

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO EDUCASAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

**REFLEXÕES E VIVÊNCIAS PRODUZIDAS NOS DESASSOSSEGOS COTIDIANOS
DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

Maria Fernanda Cruz Penkala Dias

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pasini

Porto Alegre
2013

MARIA FERNANDA CRUZ PENKALA DIAS

REFLEXÕES E VIVÊNCIAS PRODUZIDAS NOS DESASSOSSEGOS COTIDIANOS DE
UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na
Universidade Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial à obtenção do título de Especialista em
Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde, sob
orientação da Professora Doutora Vera Lúcia Pasini.

Porto Alegre
2013

SUMÁRIO

1 ENTRANDO EM CENA _____	6
2 O PALCO E O CENÁRIO _____	9
2.1 São Lourenço do sul e a rede de cuidados em saúde mental territorial _____	9
3 ROTEIRO E SCRIPT – REPASSANDO O TEXTO _____	15
4 SOB AS LUZES DA RIBALTA – OS ATORES E OS PERSONAGENS _____	19
4.1 Os Preceptores e os Trabalhadores _____	22
4.2 Os Residentes _____	25
5 O FECHAR DAS CORTINAS – NOVOS ATOS VIRÃO _____	28
REFERÊNCIAS _____	35

“Somos todos SUSpeitos! O que nos SUStenta mobilizados pela esperança, inquieta e radical, é também o que nos desafia a SUSpirar responsabilidades cotidianas compartilhadas, experimentando, "em bando", o tecer das rendas que embelezam a estética da solidariedade. Que assim sigamos SUStentados!”

(Fernanda Penkala)

RESUMO

As Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde fazem parte das Políticas Públicas do campo da Saúde e da Educação. Estão orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco a formação de profissionais da saúde para trabalhar com as realidades e necessidades loco-regionais, considerando a multidisciplinaridade imprescindível à integralidade das práticas sanitárias no âmbito do Sistema de Saúde. No ano de 2012, o município de São Lourenço do Sul/RS, reconhecida referência na Atenção Psicossocial Territorial, implantou na rede local de serviços, como instância descentralizada, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, em parceria com a Escola de Saúde Pública do RS. Neste trabalho é contextualizado o território em que está inserida essa Residência em uma reflexão sobre a formação pessoal da autora e sua implicação com o SUS e o processo de implantação da Residência no município de São Lourenço. O método escolhido para desenvolvimento e apoio a essas reflexões neste trabalho é o da narrativa. A monografia é dedicada a algumas questões emergentes no contexto e processo de implantação da Residência, aos desassossegos e transformações que foram sendo evidenciadas ao longo dessa vivência, oportunizadas por este dispositivo de formação nos serviços e equipes locais, especialmente referentes ao trabalho interdisciplinar e a qualificação das práticas assistenciais deles decorrentes.

Palavras-chave: residência multiprofissional; saúde mental coletiva; formação nos serviços de saúde; narrativa.

ABSTRACT

The Multidisciplinary and Health Professional Area Residency Programs are part of the Public Policy in the Health and Education fields. They are oriented by the principles and guidelines of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), focusing on the training of health professionals to work with the local and regional realities and needs considering the essential multidisciplinary to the completeness of health practices within the Health System. In 2012, the municipality of São Lourenço do Sul / RS, recognized reference in Territorial Psychosocial Attention deployed in local area network of services, as decentralized instance, the Multidisciplinary Residency in Collective Mental Health, in partnership with the School of Public Health / RS (Escola de Saúde Pública/RS). In this work is contextualized the territory in which this residency program from a reflection on the author's personal training and their involvement with UHS (SUS) and the process of implementation of the Residency Program in São Lourenço. The method chosen to support these reflections is the narrative. The monograph is dedicated to some emerging issues in the context and process of implementation of the Residency; to the anxieties and transformations that were highlighted throughout the experience, opportunized by this training services and local teams device, especially relating to interdisciplinary work and qualification of care practices resulting therefrom.

Keywords: multidisciplinary residency; collective mental health; training in health services; narrative.

1 ENTRANDO EM CENA

...pelo caminho ouvi, assim mesmo, solto, meio sem sentido, porém, carregado de uma propriedade inquietante: “os residentes só nos dão trabalho, não nos dão nada em troca... nos usam, nos ocupam, e nos exigem o tempo todo!”¹

Ao dar existência a este trabalho² penso que, de alguma forma, iniciou-se em mim, a construção deste texto, em tempos bem anteriores à necessidade de produção do trabalho final da Especialização em Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde. Inicia-se pela caminhada feita, pelas reflexões e angústias vividas – por um longo percurso pessoal. Passa, esta construção, mais recentemente, pela entrega a esta nova tarefa em meu cotidiano de trabalho, a desafiadora novidade da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, e sua implantação/efetivação no território em que me insiro como trabalhadora. Penso que, muito antes disso, foi sendo construído pelas inquietações que me acompanham ao longo do tempo vivido como trabalhadora em Saúde Mental (SM) no Sistema Único de Saúde (SUS). Das tantas (re)vivências carrego comigo uma certeza: é no caminhar, ora firme, ora incerto, que se desenhavam nossos caminhos.

Minhas memórias carregam em si minha história vivida entre *tantos atos*, dizem de um olhar sobre uma implicação pessoal por opção. Dizem de mim e dos desafios de uma vivência inquieta, das transformações tão profundamente almeçadas e necessárias neste campo, que me forjam e me definem, pois por elas estou irremediavelmente afetada, assim como atravessada

¹ Depoimento de um trabalhador da rede de serviços de saúde mental onde está inserida a Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva.

² Este trabalho é apresentado em 2013 como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), orientado pela Professora Doutora Vera Lúcia Pasini.

pela *esperança*. Esta, porém, não uma esperança qualquer, mas sim aquela de que nos fala e ensina Paulo Freire.

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo *esperançar*; porque tem gente que tem esperança do verbo *esperar*. E esperança do verbo *esperar* não é *esperança*, é *espera*. *Esperançar* é se levantar, *esperançar* é ir atrás, *esperançar* é construir, *esperançar* é não desistir! *Esperançar* é levar adiante, *esperançar* é juntar-se com outros para fazer de outro modo. (FREIRE, 2001³ *apud* NEGREIROS, 2009, s/p)

Nas trilhas percorridas, profissionais e de formação, desejavelmente permanente neste campo da Saúde, encontro-me hoje atravessada pelos desassossegos do cotidiano de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Instância descentralizada de um Programa de Formação em Área Profissional da Saúde - que tem como objetivo, entre outros, a integração ensino-serviço nos dispositivos sanitários do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 1999) -, recentemente implantada no município de São Lourenço do Sul em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

Aqui falo do lugar de trabalhadora em Saúde do SUS. É neste lugar que me constituo e (re)invento, ainda que outras vivências em momentos distintos não me seja possível negar ou esquecer. Como Facilitadora de Educação Permanente em Saúde (EPS) e Supervisora Clínico-Institucional em SM também enriqueço minhas reflexões. E como preceptora, falo como profissional *implicada*⁴ e também responsável por este processo de construção/implantação da Residência descentralizada neste território.

As inquietações são muitas e de implicações diversas, tão diversas quanto vivências e trocas com sujeitos tão distintos podem ser, no mundo do trabalho em saúde, e em especial nesta cena que ora se apresenta. Diversidade tanto do ponto de vista dos atores presentes neste cenário como de suas formações/profissões, ou mesmo dos “lugares” que ocupamos em dado momento: se trabalhadores, trabalhadores/preceptores, gestores ou residentes.

³ FREIRE, Paulo. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

⁴ A *implicação*, referida neste trabalho, é usada no sentido das reflexões de Emerson Merhy (s/d, p.11) sobre os trabalhadores que operam nos serviços públicos de saúde, em seu texto *O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o Desafio em Reconhecê-lo como Saber Válido*. O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o Desafio em Reconhecê-lo como Saber Válido, onde diz do “envolvimento” destes trabalhadores com as Políticas Públicas, com o próprio SUS e sua construção e qualificação permanentes, pois, conforme este autor “[...] devido as características das reformas sociais realizadas no país e, em particular na saúde, aos atores implicados com as mesmas que se lançam à busca da produção de conhecimentos de maneira muito singular, como militante desta reforma que se quer conhecer, sob diferentes aspectos, mas sempre para deles usufruir nas suas apostas e ações, como sujeito social seu protagonista.”

O trabalho no SUS, a EPS e a Supervisão Clínico-Institucional em SM, em constante aprendizado/formação, têm me permitido contato estreito com este e outros dispositivos de formação multiprofissional em serviço. Hoje me ocupo com os desafios dessa inovação - a Residência - no contexto local. São reflexões atravessadas e marcadas pelas mobilizações, negociações e as necessárias pactuações com os atores e segmentos envolvidos. Me deparo com contradições entre discursos e práticas, tensões que permeiam, entre tantas outras, as relações no cotidiano das equipes de saúde, e destas com a rede intra e intersetorial, as diferentes formas de *implicação*, individuais e coletivas, com o trabalho em saúde no SUS, os conflitos explícitos e os nem tanto.

