

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA

Ana Celina de Souza

**PONTILHANDO APRENDIZAGENS:**  
função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes

Porto Alegre

2014

Ana Celina de Souza

**PONTILHANDO APRENDIZAGENS:**

função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Izabella Barison Matos

Área de Concentração: Pesquisa em Saúde, Educação e Sociedade

Linha de Pesquisa: Educação e Cultura da Saúde

Porto Alegre

2014

Espaço para a Ficha catalográfica

Parte desta pesquisa foi realizada em horário de trabalho no Grupo Hospitalar Conceição, por meio da “liberação parcial de carga horária para pós-graduação”, conforme previsto na política de formação de trabalhadores (Normas Regulamentadoras de Atividades para Formação no GHC).

Ana Celina de Souza

**PONTILHANDO APRENDIZAGENS:**  
função preceptoria e prática cuidadora nos campos-equipes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 23/10/2014

---

Prof. Dr. Alcindo Ferla

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luiza Helena Dalpiaz

---

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Lúcia Pasini

Dedico esta produção a todos e todas  
trabalhadores da saúde que fazem do SUS uma  
escola, e aos resistentes que engrossam o caldo  
da Reforma Sanitária Brasileira.

## AGRADECIMENTOS

As palavras de agradecimento não conseguirão expressar a gratidão a cada um e cada uma que deixou marcas em minha formação, não somente a profissional, mas afetiva, militante e festiva.

Grata a cada um e cada uma de vocês!

Agradecida eu sou à minha mãe, Carmelita Lutkmeier, e à nossa família, que me ensinaram que nada vinha de graça nesta vida. Com seus exemplos de luta, cresci mais forte para enfrentar o mundo.

Obrigada aos amigos-amores Luciano Sito, Rafael Silva, Paulinha Filipon, Malvi Luci, Thaís Maranhão, Camila Toledo, Daniela Dallegrave, Thais Benneman, e às extensões de nossos encontros.

E aos residentes (os de ontem e os de hoje) com quem tive o prazer de trabalhar e que, por total falta de competência minha, não encontro palavras para expressar a intensidade que nos atravessa.

Aos colegas do GHC, à equipe da Unidade Jardim Itu, que faz meus olhos brilharem pelo trabalho em saúde. Em especial à equipe de enfermagem, pelo apoio manifesto a esta construção.

Às parcerias facilitadoras do Currículo Integrado, da Escola GHC e do Serviço de Saúde Comunitária, por estarem ao meu lado, compartilhando as dores e as delícias de fazer do SUS uma Escola.

Aos preceptores, residentes e gestores que desejaram e aceitaram participar desta pesquisa. Vocês foram FUNDAMENTAIS para colocar meu pensamento em movimento. Obrigada por me tirarem da minha caverna de pesquisadora e mostrarem, cada um e cada uma de vocês, quantos sentidos são mobilizados para fazer acontecer as Residências em Saúde.

À Karin Luísa, pelo trabalho de transcrição realizado com muita competência.

À Noili Demaman e à equipe da Textual Assessoria, uma parceria essencial na reta final.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por tornar realidade esta significativa e necessária formação por meio dos espaços construídos e pela alta qualidade de seu corpo docente. Foi por meio deste PPG que experienciamos o mestrado de modo intenso e coletivo: aos colegas de primeira turma, meus mais profundos agradecimentos pelo compartilhar desta passagem.

À banca de qualificação do projeto de mestrado, que transviu os elementos que estariam presentes em minha trilha de pesquisadora.

Ao Ricardo Burg Ceccim, à Maria Conceição de Oliveira e à Luiza Dalpiaz.

E por último, e não menos importante, obrigada à Izabella Barison Matos pela parceria orientadora. Você tornou o caminho mais leve e me ensinou que pesquisa se faz ao pesquisar. Obrigada pelos limites e liberdades compartilhados.

