 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.

ROMANO, R. Papel Amassado: a perene recusa da soberania ao povo brasileiro. *In*: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2006. p.133-172.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab Educ Saúde**, v. 7 n. 3, p. 479-498, 2009/fev.2010.

SANTANA, J. S. S. O projeto de pesquisa. *In*: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa:** técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS, 2010, p. 69-86.

SANT' ANNA, S. R.; HENNINGTON, É. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011.

SANTOS, A. M. *et al*. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, B. S. A difícil reinvenção da democracia frente ao fascismo social. Entrevista especial com Boaventura de Sousa Santos concedida a Ricardo Machado. **IHU** On-Line. v. 499, s/p, dez. 2016. Disponível em: https://www.ihuonline.unisinos.br/artigo/6743-a-dificil-reinvencao--da-democracia-frente-ao-fascismo-social Acesso em: 30 out.2024.

SANTOS, N. R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 3-8, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1467-1473, 2015.

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. 165f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

SILVA, M. R. F. **Linhas de cristalização e de fuga nas trilhas da Estratégia Saúde da Família:** uma cartografia da micropolítica. 2012. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará/Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

_____. *et al*. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm,** v. 19, n. 1, p. 249-254, 2015.

SOARES, G. M. M. **Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde:** estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família. 2015. 284 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SOBRAL. Prefeitura de Sobral. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. **Histórico [S.I] 2017?**. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/sec/esf/index.php/secretaria/historico> Acesso em: 20 jan. 2017.

SOBRAL. Santa Casa de Misericórdia de Sobral. **Programa de Residência Multiprofissional**. 2016. Disponível em: <http://stacasa.com.br/site/programa- de-residencia-multiprofissional/> Acesso em: 7 fev. 2017.

SOUZA, E. C. F. *et al*. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TEIXEIRA, C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saude Debate,** v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

TORRES, O. M. **O "Teatro Mágico" das Residências em Saúde no Brasil:** caminhos de uma política pública. 2015. 278f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2015.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI. Comissão de Residência Multiprofissional da URCA. **Edital nº 01/2017**: processo de seleção para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da URCA. Disponível em: http://www.urca.br/novo/portal/index.php/latest-news/43566-a-comissao-de- residencia-multiprofissional-em--saude-da- urca-comunica-o-lancamento-do-edital-e-inscricoes- de--selecao-a-partir-do-dia-22032017- Acesso em: 11 abr. 2017.

VIANA, N. Adorno: educação e emancipação. **Revista Sul-Americana de Filosofia e Educação (RESAFE)**. n. 4, 2005. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/resafe/ article/view/5478/4585 Acesso em: 7 fev. 2017.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS**, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014a.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014b.

VILLA, V.; MIGUEL, M.E.B. Por uma verdadeira práxis educativa: aproximações das teorias de Paulo Freire e Antonio Gramsci. *In*: **VII CONGR BRAS EDUC – EDUCERE**. 2007.

WETZEL, C. **Avaliação de serviços em saúde mental:** a construção de um processo participativo. 2005. 291f. Tese (Doutorado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

AGRADECIMENTOS

A todos os meus familiares e amigos pelo afeto e pela tolerância por meus momentos ausentes; pelas trocas de experiências e inventividades, pelo companheirismo nessa travessia e pela difícil arte de ser/fazer a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; meus sinceros agradecimentos aos companheiros 'resistentes' (residentes, preceptores, tutores e coordenadores), que compartilharam conosco a construção de encontros singulares de aprendizagem.

À Escola de Saúde Pública do Ceará e à coordenação da Residência Integrada em Saúde pela colaboração no desenvolvimento deste estudo.

À Secretaria Municipal de Saúde de Horizonte, por ter possibilitado a realização deste trabalho.

Aos residentes, preceptoras, profissionais de saúde, gestores e coordenação da RIS-ESP/CE pela disponibilidade em participar deste estudo.

Às professoras Socorro Dias, Lúcia Conde, Marlene Ávila e Joyce Mazza pelas colaborações e análises críticas no processo de qualificação e defesa da dissertação de mestrado.

Rubem Alves disse, certa vez, que a função do professor é produzir espantos e estranhamentos em seus educandos. Assim agradeço imensamente a minha querida orientadora Prof.ª Dra. Rocineide Ferreira (Neidinha) pelo apoio, respeito, companheirismo e acolhida; meu exemplo primeiro de 'sujeito desviante' que, ao romper com os protocolos e as normatividades, sem desconsiderá-los, consegue produzir espantos e ressignificar os encontros de aprendizagem.

Agradeço, especialmente, aos colegas mestrandos da turma de 2015 do PPSAC/Uece pela irreverência, companheirismo e aprendizados compartilhados.

Por fim, a todos, todas e todes que militam pelo direito à saúde como direito de cidadania.

Saúde não é mercadoria!

Em defesa do SUS público, universal, integral e equânime, com participação social!