A proposta deste trabalho passa ao largo da pretensão de esgotar as minhas reflexões, nem mesmo as de quem vier a deparar-se com esta escrita, por entender que estas se dão, e assim deve ser, sempre em processo e contexto. Com os apontamentos e reflexões que se seguem, revisito caminhos, refaço os percursos, como necessidade permanente dos fazeres em saúde. Me proponho também a contribuir com a avaliação dos processos de implantação de um programa de RMS em um município do interior do estado do RS e dos resultados alcançados até este momento. Volto no tempo, (re)monto o *cenário*, retomo o *elenco* e o *script*. Enfim, reflito sobre os desafios e desassossegos produzidos na vivência deste novo cotidiano, sobre algumas das experiências e observações por ela postas em *foco*.

2 O PALCO E O CENÁRIO

2.1 São Lourenço do sul e a rede de cuidados em saúde mental territorial

São Lourenço do Sul, um dos 497 municípios do Estado do Rio Grande do Sul, tem sua sede municipal localizada à beira da Lagoa dos Patos, entre a Capital Porto Alegre e a cidade de Pelotas, distante destas aproximadamente 200Km e 50Km, respectivamente.

Município com população de pouco menos de 44 mil habitantes que se distribuem em: cerca de 23 mil residentes na zona urbana e outros 20 mil na zona rural. Caracterizado por forte influência de migração germânico-pomerana, de base econômica distribuída entre agricultura - com preponderante incidência da agricultura familiar fumageira - e a pesca. Além dessas características apresenta, ainda, a particularidade de ter em sua distribuição geográfica, nas localidades rurais, a maior abrangência em termos territoriais, em localidades a grandes distâncias da Sede.

Pioneiro no Cuidado Psicossocial Comunitário, o município tem como serviço de referência reconhecida o que hoje é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Nossa Casa, primeiro dispositivo do Estado nesta modalidade e o segundo, com estas características, inaugurado no país. Iniciaram-se no território, em 1984, ações educativas e de prevenção em Saúde Mental, com debates sobre o tema nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na comunidade. Estas atividades, bastante radicais para a época, logo se estenderam para a organização do Ambulatório Especializado de SM, no ano de 1986, e já em 1988 inaugurava-se como Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM) - Nossa Casa, credenciado, desde 2002, como CAPS pelo Ministério da Saúde.

A assistência psiquiátrica extra-hospitalar, paradigma contrário ao modelo asilar, vinha sendo largamente debatida e implantada, em vários países pelo mundo, desde a década de

60. Entretanto, foi a Itália, com a *Psichiatria Democratica*⁵ liderada por Franco Basaglia⁶, a grande inspiração do Movimento de Reforma Psiquiátrica dos anos 70, e também das primeiras legislações de SM em nosso país. Em sintonia com esse movimento reformista brasileiro, São Lourenço do Sul assumiu a tarefa de “radicalizar”, adotando o preconizado por este movimento, a Atenção Psicossocial Comunitária. Voltava-se, assim, à superação do modelo Manicomial, até então vigente e central no tratamento das pessoas com quaisquer transtornos psíquicos.

Na perspectiva de transformar a assistência em saúde mental até então oferecida, foram implantados no município, desde meados dos anos 80, diferentes intervenções focadas na Atenção à Saúde Mental Territorial: Ambulatório Especializado, Centro Comunitário de SM; Oficinas Integradas; Serviço Residencial Terapêutico (SRT) - Nosso Lar (serviço desativado em gestão anterior, no ano de 2001) e Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (HG). Convém aqui salientar que, nesta cidade, serviços e ações em SM de base comunitária foram implantados em período bastante anterior a qualquer legislação sobre o tema no Brasil, considerando-se que a primeira legislação voltada à Reforma Psiquiátrica, em território nacional, foi a Lei 9.716 do Estado do Rio Grande do Sul do ano de 1992⁷ (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Também ressalto o fato de que a “Declaração de Caracas”⁸, documento norteador para a Rees-

⁵ *Psichiatria Democratica* foi o movimento fundado e liderado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia nos anos 70 na Itália, e que se propôs à extinção do modelo asilar de cuidado aos doentes psiquiátricos e sua substituição por um modelo Comunitário de Assistência à Saúde Mental. Foi este movimento que impulsionou a formulação e promulgação da lei de Reforma Psiquiátrica italiana, Lei 180/78, a Lei Basaglia como é conhecida até hoje em todo o mundo.

⁶ Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano, professor, pensador, escritor, principal idealizador e militante do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, quando liderou o mais reconhecido processo de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica nos anos 60 e 70, referência mundial no modelo de Atenção Psicossocial Comunitária. Idealizador da lei de Reforma Psiquiátrica italiana (Lei 180/1978), que inspirou vários intelectuais, trabalhadores, governantes e legisladores pelo mundo, se constituindo das mais importantes referências. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), suas experiências continuam sendo referência primordial em Atenção à Saúde Mental.

⁷ De autoria de Marcos Rolim e Beto Gril, a Lei de Reforma Psiquiátrica do Estado do Rio Grande do Sul, de 1992, resultou dos muitos debates públicos em seminários, audiências, e fóruns durante o mesmo ano, em plena cena dos debates preparatórios para a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta lei inspirou outras leis Estaduais semelhantes e também a Lei de Reforma Psiquiátrica Nacional atual. A íntegra da lei está disponível em: < <http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm> >

⁸ “Declaração de Caracas” é o documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, realizada em Caracas, Venezuela, em 1990, promulgado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Os países das Américas, dentre eles o Brasil, representante e signatário deste documento, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever crítica e permanentemente a hegemonia e centralidade do hospital psiquiátrico na assistência, defender os direitos civis, a dignidade das pessoas, os direitos humanos dos usuários e promover sua permanência em suas comunidades. Íntegra do documento disponível em: < <http://www.mp.ap.gov.br/arquivos/IForum/arquivos/declaracaocaracas.pdf> >.

truturação da Assistência Psiquiátrica e em SM nas Américas, da qual o Brasil é signatário, é do ano de 1990.

Desta forma, foi sendo garantida a oferta de cuidados contínuos às pessoas que, historicamente, só dispunham de assistência quando internadas nos Hospitais Psiquiátricos (HP) – geralmente em Pelotas ou Porto Alegre. Não tendo, portanto, nenhum outro dispositivo de cuidado/tratamento em seu território, ou continuidade do mesmo após alta hospitalar, expunham-se essas pessoas a (re)internações sem fim. Neste caso, como na grande maioria dos demais municípios, isto significava o afastamento desses sujeitos de suas famílias, de sua comunidade, de seus vínculos sociais, da cidade. Tais circunstâncias reforçavam o já problemático processo de institucionalização. Os HP localizavam-se, com grande frequência, distantes desses territórios, reafirmando-se, assim, o modelo asilar que, além de sua baixa resolutividade, potencializava as dinâmicas da exclusão e do estigma a que estavam, dramática e desumanamente, expostos estes indivíduos.

As exigências e desafios do Cuidado Integral em Saúde, sobretudo em Saúde Mental, dos últimos anos, levaram à ampliação e consolidação de uma rede de serviços, articulados entre si e com os demais dispositivos de saúde e intersetoriais. Configura-se, esta rede, hoje, num sistema de organização e compromissos ético-sanitários bem mais complexos. Foram implantados, no transcorrer desse período, vários dos dispositivos⁹ que garantem uma real e sustentada Rede Substitutiva ao Manicômio, em consonância com o preconizado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e pressupostos da Reforma Psiquiátrica vigente, efetivada como Política Pública do SUS pela Lei 10.216 no ano de 2001. (BRASIL, 2004)

Ao longo dos anos as necessidades foram crescendo, as demandas se complexificando, as Políticas Públicas intra e intersetoriais exigindo adequações, além de muito empenho aos gestores e trabalhadores. Também foi se evidenciando um maior protagonismo dos usuários e seus familiares, apontando para a inevitável ampliação e reorganização da Rede de Cuidados em SM. No caso de São Lourenço do Sul, essas adequações vêm ocorrendo, mais efetivamente, com a atual configuração do sistema de saúde local, a partir do ano de 2005, com o compromisso da atual gestão.

⁹ Para o Ministério da Saúde (MS), dispositivo “é um arranjo de elementos, que podem ser concretos [...] e/ou imateriais [...] mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo. [...] são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão” (BRASIL, 2008, p. 26).

Hoje, neste ano de 2013, passados os quase trinta anos de implantação das primeiras ações com olhar voltado à Atenção Psicossocial Comunitária, são disponibilizadas ações especializadas, desde a prevenção e promoção à saúde, tratamento, reabilitação até a (re)inserção social, oferecidas à comunidade, às pessoas que vivem com sofrimento psíquico e seus familiares. Estes diferentes serviços, dispositivos/ferramentas e intervenções configuram a “Linha de Cuidados”¹⁰ em SM neste território.