## RESUMO

Este estudo foi desenvolvido junto aos cenários de práticas da Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade (RIS/SFC) e à Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC), no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) em Porto Alegre, RS. O objetivo foi produzir reflexões sobre o ensino e a aprendizagens de práticas cuidadoras e para tanto se articulou três dimensões nas análises produzidas: preceptoria de campo, processo de ensino e aprendizagem e práticas cuidadoras. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, que teve como estratégias metodológicas a entrevista semiestruturada e pesquisa documental. O material foi analisado por meio do método hermenêutico-dialético, da análise institucional e o produto foi um mapa analítico. Essas três dimensões são costuradas à ideia de campo-equipe, privilegiando este local como um vetor político na aprendizagem. A função preceptoria de campo, antes de ser uma “supervisão docente assistencial”, identifica-se como um apoio pedagógico e cuidador, afirmando-se enquanto um compartilhamento de práticas de trabalho. O processo de ensino e aprendizagem produz sentidos e estranhamentos no trabalho tal qual instituído, e assim tensiona a construção de um campo de especialidade mais aberto às colateralidades (produção de redes). O desafio para a produção de práticas cuidadoras é produzir o alívio do sofrimento e a coprodução de autonomia. Os resultados aqui destacados apontam a qualificação das Residências em Saúde como uma possibilidade de vivências e experimentações do mundo do trabalho, de modo ampliado, solidário e compartilhado, no qual a equipe é espaço privilegiado de construção de saberes.

Palavras-chave: Residências em Saúde. Atenção Básica. Práticas Cuidadoras. Processo de Ensino e Aprendizagem.

## ABSTRACT

This study was developed with the field of practice of Integrated Residency in Family and Community Health (RIS / SFC) and the Residency of Family and Community Medicine (RMFC) at the Department of Community Health (SSC) belonging to the Conceição Hospital Group (GHC) in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The goal was to reflect about the teaching and learning practices of health care. For that, three dimensions were articulated: field preceptorship, teaching and learning processes, and practices of care. This is a qualitative study, of a descriptive and exploratory nature, which used semistructured interviews and documentary research as its methodology. The material was analyzed using the dialectic hermeneutics method, institutional analysis and analytical maps. These three dimensions are sewn on the idea of field-team, privileging this place as a space for producing knowledge. The function of the field preceptor, rather than being a "teaching aid supervision", is to serve as pedagogical support and caregiver, as a sharing of working practices. The process of teaching and learning builds meaning and strangeness at work as it is set, and so the tension builds a field more open to co-laterality (production networks). The challenge for the production of care is to put in immanence the relief after suffering and the co-production of autonomy. The results highlighted here aim to qualify the Health Residences as an experience of real work environment in a way that is extended, supportive and shared, in which the team is a privileged space for the building of knowledge.

**Keywords:** Health Residency. Primary care. Care practices. Teaching and learn processes.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Organograma do Ministério da Saúde.....	41
Figura 2: Capa do disco “ <i>The Dark Side of the Moon</i> ”, da banda Pink Floyd, 1973. ....	89
Figura 3: Releitura da figura 2 a partir da força estranhamento-potência.....	90

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Carga horária teórica dos PRMFC e RIS/SFC .....	42
Tabela 2: Demonstrativo da carga horária teórico-prática dos PRMFC e RIS/SFC .....	42
Tabela 3: Carga Horária prática dos PRMFC e RIS/SFC .....	43
Tabela 4: Quadro com as composições profissionais de R1 e R2, por profissão, em setembro de 2014.....	44
Tabela 5: Caracterização dos preceptores entrevistados (7) .....	50
Tabela 6: Caracterização dos residentes entrevistados .....	51
Tabela 7: Caracterização da coordenadora entrevistada .....	51

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos .....	19
<b>3 TRABALHANDO O TERRENO .....</b>	<b>20</b>
<b>4 RESIDÊNCIA: UMA MODALIDADE DE INTEGRAÇÃO DE ENSINO-SERVIÇO</b>	<b>25</b>
<b>5 O CENÁRIO DA PESQUISA.....</b>	<b>32</b>
5.1 Formação em Serviço .....	32
5.2 Integração Ensino-Serviço .....	36
5.3 Entre modelos e práticas .....	37
5.4 Organização Curricular das Residências .....	42
5.5 Corpo docente assistencial.....	44
5.6 Residentes .....	44
<b>6 O ENCONTRO COM O CAMPO DE PESQUISA .....</b>	<b>45</b>
6.1 Campo-equipe .....	45
6.2 Os efeitos do campo em mim.....	48
6.3 Nomeando os sujeitos da pesquisa .....	52
6.4 Primeiro ato: função preceptoria.....	55
6.5 Segundo ato: processo de ensino-aprendizagem.....	56
6.6 Terceiro ato: práticas cuidadoras .....	58
<b>7 PRECEPTORIA .....</b>	<b>61</b>
7.1 Desejo como produção .....	63
7.2 Não se nasce preceptor, torna-se preceptor .....	66

7.3 Habitando zona de fronteira.....	68
7.4 O instituído e o instituinte.....	72
7.5 Ambivalências.....	74
7.6 Função preceptoria: uma aproximação com a análise institucional.....	79
<b>8 PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM.....</b>	<b>81</b>
8.1 O reconhecimento do outro.....	84
8.2 Dos sentidos da integralidade: da descoberta da construção interdisciplinar.....	87
8.3. O que pode um território?.....	88
8.4 Dos estranhamentos como potência para aprendizagem.....	88
8.5 Tensões constituintes do movimento entre núcleo e campo.....	90
8.6 Das tensões à matriz curricular.....	94
8.7 De qual especialista estamos falando?.....	95
<b>9 PRÁTICAS CUIDADORAS.....</b>	<b>101</b>
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>126</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>128</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICE F.....</b>	<b>132</b>
<b>APÊNDICE G.....</b>	<b>137</b>
<b>APÊNDICE H.....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>144</b>

## APRESENTAÇÃO

*Eu sinto que a gente ainda, enquanto SUS, o SUS tá sendo construído e a gente tá construindo e ensinando, construindo e ensinando; eu acho que a residência veio pra fazer isso. A residência veio pra ajudar nessa construção, veio trazer pessoas pra dentro do serviço, pessoas que estão estudando sobre esse serviço. Só que essas pessoas esperam aprender com quem está lá; e quem está lá ainda está aprendendo a fazer essas coisas. (preceptora da RIS/SFC)*

Fui afetada pela sensação compartilhada e ousaria dizer que ela poderia compor uma síntese deste estudo, pois a sentença fala sobre o desafio da formação de trabalhadores para o SUS: aprender pelo trabalho, trabalhar aprendendo, aprender a aprender no trabalho.

A pesquisa que aqui construímos estudará as articulações produzidas nos campos de prática de duas formações: a Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade (RIS/SFC) e a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC); ambas acontecem no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, RS. A integração das residências nos campos de práticas, sob o olhar de uma sanitarista egressa de um Programa de Residência em Saúde Coletiva, produziu curiosidades que mobilizaram este processo. O SSC, antes de ser o campo desta pesquisa, é meu local de trabalho, e assim sendo lhes apresento um produto final de um processo que está acontecendo.

As residências em saúde e a residência médica são modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu*, que acontecem sob acompanhamento, no processo educativo, de profissionais chamados de preceptores<sup>1</sup>. Aqui há dois elementos metafóricos que ajudam a construir outra lógica de ensino e de aprendizagem na formação pelo trabalho: os professores são as equipes de saúde e os usuários. A sala de aula é o processo de trabalho, o território, as redes. A escolha do campo de pesquisa fala deste caminho metodológico: pesquisar a formação em serviço impõe um desafio de olhar para a prática em saúde – o trabalho em ato – como potente dispositivo para a ruptura da lógica de ensino e atenção centrada no profissional.