É pertinente salientar que, na diversidade de serviços/intervenções que compõem a atual Rede de Cuidados, é garantida, de forma efetiva, a cobertura às demandas em saúde mental de adultos, crianças e adolescentes, usuários de álcool e/ou drogas. Conta-se hoje com cuidado ambulatorial e hospitalar quando necessário, incluindo a Atenção em SM na Atenção Primária à Saúde (APS) – Unidades Básicas de Saúde (UBS)/Estratégia Saúde da Família (ESF), com Apoio Matricial das intervenções nesses territórios de abrangência, para cada equipe de referência, conforme já preconizado na Declaração de Caracas.

A Rede de Cuidados em SM Territorial em São Lourenço do Sul apresenta-se, atualmente, incluindo a formação em Saúde Mental Coletiva em serviço e a Gestão da Política de SM Municipal, com a seguinte configuração:

- Colegiado Gestor de Saúde Mental
- CAPS I - Nossa Casa (adultos)
- CAPS AD - CARETA (álcool e drogas)
- CAPS i - SACI (infância e adolescência)
- LOKOMOTIVA - Oficina de Geração de Trabalho e Renda
- Apoio Matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (ESF/UBS) e Saúde Mental na Educação
- Oficinas Terapêuticas no Território (Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde)
- Equipe de Redução de Danos

¹⁰ “Linhas de Cuidado” são arranjos organizacionais da atenção à saúde que envolvem as tecnologias e recursos oferecidos aos usuários em seu percurso dentro da rede de saúde, de acordo com suas necessidades assistenciais. Conforme a PORTARIA do MS Nº 4.279, de 2010 “uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades [...]. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas.” Documento disponível no site: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>

- Unidade de Saúde Mental, álcool e outras drogas em Hospital Geral
- Colegiado de Prevenção ao Suicídio
- Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva
- Colegiado de Preceptores

Além desses, existem outros espaços de participação que fazem parte das articulações intra e intersetoriais – Assistência Social, Educação, Habitação, Conselhos Locais e Municipal de Saúde, etc.

A diversidade e complexidade desta rede foram apontando, inevitavelmente, pra outros desafios, outras necessidades até então não confrontadas – ainda que presentes e problematizadas em muitas das reflexões e debates cotidianos. Dentre elas se colocou como prioritária, para a gestão e para alguns trabalhadores, a formação dos novos atores do campo. É nesse contexto, dos novos desafios dos serviços e demandas em saúde, juntamente aos compromissos e responsabilização que nos são colocados com as atuais Políticas Públicas do SUS, que a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva se apresenta hoje, neste território, uma realidade.

Não temos mais como negar que são precisas mudanças, como também não podemos conceber que estas se operem somente entre os trabalhadores, ainda que sejam atores estratégicos. Além disso, não podemos esperar que “capacitações e treinamentos” pontuais sejam ainda entendidos como as ferramentas mais potentes e adequadas de qualificação das ofertas de Cuidado em Saúde. É preciso que igualmente os gestores do Sistema tenham visões mais amplas, atualizadas e transformadoras sobre suas responsabilidades sanitárias. Nesta perspectiva, estamos, trabalhadores e gestores, de acordo com as reflexões de Emerson Merhy, que diz que

não é mais possível sustentarmos as quase exclusivas visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida a medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta. Diante desta visão do problema, estes gestores... passam a propor cursinhos à exaustão, que consomem recursos imensos e não vêm gerando efeitos positivos e mudancistas nas práticas desses profissionais. (2005, p.172)

São cada vez mais fundamentais nossas posturas crítico-reflexivas sobre o atual contexto de nossos serviços. É imprescindível refletirmos sobre as implicações da implantação da Residência, não só para o campo da Saúde Mental, como para a Saúde Coletiva, como para o

próprio SUS. A formação multiprofissional em serviço, tema agora incluído em nossas práticas, nos provoca o “olhar de frente” para nossos desafios, nossos conflitos e relações cotidianas do trabalho em equipe. Mobilizar a todos os atores mostra-nos outras necessidades e obrigações do fazer saúde nos serviços públicos, mas também aponta-nos para potencialidades de crescimento em cada um desses ambientes, conforme aponta Ricardo Ceccim (2010):

A formação multiprofissional dos trabalhadores da área da Saúde tornou-se tema constante em fóruns que discutem a consolidação do SUS. [...] fica a compreensão de que a especialização em área profissional para esses trabalhadores deve incidir fortemente na noção de trabalho em equipe [...] de modo que as particularidades de programas, instituições e quadros docentes e discentes possam ser motivo de recriação coletiva em cada ambiente de trabalho [...]. (p. 19-20)

Este trabalho fala do processo de implantação desta formação em Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) no município de São Lourenço do Sul, desde a perspectiva desta trabalhadora de saúde implicada com a produção das mudanças necessárias à formação dos trabalhadores do campo sanitário, em consonância com o que é preconizado pelos princípios e diretrizes do SUS.

3 O ROTEIRO E O SCRIPT - REPASSANDO O TEXTO E ENCARNANDO A AUTORA

As necessidades de uma Residência são muitas e multifacetadas; as demandas, extensas; os desafios, complexos. Portanto, os apontamentos aqui registrados podem ser considerados mais como provocadores, no sentido de colocarem o pensamento em movimento, do que como conclusões. Simplesmente, se pretendem abertura a novas reflexões que destas surgirem, que por eles sejam instigados.

O ato de escrever, para nós não acadêmicos, que pouco temos por hábito registrar experiências vividas em nossas práticas - ainda que delas falemos à exaustão em nossos cotidianos -, é sempre uma tarefa difícil. Temos que fazer escolhas, temos que, mesmo com tantas e esperadas dificuldades, tomar o lugar dos *escritores*, sem nunca termos nos aventurado a sê-lo e, com todas as incertezas, nos apresentar como *roteiristas* para que outros possam saber do que estamos “vivendo e falando”.

A escolha metodológica neste trabalho se dá, portanto, no intuito de tornar possível relatar vivências, memórias e algumas reflexões pessoais. Nesta perspectiva, a narrativa é o método utilizado.

É particularmente em Elza Dutra, com suas reflexões sobre o pensamento de Walter Benjamin (DUTRA, 2002), que me apóio, para que assim possam ser minhas vivências compartilhadas com outros *espectadores*. Para essa autora, o filósofo Benjamin “[...] tinha como conceito central de sua filosofia a experiência e, como expressão desta, a narrativa” (DUTRA, 2002, p. 373). Continua, em citação ao referido pensador, colocando que “o narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros” (BENJAMIN, 1994, p. 201¹¹ *apud* DUTRA, *ibid*). “É a narrativa, pela sua característica oral, aquela que mantém as tradições e as conserva. [...] a narrativa, em vez de ser uma lembrança acabada de uma experiência, se reconstrói à medida em que é narrada” (op cit, p. 373).

¹¹ BENJAMIN, Walter. Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Encontro nessa autora, particularmente quando se dedica a refletir sobre o pensamento de Walter Benjamin quanto às narrativas, o caminho facilitador a este trabalho. Motivada à aventura de relatar vivências, não sem *contracenar* com muitas dúvidas, assumo, neste momento, o *personagem escritor*. Não sendo minha intenção esgotar reflexões com este trabalho, me tranquilizam as palavras de Benjamin (1994, *apud* DUTRA, *ibid*) que dizem que “[...] o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois” (p. 373). Ainda para a autora, a narrativa suscita em quem a ouve diferentes conteúdos e emoções, não se limitando a informar, é o vivido por quem narra que nos sensibiliza, permitindo a ligação entre o que é narrado e nossas próprias experiências. Quando se conta e se ouve uma experiência, estamos frente a

[...] uma relação de inter-subjetividades, que se dá num universo de valores, afetos, num passado que se articula com o presente e apoiado numa situação que reflete, revela, conserva e transcende o mundo em que esses personagens estão inseridos (DUTRA, *ibid*, p. 374).

Neste trabalho, em permanente construção reflexiva, retomo alguns dos pontos emergentes durante o percurso vivido. A escolha do que aqui é elencado não está orientada por serem as únicas reflexões surgidas ao longo do caminho, tampouco se pretende dar respostas a todas as necessárias perguntas, e talvez nem mesmo as mais importantes. Todavia, esta escrita contempla *afetos*¹² em mim produzidos em dado momento, leva em conta alguns dos aspectos que se revelaram parte dos questionamentos pessoais no transcorrer deste processo.

A motivação que acabou por desenhar este trabalho dá-se, numa ótica de contribuição aos que vivenciam ou venham a vivenciar uma experiência similar, aos que se interessam pelo tema, aos que se encontrarem, de alguma forma, convocados pelas provocações aqui apresentadas.