A singularidade deste campo de pesquisa possibilita a formação integrada com as duas residências, fomentando iniciativas comuns nos campos de prática e em espaços teórico-

---

<sup>1</sup> Na Residência Multiprofissional em Saúde, a função do preceptor está disposta na Resolução n° 02 (BRASIL, 2012f), da Secretaria de Educação Superior do MEC, no ano de 2012, bem como a composição e respectiva função dos demais componentes do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (tutor, docente e coordenador). Já na Residência Médica irá dispor sobre o profissional que supervisiona os residentes nos serviços de saúde na Resolução n° 04, de 1978 (BRASIL, 1978).

práticos. Parto da premissa, que baseia minha prática profissional, de que a preceptoria de campo tem papel ativo nesta integração, ao mobilizar a integração nas equipes e nos processos de gestão do ensino e da atenção. Porém, os dois programas aqui analisados apresentam distintos referenciais teóricos e organização de plano de ensino. Mobiliza-me refletir sobre as aproximações e os distanciamentos que ocorrem desde este campo. Esta pesquisa buscou articular, portanto, três elementos importantes na formação pelo trabalho, para os trabalhadores do SUS:

1. A preceptoria: o preceptor é figura articuladora da formação nos campos. Sendo a referência imediata para os residentes, esta figura é um trabalhador da saúde que se propõe a exercitar o apoio pedagógico aos residentes. Aqui se dará ênfase para a figura do preceptor de campo.
2. O processo de ensino e aprendizagem: se às residências é dado o desafio de produzir aprendizagens no mundo do trabalho, especializando trabalhadores para os desafios da atenção básica, que elementos destacam-se neste processo?
3. As práticas cuidadoras: é sabida a necessidade de produzir práticas de cuidado em saúde que desloquem a atenção centrada em doenças para colocar o usuário como centro desta prática. As discussões sobre integralidade e humanização da atenção tem feito esta busca. De que modo residentes e preceptores têm experienciado a produção de cuidado?

O projeto que originou esta pesquisa foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), inicialmente o da UFRGS e, após, o do Grupo Hospitalar Conceição. A aprovação do primeiro ocorreu em 13 de março de 2014, e a do segundo em 14 de maio de 2014 (carta de 14053<sup>2</sup>). Esta investigação está inserida no projeto “Pesquisa avaliativa da educação permanente em saúde e estágios e vivências no Sistema Único de Saúde (SUS): estudos multicêntricos de práticas educativas envolvendo a atenção básica no cotidiano dos serviços e sistemas de saúde”, aprovada em 06/02/2012, pela COMPESQ/EEenf/UFRGS, em 05/04/2012 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma universidade (Carta de Aprovação nº 21905).

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, que teve como estratégias metodológicas a entrevista semiestruturada<sup>3</sup> e a pesquisa documental. Esta contou

---

<sup>2</sup> Apêndice A.

<sup>3</sup> Apêndice B, C, D

com a análise de documentos norteadores da formação e da assistência no SSC. Para analisar esta produção, busquei inspiração no método hermenêutico-dialético (MINAYO, 2006), na análise institucional (BAREMBLITT, 2002, LOURAU, 1995), e na formação de um mapa analítico (FRANCO e MEHRY, 2013).

As experiências de Residências que foram estudadas têm sua organização curricular e dos coletivos organizadores baseada na noção de campo e núcleo de saberes (BRASIL (1), 2013; (2), 2009). Preceptores, residentes e equipes trilham estes movimentos, inúmeras vezes, operando suas práticas a partir do núcleo de saberes que “demarca certa identidade, uma prática profissional” e o campo com “limites imprecisos no qual as profissões se apoiam para cumprir atividades teóricas ou práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220). Cotidianamente, nas residências em estudo, movimentos de deslocamento são produzidos para engendrar processos de trabalho em saúde nos quais os usuários conquistem a centralidade.

Campo será uma expressão utilizada, nesta dissertação, sem moderação, porém com distinção. O referencial epistemológico de Campos (2000) será a ancoragem teórica, no entanto a palavra campo também poderá expressar campo de pesquisa (as residências de saúde da família e comunidade do GHC) ou mesmo um campo de conhecimento específico, como o campo da saúde da família e comunidade, ou o campo da saúde coletiva. O *campo*, no sentido cunhado por Campos, estará remetido ao universo da produção de conhecimentos e práticas construídos pelas equipes de saúde, cenário das residências estudadas.

Analisando junto com Campos (2000) que o campo tem contornos imprecisos, por onde ocorre o pontilhamento dele? Que imagem podemos imaginar? O campo pode estar numa atividade realizada por mais de um núcleo profissional? Ele é o não-núcleo? Campo é tudo, menos a assistência individual? Ou campo é um projeto comum de uma equipe? Campo pode ser tudo isso e ainda ser o lugar de coexistência, das tensões e das disputas entre os atores sociais que (se)produzem (n)os *campos-equipes*. A potência contida neste conceito-ferramenta possibilita que a formação aqui problematizada vá ao encontro da intencionalidade citada por Heckert e Neves (2007, p.148) que afirmam a formação como uma atitude transdisciplinar, que tem “potência para produzir aberturas e novas sensibilidades”.

Preparando o terreno da pesquisa, trilhando e inventando os caminhos metodológicos e produzindo o corpo de discussões, busquei explicitar o posicionamento perante esta modalidade de formação de trabalhadores para o SUS. Espero que os resultados desta pesquisa colaborem com a qualificação das Residências em Saúde como uma possibilidade de vivências e experimentações do mundo do trabalho, de modo ampliado, solidário e compartilhado, no qual a equipe é espaço privilegiado de construção de saberes. Esta

formação pode inovar práticas de saúde, superando modelos fragmentados, e inventar experiências que produzam práticas cuidadoras e protagonismo dos serviços de saúde na produção do conhecimento que ali opera.

## 1 JUSTIFICATIVA

As Residências em Saúde analisadas (PRMFC e RIS/SFC) têm como objetivo formar profissionais capacitados para o trabalho em saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS; e que busquem qualidade e resolutividade por meio de práticas de saúde, colaborando para a construção da cidadania (BRASIL, 2013a; 2013b; 2004c). As formações têm como cenários de prática as unidades de atenção primária vinculadas ao Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC, tendo a Residência em Medicina de Família e Comunidade seu início em 1982 (LOPES, 2005) e a Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade em 2004 (BRASIL, 2004a). A história institucional do GHC permite entender que a formação aqui empreendida é produtora de experiências inovadoras, no sentido de aproximar o cenário da atenção à saúde das perspectivas dos princípios e diretrizes do SUS.

Ambas as formações são estratégias que visam induzir mudanças no modelo de formação profissional, ao aproximar a formação do cotidiano de trabalho. Bem como, estão compondo uma dimensão maior da mudança do modelo de saúde, quando se comprometem em qualificar os trabalhadores para atuarem na atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família. Uma vez que as formações acontecem de modo integrado, o cotidiano do trabalho constitui-se num laboratório de experimentações; buscando refletir criticamente sobre as práticas, aliadas às ofertas de cuidado para a população e às possibilidades de intervenções nos territórios de atuação. Neste sentido, é importante que os modos de aprender e de ensinar sobre as práticas dos profissionais sejam analisados, problematizados e divulgados.

Nos últimos anos de dedicação à formação de trabalhadores para o SUS, vários estudos foram desenvolvidos sobre as residências em questão, a fim de analisar e ampliar os olhares para as diferentes/diversas questões que transversalizam a temática (FAJARDO, 2011; PASINI, 2010; SILVA, 2010; MEDEIROS, 2011; SCHAEGLER, 2010; LOPES, 2005, PITTA, 2014). Por outro lado, vários processos institucionais foram (re)construídos a partir das avaliações e do planejamento permanente. Ambos os processos, pesquisas e avaliação nos cenários de práticas, são exercícios fundamentais para o desenvolvimento das interfaces entre trabalho, educação, participação social e saúde. A presença dos residentes na organização produz recorrentes mudanças, a partir do estranhamento das práticas e da necessidade de reformulações das atividades, sejam teóricas, teórico-práticas ou práticas. Espaços de planejamento pedagógico (avaliação e planejamento) que mobilizam serviços a buscar novos modos de funcionar são experiências inovadoras que apresentam êxitos e resistências.

Com esta pesquisa, pretende-se produzir contribuições para a atuação da preceptoria de campo e suas produções para o ensino de práticas cuidadoras. Entende-se que as discussões e experiências que são forjadas entre a formação em saúde e o mundo do trabalho vêm adquirindo novos contornos e ressignificações, a partir das noções de gestão do trabalho, do ensino da saúde e da educação permanente em saúde. Outra imagem de trabalhador da saúde vem ganhando força, tensionando a racionalidade administrativa e gerencial para produzir sujeitos e equipes ativos no processo de gestão, atenção, formação e participação, e que busquem a “implicação e o compromisso com a produção de si e do mundo” (CECCIM, 2010, p.169).