Disposta a aceitar as novas demandas e responsabilidades que a formação em serviço nos apresenta, me proponho a, através deste trabalho, contribuir com a avaliação dos processos quem envolvem a implantação de um programa de RMS e os resultados observados ao longo desse percurso. Comprometidos com a construção de conhecimentos sobre os processos de trabalho no campo sanitário, este é apenas um dos desafios deste *cenário* de ensino-aprendizagem, que vem sendo construído a muitas mãos e no dia-a-dia do nosso fazer em saúde.

¹² Como refere Pal Pelbart (s/d., p.1) “[...] somos um grau de potência, definido por nosso poder de afetar e de ser afetado, e não sabemos o quanto podemos afetar e ser afetados, é sempre uma questão de experimentação”. Texto acessível em: <<http://www.itaucultural.org.br/proximoato/pdf/textos/textopeterpelbart.pdf>> .

A escrita desta narrativa apresenta-se portando expressões do mundo do teatro (cena, palco, luzes da ribalta, atores e personagens, fechar cortinas) propondo um paralelo entre a experiência vivida e os elementos de um espetáculo teatral, onde nos constituímos todos (esta que escreve e os seus pretensos leitores) parte de um mesmo processo. A vida imita a arte, diria Oscar Wilde; a vida como obra de arte diria Friedrich Nietzsche. Escolho essa linguagem para narrar esta vivência por permitir que esta trabalhadora de saúde, não habituada ao trabalho acadêmico, possa reinventar-se, criar a si mesma como obra de arte. Assim, “como fenômeno estético a existência ainda nos é *supportável*, e por meio da arte nos são dados olhos e mãos e, sobretudo, boa consciência, para *poder* fazer de nós mesmos um tal fenômeno” (NIETZSCHE, 2001, p. 107, grifos no original).

Faz parte destas reflexões o fato de que eu mesma não havia vivenciado esse processo, a “implantação” de uma Residência Multiprofissional nos serviços territoriais de SM. Menos ainda experimentado a responsabilidade e o compromisso dessa complexa tarefa. São tantas as contradições, tensões e conflitos que se apresentam nesse *cenário*, onde se encontram, *em ato*, os mais distintos *intérpretes*, os mais diversos *personagens*. As mais estranhas, e até então impensadas, formas de se deixar tomar pelo *texto* e *contracenar* com outros *protagonistas*. É nesse contexto que me vejo hoje imersa em um *palco* de (re)invenções, deslocamentos e desconfortos dos lugares de conforto. É inevitável a (re)significação do meu próprio olhar de colega, trabalhadora/preceptora e de responsável por esta formação na Rede de SM local.

Ao longo do processo, inevitavelmente, me confrontei com a minha própria formação médica, com minha constituição formal de psiquiatra. Uma formação que se deu igualmente em uma Residência. Bem distinta de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, trata-se, ainda hoje - mesmo com os avanços produzidos neste campo da saúde -, de uma formação tradicional médica (solitária, centrada no individual e na clínica formal). Nesse sentido, distante largamente da proposta na modalidade multidisciplinar da formação aqui enfocada. Muito teve que ser aprendido nesse tempo, muito teve que ser (re)significado e até mesmo desconstruído desde então, para poder me entender enquanto agente deste caminhar, o qual ora me ocupo em refletir.

A interface educação e saúde e suas multifacetadas, são hoje uma “aposta” ambiciosa e complexa, definitivamente colocada em nosso cotidiano de trabalhadores em saúde coletiva. É

um novo fazer em Saúde, são novas práticas clínicas, novas relações. Espaços que carregam a tarefa e missão de construir, a cada dia, o Cuidado Integral em Saúde, compartilhado entre muitos. Como nos diz Maria Luiza Teixeira (2012, s/p) “A implementação da residência multiprofissional é um desafio que somente com a participação dos principais sujeitos deste processo [...] poderemos obter êxito na realização desta importante política de Estado”. Ainda que algumas resistências sejam observadas, é evidente que os desafios exigem a *implicação* coletiva com o SUS, com relações e práticas corresponsáveis, crítico-reflexivas e transformadoras, para que se consolidem outros modos de produção e oferta de Cuidado, particularmente em SM, operando *em ato* outros modos de “ensinar e aprender” Saúde.

4 SOB AS LUZES DA RIBALTA - OS ATORES E OS PERSONAGENS

[...] a formação na área da saúde deve ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, bem como estruturar-se para oferecer acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. Sendo a formação uma tarefa socialmente necessária, ela deve guardar para com a sociedade compromissos ético-estético-políticos e não pode estar atrelada a valores tradicionais, mas sim às transformações da sociedade e aos valores em mutação. (SILVA et al, 2007, p. 56)

Tomada pelo desafio desta escrita me debruço sobre os desafios colocados neste campo/cenário que, como já dito, exige o envolvimento de diferentes atores e segmentos: a implantação da RMS como proposta que tem como foco a intervenção na formação de trabalhadores para o campo da saúde. Neste sentido, estou também de acordo com as reflexões de Ricardo Ceccim:

Entendo que o momento crucial em que nos inserimos quanto às Residências em Saúde é uma espécie de “tripé das inovações”, no qual instâncias de ensino participam com a formação; instâncias de trabalho expressam sua urgência e necessidade de quadros e tecnologias; e o governo assegura incentivo e fomento no interesse da sociedade. Essa é a cultura da inovação, na qual as Residências em Saúde se localizam, embora se precise dizer reiteradamente desse entendimento a cada um dos segmentos referidos. (2010, p. 19)

Ao nos confrontarmos com a nova realidade dos serviços, tendo que nos movimentar e reorganizar nossas práticas cotidianas por entre as exigências da Residência, nos deparamos com diversas dificuldades. Como trabalhadores-preceptores, não estamos imunes, não fugimos à regra das tensões com o enfrentamento do “novo”, do que não está dado, do desconhecido. Refiro-me aqui, especialmente, a nossa resistência à idéia de que somos nós mesmos os *protagonistas*, e de nos colocarmos no lugar de atores das transformações. Nesse sentido entendo o que diz Eliana Ribeiro (2012, s/p) quando aponta que “os sujeitos preceptores fazem o trabalho, mas não se reconhecem como aqueles que o constroem e

transformam”. Portanto, não há mais como adiar nossos compromissos, não podemos mais ser meros *coadjuvantes em cena*. É hora de ocuparmos, então, nossos *papéis no cenário* que se apresenta. É hora de reconhecermo-nos como partícipes na construção do conhecimento que, ao mesmo tempo, buscamos e produzimos no cotidiano em saúde.

Assumir a tarefa da formação em serviço não é um ato simples. Longe disso, exige de cada um de nós muitas reflexões e grande dedicação, e exige, além disso, a necessária participação dos coletivos envolvidos. Esta é, agora, uma missão a ser cumprida e compartilhada. Definitivamente, nos atravessam desassossegos, contradições e tensões de todo o gênero que, como esperado, tornam-se mais evidentes quando nos havemos *em ato* com as tantas facetas que esta tarefa apresenta. Evidenciam-se ainda mais as diferenças de *implicações* e vivências dos atores com o SUS e suas reais necessidades.

Mais claramente nos momentos iniciais do processo de implantação da Residência, foi se mostrando todo o tipo de “confusão de papéis” e resistências, com as mais diversas dificuldades na vivência do *personagem educador*. Considerando os núcleos profissionais, conhecimento e domínio deste campo sanitário e das Políticas Públicas do SUS, muitas carências foram ficando mais “à mostra”. O entendimento de não ser a tarefa educativa parte do trabalho em saúde e de nossas obrigações, entre alguns trabalhadores, era claro. Também era evidente, em muitos momentos, o entendimento de não serem, os profissionais das equipes, “capazes ou qualificados” para tal missão, a educação em serviço. Consequentemente não seriam também agentes deste processo.

Fica evidente, para meu entendimento, que mantemo-nos delegando às instituições formadoras, e seus docentes, toda a responsabilidade da formação no campo da saúde. Com constância indesejável é isso que se tem observado nos processos de trabalho dos serviços. Ainda estamos distantes do *protagonismo* esperado e necessário à formação em saúde, especialmente em SM. É preciso avançar e, não sendo admissível nossa “negação” e resistência a esta tarefa, a partir de agora passar também a ser parte de nosso fazer cotidiano.

É preciso assumir nossas responsabilidades como trabalhadores do SUS, sendo a formação inseparável dessa realidade. Com a experiência da Residência Multiprofissional em SM Coletiva, temos a oportunidade de avançar. É este um momento tanto para a qualificação de nossas práticas clínicas, quanto para a necessária superação dos modos fragmentados de produção do Cuidado em Saúde, como apontado por Ceccim (2010, p. 20)

A organização da formação e do trabalho em saúde salienta a fragmentação dos saberes em campos profissionais, promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de protagonista na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população. Assim, emerge a defesa de Residências Integradas em Saúde na esfera da Especialização em Área Profissional.

Nos momentos primeiros da Residência no contexto local, eram observadas as resistências mais evidentes - por vezes menos perceptíveis -, como também o eram as contradições, ambivalências, e muitas das preocupações e desinformações. Recordo das discussões, reuniões colegiadas de gestão e de preceptores, entre outros (reuniões de equipe, Seminários de SM e Rede, Conselho Municipal de Saúde) em que o tema “Residência” e sua implantação eram o foco. E foram muitos os debates. O tema estava “na roda”, dúvidas, esclarecimentos, e ainda, como em qualquer confronto com uma realidade desconhecida - para a maioria dos envolvidos -, ansiedades, tensões, inquietações e medos, faziam parte da “novidade” compartilhada entre os tantos *personagens*.

Na relação dos trabalhadores e profissionais em formação, fui observando que, com frequência, os residentes eram identificados/entendidos, por alguns, como simples estagiários nas equipes. Outras vezes, vistos como profissionais que vinham a somar-se aumentando o número de trabalhadores, disponíveis nos serviços. Mais do que isso, o que deles era esperado *a priori* era que “atendessem”, “dessem conta da demanda”, pressão que, sistematicamente, tem pautado as agendas dos trabalhadores, “enquadrando e engendrando¹³” a organização dos serviços e os processos de trabalho das equipes de saúde.

A visão sobre esses *atores/personagens* como simples estagiários também determinava outras identificações/entendimentos sobre tais profissionais, assim orientando os desenhos relacionais que, mais inicialmente, foram tomando forma. Muitas vezes eram eles vistos como “aprendizes”, sem história, sem trajetória, sem autonomia ou saber próprio. Ali estariam para “seguir” orientações e determinações, “cumprir” tarefas, com pouco espaço para a reflexão e problematização sobre as mesmas. Ainda que seja, a *aprendizagem baseada em problemas*, o método pedagógico esperado para esta modalidade de formação, como apontado por Lisianne Muniz et al (2010), este ainda não tem sido o método de escolha utilizado pelos *atores* envolvidos. Conforme a autora, esta aprendizagem

¹³ Engendrando é aqui tomado como o que é concebido, desenhado e produzido como padrão de organização das equipes de saúde, quanto à forma de gestão do trabalho centrada no atendimento das demandas, geralmente hierarquizadas por agendas individuais dos trabalhadores.

[...] baseia-se na identificação dos problemas existentes na realidade dos serviços de saúde pelos alunos; análise dos mesmos a partir de conhecimentos prévios e da realidade a sua volta; identificação de mecanismos de intervenção e aplicação à situação existente com o objetivo de modificá-la. (MUNIZ et al, 2010, p. 3)

No processo não faltaram resquícios de estranhamento quanto a uma Residência nos serviços territoriais de SM. Mais estranho ainda, para alguns, era o fato de serem profissionais de diferentes áreas de formação, e nenhum era médico - signo inscrito do ainda fortemente presente discurso biomédico hegemônico. Ficou claro este atravessamento do *sensu comum*¹⁴, o qual precisamos ainda superar: “Residência seria uma formação especializada própria da Medicina”, além do fato de estar sempre vinculada a uma instituição hospitalar (conceito ainda muito presente para alguns trabalhadores em saúde, e alguns residentes iniciantes), o que não é, definitivamente, o caso.

Muitas das reflexões, nesse curto tempo vivido desde a implantação da Residência, têm se dado, em grande medida, pelas preocupações com a responsabilidade pessoal desta tarefa, mas também pelas potencialidades que os processos que a envolvem trazem aos serviços públicos de saúde. São foco desse olhar as transformações do coletivo dos sujeitos envolvidos e das relações e práticas de Cuidado em Saúde oferecidas à comunidade. É no trabalho interdisciplinar, esperado como realidade dos serviços de SM harmônicos com as Políticas Públicas e legislação vigente (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; BRASIL, 2008), que também apoio minhas reflexões.

Esta narrativa segue tentando dar visibilidade às questões que se evidenciam entre os diferentes atores envolvidos no processo de implantação da RMS em São Lourenço.

4.1 Os preceptores e trabalhadores

Toda mudança assusta, qualquer que seja: casa, amigos, trabalho, valores, idéias, planos e metas. Não somos formados para mudar, somos educados para conservar, manter, estabilizar, assentar. Qualquer possibilidade de modificar padrões e modelos causa desconforto, medo e resistência. No que diz respeito às estruturas – jurídicas, administrativas, corporativas e institucionais –, a capacidade de cristalizarem-se dificulta e muitas vezes inviabiliza projetos dinâmicos e transformadores, mais

¹⁴ *Sensu comum* é uma forma de conhecimento vulgar ou popular que se caracteriza pelo conhecimento empírico (sem base ou comprovação científica), é assimilado e passado entre as pessoas como modo informal e comum de determinado conhecimento. Podemos dizer que é um sistema de convicções transmitidas culturalmente, que se tomam como base para conceituações e decisões que são operadas no dia-a-dia pelas pessoas.

próximos, coerentes e afinados com o cotidiano da vida (CARVALHO; CECCIM, s/d, p. 30).

Mudanças nos assustam, mesmo quando são desejadas, ou tenhamos consciência de sua urgência. Com frequência, por quaisquer que sejam os motivos, também resistimos a elas. É fato que temos dificuldades em abandonar o que nos oferece o conforto do conhecido, do que já está dado em nosso cotidiano, seja na vida ou no mundo do trabalho. Esta é uma “verdade” reconhecida, porém podemos nos conscientizar de que é também verdadeiro sermos nós os principais agentes para que a mudança aconteça, ou seja, que está em cada um a potência para essas mesmas mudanças, que por vez tanto nos assustam e imobilizam. Não podemos mais deixar de nos ocupar dessa reflexão.

O *cenário* exige ousadia e criatividade, mais abertura e consciência crítica, além de tudo, exige nosso *protagonismo em ato*. A formação, necessária e estratégica para a construção do Cuidado Integral em Saúde é parte inseparável desta *cena*. Nossas resistências às mudanças têm se mostrado reforço às nossas conhecidas dificuldades, e também criando outras. As entendemos, porém, não podem ser impedimento ou inviabilidade à ofertas sanitárias mais compatíveis às necessidades em Saúde. Não podem ser elas entrave para que avancemos na direção necessária, e urgente, à construção de projetos de vida e trabalho transformadores, para os sujeitos e sociedade. (CARVALHO; CECCIM, s/d)

Do esperado da docência, aqui entendida como “tarefa” dos trabalhadores-preceptores, Maria Alice Garcia nos diz que “[...] cabe atualizar-se, apropriar-se dos conteúdos e práticas que permitam ampliar a resolutividade dos problemas de saúde” (2001, p. 98). Este, por certo, pode ser um primeiro passo, talvez até, uma necessária tomada de consciência ética sobre nosso papel como trabalhadores da Saúde, mas, efetivamente, a experiência nos diz que temos que ir muito além. Olhando para a afirmativa como parte do que nos espera, e do que esperamos alcançar com os processos de ensino-aprendizagem nos serviços do SUS, fica evidente que é preciso (re)construir nossas práticas por outros caminhos, assumir outros compromissos e enveredar por outras *invenções*, tomando pra nós novos *scripts* e novas *atuações* (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Sérgio Botti et al (2008, p. 365), referindo-se aos preceptores, colocam que “O preceptor tem, então, o papel de suporte, para ajudar o novo profissional a adquirir prática, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades diárias”, corroborando nossas

reflexões a respeito da missão de sermos preceptores em nosso ambiente de trabalho, ao assumimos a tarefa da formação em serviço. Em suas reflexões, os autores referem que os preceptores, com frequência, servem de modelo aos profissionais recém formados, auxiliando em sua formação ética. Se espera deles, também, que tenham a capacidade de articular conceitos e valores da educação formal ao mundo do trabalho, auxiliando esses profissionais “formandos” a criarem estratégias adequadas à solução dos problemas cotidianos nos serviços de atenção à saúde.

Como em momentos anteriores, não nos tem sido suficiente o acúmulo de mais e mais conhecimentos formais, capacitações e treinamentos infundáveis. Estes têm se mostrado insuficientes quando se limitam ao individual, não são compartilhados com nossos pares – trabalhadores colegas e trabalhadores residentes (LIMA, 2005). Insuficientes, também, quando não constroem outros conhecimentos transformadores. São insuficientes quando não estão centrados em ofertas de Cuidado mais condizentes à realidade dos problemas de saúde das comunidades. Nesse sentido, Garcia (2001, p. 98) nos oferece outras reflexões sobre o que nos espera como educadores:

[...] O tornar-se educador é uma construção, um conhecer, conhecer-se, conhecer o outro, rever, realizar, mudar. Para isto não basta o conhecimento livresco, técnico, mas a experiência, a vivência, a interação. Importa a postura do educador como profissional, como membro de uma equipe, como pessoa e como docente.

Na observação das relações trabalhadores-trabalhadores, trabalhadores-residentes, preceptores-trabalhadores e preceptores-residentes, também foi possível refletir sobre relações de poder que estão colocadas no cotidiano do trabalho em saúde, como em qualquer outro espaço socialmente determinado. A própria “nomeação” de quem é(são) o(s) preceptor(s) em uma equipe não é uma opção livre de conflitos já que, a meu ver, este *personagem* passa a ser visto e “investido” de “um certo poder” sobre os demais. Como consequência vão sendo evidenciadas algumas das resistências já mencionadas, além de alguns conflitos que não se observariam - muitos deles colocados “sob controle” - não fosse a convivência com a Residência no cotidiano das equipes.

Em qualquer *cenário* relacional, com a entrada de novos *personagens na cena* com frequência se desvendam ou exacerbam conflitos já existentes. Um novo contexto potencialmente mostra que conflitos são mantidos “às escondidas”, “sob controle” - como

forma de evitar qualquer crise ou desequilíbrio no *cenário*. Na micropolítica dada nas equipes se revelam as relações de poder que transitam em tais contextos, evidenciando como se dão as “escolhas” dos próprios projetos terapêuticos institucionais e modelo de “clínica” que se opera nesses locais (MERHY, 1996). Será uma “clínica” mais verticalizada/formal ou mais ampliada/transdisciplinar, conforme também se derem essas relações entre os núcleos do conhecimento constituintes de cada equipe (CAMPOS, 2000). Neste caso, não podemos esquecer que também ficam evidenciados, com menores ou maiores conflitos, os poderes por núcleos de saber.

4.2 Os residentes

Segundo Meira et al (2010, p. 212),

o residente, com sua presença tácita, faz movimentar a vida profissional do preceptor, que terá que ler mais e estudar mais, para se instrumentalizar nos desafios que acompanham cada novo residente que chega. Assim, é um processo enriquecedor para todos os atores envolvidos, na medida em que produz o *efeito dominó* em uma equipe que passa a refletir sobre seu processo de trabalho, desacomodando alguns membros, desencadeando conflitos e produzindo mudanças.

Assim exatamente tem sido o *efeito dominó* que temos vivenciado. Assim tem sido o que tenho observado no cotidiano compartilhado com residentes. Não só para preceptores, principalmente para trabalhadores e equipes envolvidas, o *movimento* referido acima tem se mostrado inquietantemente verdadeiro, causando ou desvelando conflitos que estavam “sob controle”.

Sobre tais conflitos também parece que nos fala a citação no início deste trabalho: “*os residentes só nos dão trabalho, não nos dão nada em troca... nos usam, nos ocupam, e nos exigem o tempo todo!*”. Denúncia do quanto não estamos acostumados aos conflitos, do quanto deles fugimos, os queremos distantes. Além disso diz, no meu entender, do quanto são temidos por não serem percebidos como potência às trocas genuínas, às transformações e ao crescimento, individual e coletivo. Parece claro, na mesma colocação, que acabam sendo, os residentes, identificados como “personagens invasores”, depositários dos medos e de toda a sorte de projeções, dúvidas, inseguranças e desacomodações vivenciadas neste novo cotidiano.

A exemplo do que se observa entre os trabalhadores e preceptores, também entre os residentes as diferenças de trajetória denotam diferentes *implicações* e investimento na própria formação para o SUS. Para alguns, a pouca vivência com os processos de trabalho nos serviços de saúde, assim como pouca experiência e desconhecimento das Políticas Públicas de Saúde, demarcam maiores dificuldades. Muitos destes atores não haviam passado, nem durante sua formação acadêmica nem após, por nenhum dispositivo público, sendo essa a primeira experiência com o sistema de saúde, especialmente em SM.

Quanto à proposta político-pedagógica dessa formação, confusões e contradições foram inicialmente mais presentes. Demonstravam muito desconhecimento, tanto do que se espera dessa Residência, quanto em relação a cada núcleo profissional que a constitui. Em muitos momentos os residentes referiam surpresa quanto a vários dos temas abordados. Comentavam, por exemplo, que só haviam tido contato com a grande maioria dos conteúdos referentes às políticas públicas do SUS no momento da seleção para este programa de Residência.

Mesmo entendendo que, em qualquer processo que se inicia, as pessoas necessitam de certo tempo de adaptação, era perceptível que nem todos tinham clareza das definições que norteiam essa formação. Alguns nem mesmo tinham claro o que seria “ser residente”, ou o que esperar de uma Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012), vista, em alguns casos, como mais uma “especialização” a constar em seu currículo individual. Considerando serem profissionais de primeiro, segundo e terceiro anos do programa, essas evidências foram mais percebidas entre os profissionais residentes de ingresso recente. Porém, entre os que já estavam no segundo e terceiro ano, também se observavam alguns entendimentos não condizentes à realidade dos serviços públicos. Estava clara uma “certa idealização” do território no qual estavam inseridos, por sua referência histórica e pioneirismo em SM e Reabilitação Psicossocial.

Garcia (2001), em seu artigo já mencionado, diz que para educarmos precisamos alimentar e nutrir, para que vá nutrindo-se assim de conhecimento o educando, neste caso o residente. Diz ainda a autora que “[...] este processo deve partir de dentro, sendo necessário ter fome e demonstrá-la” (p. 96). Porém, nesse universo de pessoas se evidencia todo tipo de manifestação desta “fome por conhecimento”. Enquanto uns se apresentam vorazes, outros parecem ainda não perceber o quanto, em nosso campo, se precisa aprender, sempre. Para alguns, a cada novo aprendizado, espera-se mais. Para outros, o comodismo e descompromisso com

sua própria formação, mostra-se uma característica bem distante do que nos fala a mesma autora: “Ao aluno cabe, por sua vez, a responsabilização por sua formação, sua capacitação para a busca autônoma de conhecimentos, para o reconhecimento dos limites e possibilidades pessoais” (p. 98).

Dos movimentos observados entre os residentes estava claro que, entre alguns, integrar-se às equipes nos campos de práticas era vivenciado com maiores dificuldades. Esta observação demonstra que nem mesmo as diretrizes norteadoras dos programas de RMS é condição dada (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012). Quaisquer que sejam os pressupostos, sempre serão dependentes, além dos coletivos envolvidos, de condições e movimentos também individuais. Em alguns dos campos de prática as dificuldades eram mais evidentes, particularmente com aqueles profissionais “não históricos” do campo da Saúde. O próprio entendimento do que é “campo” e do que é “núcleo” profissional é motivo de confusão ainda percebida, a exemplo dos trabalhadores, entre muitos dos residentes. Essa distinção (ou confusão) se evidencia nos processos de trabalho e na atuação “mais ou menos” interdisciplinar/transdisciplinar das equipes, esteja nosso olhar voltado para os trabalhadores ou para os residentes.

5 O FECHAR DAS CORTINAS – NOVOS ATOS SE SEGUIRÃO

De início, as vivências da experiência com a implantação da Residência transcorreram com muito mais angústias e desassossegos, entretanto, fui me permitindo também aprender com eles. Foi possível, ao longo do processo, construir e consolidar outros conhecimentos, enriquecer referenciais teóricos do campo, refletir sobre carências e dificuldades na caminhada feita. Fui percebendo e valorizando, principalmente, as potencialidades de avanços e transformações que esse momento nos tem demonstrado.

Como trabalhadora do SUS, sempre entendi como “nossa tarefa” a orientação e/ou supervisão dos sujeitos em formação nos serviços públicos, fossem eles estagiários de graduação ou residentes. Durante minha residência, o acompanhamento, a orientação e o apoio aos acadêmicos e residentes que vinham depois de nós, constituíam-se em atividades rotineiras nos espaços de formação em psiquiatria. Depois, já como trabalhadora em Atenção Psicossocial, sempre convivi com sujeitos em formação, dos vários núcleos profissionais, em estagiários formais ou voluntários, graduandos ou pós-graduandos, nos serviços de SM em que trabalhei.

À minha trajetória somam-se as vivências com a Educação Permanente em Saúde e a experiência da Supervisão Clínico-Institucional em SM. Nem sempre, nem pra todos os trabalhadores isso é uma realidade, muito pelo contrário. Na grande maioria das vezes o que se tem visto é o distanciamento entre educação/formação e o trabalho em saúde. Nesse sentido, penso que essa trajetória tenha contribuído para minhas convicções quanto às nossas responsabilidades e perspectivas com a formação dos trabalhadores do campo sanitário. A Residência, há pouco tempo implantada no município - ainda que não seja um contexto fácil -, já tem evidenciado transformações importantes nas pessoas, nas equipes e nos serviços, não só de SM como da Rede de Saúde, reafirmando minhas próprias convicções.

Pelo *efeito dominó* desencadeado com os processos da Residência, estou certa de que este é o momento de fortalecimento das transformações em andamento. Muitas delas percebidas e evidenciadas por grande parte dos *atores* envolvidos. Com isso, não quero dizer que resistências ou dificuldades ainda não se observem nas equipes, entre os preceptores/trabalhadores ou entre residentes. Nem mesmo quero dizer que as dificuldades, preocupações e questionamentos pessoais, estejam todos resolvidos. Este é um processo dinâmico, vivo. É esperado que novos *atores* venham a compor as *cenar* e os *capítulos* que virão. Novas questões colocarão no *cenário* novas reflexões e, certamente, questões antigas receberão outros olhares.

A experiência, mais do que nunca, tem demonstrado a urgência da problematização de nossas práticas, de nosso cotidiano em saúde, que agora carrega a “tarefa e missão” institucionais da formação para o SUS. Mesmo que nos provoque ainda muitas incertezas e desconfortos, esse é um novo *cenário*, novo *script* com os quais teremos que nos haver. Sabemos que não mais *encenaremos* nossos *personagens*, somente com quem já conhecemos e nos acostumamos. Os próximos *atos* serão *contracenados* com outros sujeitos, outros saberes, outros desejos, outras trajetórias de vida e formação. Nossa abertura às mudanças será sempre bem-vinda. Serão novos *diálogos*, pactos e contratos que (re)organizarão, em novos desenhos, as relações cotidianas em equipe. É hora de consolidar práticas e relações inovadoras, (re)inventar a nós e ao Outro, transformar nossos olhares sobre o trabalho em saúde, sobre nós mesmos e sobre a sociedade em que vivemos

As dificuldades percebidas nesse percurso mostraram-se mais evidentes nos primeiros seis meses, tanto para mim, para os demais trabalhadores e preceptores, nas equipes, como para os residentes e se relacionavam à *estranheza* vivenciada por muitos com esse novo processo nos serviços. O *texto* e o *cenário*, como um todo, eram novidade para a grande maioria dos envolvidos. Muitos saberes e práticas teriam que ser aprendidos e construídos no processo, e muito teria que ser re-construído, e nem sempre e pra todos estudar faz parte do cotidiano, ou dos desejos individuais. No entanto, a residência no contexto local tem nos permitido reconhecer uma maior *implicação*, de grande parte dos trabalhadores, em resignificar relações, a gestão dos processos de trabalho das equipes e o próprio Cuidado Integral à Saúde dos usuários.

Mesmo com o pouco tempo de processo evidenciado, me permito pensar que - em acordo ao que dizem muitos dos autores referenciados -, a Residência nos serviços de saúde, além de estratégica, tem se configurado em grande potência para a qualificação de nossas práticas e relações cotidianas no SUS. Estou ainda mais convicta naquilo que sempre acreditei e defendi: vivenciamos um grande momento de possibilidade para avançarmos nas conquistas no campo da SM Coletiva neste território. Também me permito dizer que temos, com a Residência, a oportunidade ímpar de aprendermos sobre nós mesmos e sobre as equipes em que trabalhamos, de aprendermos a ser *educadores em ato*, nos constituindo a cada dia e em cada situação que essa experiência oferece.

Reorganizações foram sendo necessárias, algumas delas efetivadas, outras em andamento. A gestão dos processos de trabalho interdisciplinar das equipes multidisciplinares, e a co-responsabilização do Cuidado em Saúde, foram se tornando apostas mais responsáveis e efetivamente colocadas nas reflexões cotidianas das equipes.

Como parte do olhar sobre a realidade e suas exigências, quanto à formação acadêmica, gostaria de poder falar em *grandes transformações*. Gostaria de dizer que a realidade já é bem outra, pelo menos quanto aos avanços e atuais necessidades do campo sanitário, mas não penso que seja assim. Percebo, com desconforto e inquietação, as conseqüências de formações acadêmicas ainda distantes e alheias à realidade atual, quanto às profissões que compõem o campo da Saúde. É claro, mesmo hoje, a necessidade de reorganização e adequação dos conteúdos curriculares à realidade das Políticas Públicas vigentes, frente à complexidade das demandas dos serviços e da saúde ampliada das populações.

Mesmo que tenham se dado alguns avanços nas diferentes formações e grades curriculares, as Políticas do SUS ainda pouco são postas em evidência, seja nas instituições públicas ou privadas de formação. Fato que se evidencia ainda mais preocupante em algumas das profissões, notadamente as que mais recentemente fazem parte do campo da saúde. Ainda é evidente que a formação acadêmica mantém-se centrada, de forma preocupante, na “técnica”, nas carreiras individuais e nos “especialismos”. Em decorrência, vemos em nossos residentes profissionais tecnicamente capacitados em seus núcleos, entretanto com inúmeras deficiências no campo das Políticas Públicas e da Saúde Coletiva. São evidentes, por exemplo, dificuldades de olhar para a saúde e doença enquanto processos inerentes à vida, dificultando a própria concepção da clínica ampliada, da integralidade do cuidado e suas necessidades.

Mudanças e transformações são muitas vezes vivenciadas como crise. Se assim as percebemos, podemos também entendê-las com o conceito de “risco e oportunidade”, sempre presente quando falamos de crises. Dependerá de cada um de nós, isolada ou coletivamente, o lado para o qual estarão voltados nossos movimentos: se dos riscos ou das oportunidades. Entendendo que riscos fazem sempre parte da vida, acompanham nossas escolhas, como acompanham qualquer mudança, é o olhar voltado às oportunidades que nos permite avançar e efetivamente transformar realidades positivamente. Com isso, quero dizer que, mesmo correndo todos os riscos, tendo que nos confrontar com dificuldades e preocupações, refletir e problematizar continuamente os processos dinâmicos, as oportunidades têm sido nossa aposta.

Nos espaços Colegiados de Gestão da Saúde Mental e de Preceptores, os debates também foram evidenciando as transformações. Tanto a participação quanto a qualificação das discussões e a própria organização desses espaços também foram mostrando tal evidência. Na preceptoria e acompanhamento dos residentes, também eles foram mencionando sua percepção dessas transformações, como foram se mostrando mais envolvidos e participativos tanto nos debates como nas práticas em cada campo.

Na esteira destas transformações foram sendo operadas mudanças nos processos de trabalho das equipes, não de forma contínua ou hegemônica, porém de forma a permitir essa constatação. Os próprios projetos institucionais foram se constituindo outros, com consequências diretas nas práticas clínicas e nas ofertas de Cuidado. Modos cristalizados, de organização e intervenções, foram sendo superados, e ainda que com mais lentidão do que o desejado, substituídos por práticas mais adequadas e condizentes à integralidade do cuidado e a um necessário olhar ampliado da clínica, particularmente quando falamos de atenção psicossocial. A generosidade e solidariedade passam a fazer parte dos processos de cuidado em saúde, apontando para um olhar mais voltado ao que se espera de práticas clínicas “humanizadas”.

Importante ressaltar neste momento que tanto instituição como usuários, mesmo não sendo aqui particularizados, também, de forma transversal e permanente, foram foco de reflexões, como não poderia deixar de ser. As limitações do tempo e de espaço deste trabalho não permitiram o aprofundamento necessário quanto a estes temas, porém entendo que ambos os segmentos, por sua relevância, justifiquem a construção de futuros trabalhos.

Neste tempo, foi ficando para mim evidente que pouco ou nada adianta oferecermos aos residentes apenas conhecimentos técnicos adequados e de qualidade, considerando cada núcleo profissional ou mesmo referentes ao campo comum da saúde. Longe disso, será preciso aprendermos a nos movimentar pelos mais distintos *cenários*, assumir novos *personagens*, e isso somente é possível de ser feito *em ato*, nos colocando verdadeiramente *protagonistas*.

Dos desafios neste processo, a *aprendizagem significativa*¹⁵ a meu ver, tem sido força motriz, bem como tarefa árdua, tensa, carregada de sentidos e *afetações* distintas. Traduz-se tal força, igualmente, em dilema: como implicar-se a si e ao Outro, e transformar os modos de se olhar o mundo? Inquietante e sistematicamente, perguntas se apresentam, sem que encontremos para elas respostas simples, prontas. E é assim desejável. Tais perguntas já nos têm exigido, por si mesmas, outros olhares e outras construções, outras partilhas, não mais cabendo questões e especificidades individuais como centralidade. São perguntas que interrogam nossos processos de trabalho, que também estão em processo de reinvenção, em comunhão e *contracena* coletiva e que, desejavelmente, desta forma deverão ser respondidas ou, mais radicalmente, deverão ser *construídas* (PASINI; GUARESCHI, 2010).

Não seria lógico, tampouco ético, que me distanciasse do sistema do qual faço parte, esquecendo o contexto em que estou inserida como trabalhadora/educadora, tanto nas vivências que envolvem os processos de uma Residência, quanto nas expectativas e “apostas” da Especialização em Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde. Olhar para o que me traz até aqui, e a estas considerações, faz parte de um compromisso ético. Entendo, nesse sentido, que nos cabe lembrar permanentemente, o que nos envolve, individual e coletivamente, e nos coloca nessa *cena*: o SUS e o compromisso permanente com o conjunto de seus pressupostos legais, suas exigências de efetivação e qualificação. É, portanto, o que exige nossa *implicação* como trabalhadores em saúde nos serviços públicos.

Do *tempo das coisas* é hoje possível, com mais serenidade, pensar que a *implicação apaixonada* conduz a uma inquietação que exige pressa. No entanto, o tempo, sempre “sábio e bom conselheiro”, me requer paciência. Passados os desassossegos iniciais, mesmo ciente de que outros virão, o momento é de maior tranquilidade. Os processos vão se dando e com

¹⁵ *Aprendizagem significativa* é o mecanismo de aquisição de conhecimentos com relação à forma de aprendizado que leva sempre em consideração os conhecimentos prévios do sujeito, relacionando-os aos que estão sendo aprendidos em dado momento, dando-lhes significação pessoal. (MOREIRA et al, 1997) Texto disponível em <<http://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigsubport.pdf>>.

eles vamos também aprendendo, mesmo que cuidado e atenção sejam sempre necessários, sinto-me otimista com esta realidade em nossos serviços. Considerando os atores e as relações que nos envolvem, as transformações esperadas neste processo se mostram evidentes. Ainda que mudanças e adequações sejam pertinentes - como em qualquer processo, sempre dinâmico -, são inegáveis os avanços, para as equipes, serviços e para a integralidade do Cuidado em Saúde oferecido neste território.

Sem desconsiderar as dificuldades, tanto as que ainda necessitam confronto e adequações, quanto as que surgirem ao longo dos processos que envolvem a Residência no contexto local, retomo aqui a citação da epígrafe deste trabalho, pois é nisso que, com a *implicação* que me acompanha nesta caminhada, continuo acreditando: “*O que nos SUS tenta mobilizados pela esperança, inquieta e radical, é também o que nos desafia a SUSpirar responsabilidades cotidianas compartilhadas, experimentando, “em bando”, o tecer das rendas que embelezam a estética da solidariedade.*”

A disponibilidade e capacidade, individual e coletiva, de exercitar, provocar e permitir autonomia, instigar inquietações que também façam emergir *implicações*, é parte necessária à construção do *script* da formação nos serviços de saúde. É preciso construir novas *cenas*, dar espaço às (re)invenções, provocar desconexões nas “verdades absolutas”, imutáveis, cristalizadas, que ainda estão presentes nas diferentes formações profissionais, e que carregamos como nossa principal *persona*¹⁶. Com muitas preocupações e incômodos ainda percebemos essas “verdades” transmitidas nas formações acadêmicas - muitas vezes centradas em “irrealidades” -, distantes e desconectas do “real” do SUS e suas necessidades e que, na atuação profissional, serão experimentadas na realidade das práticas e vivências concretas em Saúde Pública. (FAJARDO; CECCIM, 2010; MOIMAZ et al, 2010)

É preciso acreditar e investir na nossa capacidade, tanto individual quanto coletiva, de fazer emergir agentes sócio-políticos que carreguem consigo as transformações, com a *radicalidade* e urgência, pertinentes à construção de novos pactos sanitários, novos compromissos com o fazer em saúde. Outros *atores* virão, outros *roteiros* serão escritos e *encenados* por quem continuará assumindo as transformações, e assim seguirão nossas conquistas. É disso que nos fala Freire: “Nossa luta de hoje não significa que necessariamente

¹⁶ *Persona*, termo utilizado no teatro antigo com o significado de personagem, tem origem no latim e no grego (máscara e rosto, respectivamente), faz aqui referência ao “personagem” que cada indivíduo assume socialmente, considerando o momento e o contexto, e coerentes com esses.

conquistaremos mudanças, mas sem que haja essa luta, hoje, talvez as gerações futuras tenham de lutar muito mais. A história não termina em nós: ela segue adiante” (2001 *apud* NEGREIROS et al, 2009, s/p)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diário Oficial da União. Nº 217, Seção 1, p. 7, de 13 de novembro de 2009. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial Nº 1.077**. Disponível no site: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=13/11/2009&jornal=1&pagina=7&totalArquivos=192>. Último acesso em 15 mar 2013.

BRASIL. Diário Oficial da União. Nº 73, Seção 1, p. 24-25, de 16 abril de 2012. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução Nº 2**. Disponível no site: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. Disponível no site: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Último acesso em 04 mar 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível no site: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. Último acesso em 04 mar 2013.

BIOTTI, S. H. de O. et al. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3. Rio de Janeiro, jul./set. 2008. vol.32 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2008. p. 363-373. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>. Último acesso em 03 mar 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. Ciência e Saúde Coletiva col. 5, nº 2. Rio de Janeiro, 2000. Disponível no site: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_arttext Último acesso em 10 abr 2013.

CARVALHO, I. M., CECCIM, R. B. **Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva**. s/d, p. 1-35. Disponível no site: <https://www.uces.br/prosaude/servicos/capacitacao/oficina-de-integracao-ensino-servico/acervo/textos/CECCIM%20e%20CARVALHO.pdf>. Último acesso em 03 mar 2013.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): 41- 65, 2004.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, Ananyr Porto et al (orgs.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 19-20.

DUTRA, E. **A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica**. Estudos de Psicologia, 2002, 7(2), 371-378. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a18v07n2.pdf> . Último acesso em: 9 mar 2013.

FAJARDO, A. P., CECCIM, R. B. O Trabalho da Preceptoría nos Tempos de Residência em Área Profissional da Saúde. In: FAJARDO, Ananyr Porto et al (orgs.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.5, n.8, p.89-100, fev. 2001. Disponível no site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100007. Último acesso em 04 mar 2013.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf>

MEIRA, A. C. S. et al. A Relação entre Preceptores e Residentes: Percursos e percalços. In: FAJARDO, Ananyr Porto et al (orgs.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 211-223.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n.16, set 2004 – fev. 2005. p. 172-174. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>. Último acesso em: 03 mar 2013.

MERHY, E. E. **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)**. 1996. Disponível no site: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/> Último acesso em 22 mar 2013.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.14, n.32, p.69-79, jan./mar. 2010. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/06.pdf> Último acesso em 9 mar 2013.

MUNIZ, L. D. R. C. et al. Formação de Profissionais para o SUS: A Importância da Educação Permanente em Saúde. In: **Anais do X Simpósio de Iniciação Científica/UFPI**, 2010. Terezina. Disponível no site: <http://www.uespi.br/prop/XSIMPOSIO/TRABALHOS/PRODUCAO/Ciencias%20da%20Saude/FORMACAO%20DE%20PROFISSIONAIS%20PARA%20O%20SUS%20-%20A%20IMPORTANCIA%20DA%20EDUCACAO%20PERMANENTE%20EM%20SAUDE.pdf>

NEGREIROS, D. J. et al. Grupo Esperançar de Estudos em Paulo Freire. Trajetórias de vidas compartilhadas e dialogadas. In: **Anais do XV Encontro Nacional da Abrapso** [GT Educação]. Maceió: Faculdade Integrada Tiradentes, 2009. Disponível no site: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/589.%20grupo%20esperan%C7ar%20de%20estudos%20em%20paulo%20freire.pdf Último acesso: 09 mar 2013.

NIETZSCHE, F., **A Gaia Ciência**. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras: 2001.

PASINI, V. L., GUARESCHI, N. M. de F. Problematizando a Produção de Saberes para a Invenção de Fazeres em Saúde. In: FAJARDO, Ananyr Porto et al (orgs.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 211-223.

RIBEIRO, E. C. O. 50º Congresso: Avanços Tecnológicos em Saúde e Educação, 2012 Exercício da Preceptoria: Espaço de Desenvolvimento de Práticas de Educação Permanente. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Ano 11, Suplemento 1, 2012. Disponível no site: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=312 Último acesso em 05 mar 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria nº 16/1999**. Boletim da Saúde, v. 14, n. 1, 1999-2000, p. 179 -181. Disponível no site: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1_16portaria016.pdf Último acesso em 15 fev 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. **Lei Estadual nº 9.716**, de 07 de agosto de 1992. Disponível no site: <http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm> Último acesso em 04 mar 2013.

SILVA, F. C. F. da et al. A Formação Enquanto Estratégia de Mudança na Saúde Mental Coletiva. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. v. 21, n. 1, Jan./Jun. 2007, p. 51-58.

TEIXEIRA. M. L. de O. **Residência Multiprofissional em Saúde: um novo conceito em construção**. 2012. Disponível no site: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/Oficina7.pdf> Último acesso em 6 de mar 2013.