Os preceptores e as equipes, ao envolverem-se com a proposta da formação em serviço, são instigados a olhar para o processo de trabalho como uma produção e um processo, sendo capazes de mobilizar críticas e mudanças, e aumentar seu potencial de protagonismo nos serviços. A análise das experiências sobre ensino e aprendizagem em serviço pode colocar em debate as potencialidades e os desafios da prática de preceptoria, na busca pela integralidade do cuidado.

Esperamos que as análises e as contribuições aqui realizadas possam colaborar para a compreensão das políticas de formação em saúde da atualidade e auxiliar no delineamento das características da preceptoria de campo no que diz respeito ao seu fazer integrado e interdisciplinar nas equipes de atenção básica.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção de aprendizagem nas residências de saúde da família e comunidade do GHC.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar as práticas pedagógicas adotadas por preceptores nas equipes.
- b) Identificar as práticas pedagógicas comuns/compartilhadas para as profissões no aprendizado das práticas cuidadoras.
- c) Identificar os limites do ensino de práticas cuidadoras nas Residências.
- d) Identificar as interações inspiradoras do aprendizado.
- e) Analisar como a produção de autonomia do usuário é trabalhada nas práticas pedagógicas.

### 3 TRABALHANDO O TERRENO

A temática do cuidado em saúde vem ganhando força e diversidade nos estudos no campo das profissões da saúde e na Saúde Coletiva, principalmente da década de 1990 até a contemporaneidade, articulada ao debate da integralidade e da humanização em saúde (BARROS, 2008; AYRES, 2001, 2004, 2007; BENEVIDES e PASSOS, 2005; MATTOS, 2001). Com a ampliação da rede de serviços, em especial a atenção à saúde territorializada (atenção básica e serviços substitutivos de saúde mental), há uma intencionalidade política de produzir saúde a partir de outros modelos de atenção à saúde, menos centrado nas noções do modelo biomedicalizantes<sup>4</sup>, e mais afirmadores da diversidade de práticas.

A discussão, a pesquisa e as experimentações sobre as possibilidades das práticas cuidadoras ampliam-se num contexto de avanço da ciência e da tecnologia. A expectativa de vida da população aumenta, juntamente com o perfil epidemiológico caracterizado pelo aumento das condições crônicas. Contemporaneamente, presenciamos intenso processo de medicalização social (ZORZANELLI *et al.*, 2014; CAMARGO JR., 2013; TESSER *et al.*, 2010<sup>5</sup>), no qual fases de vida, momentos de luto e tristezas, p.e., são transformadas em doenças cujo tratamento centra-se no uso de medicamentos. Os mesmos avanços tecnológicos que propiciam aumento da qualidade de vida sugerem práticas de produção de saúde pautadas em evidências científicas, produzindo amarras a uma ciência que valoriza seus produtos como verdades inquestionáveis, de caráter objetivo e universal. Trata-se de um processo histórico, politicamente (re)produzido na cultura, invadindo nossas relações sociais (LUZ, 2001). A técnica aqui assume o lugar de um conhecimento científico aplicado (HECKERT, 2008). Estas verdades são colocadas em primeiro plano e o risco assumido para as práticas de saúde

---

<sup>4</sup> Ceccim (2008) problematiza o uso do termo “biomédico” como qualificador das práticas de orientação flexneriana, por ser passível de confusão com a profissão Biomedicina, que é um ramo das ciências biológicas de apoio diagnóstico para os problemas coletivos e individuais. Tesser *et al.* (2010) realizam um resgate histórico do termo medicalização e analisam a mudança de sentido que o termo tem/teve, inclusive o definindo como uma prática social (além de uma prática do setor da saúde). De modo geral, os autores conceituam medicalização social como um “processo sócio-cultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário (...). A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos desnecessários e muitas vezes até danosos aos usuários.” (TESSER *et al.*, p. 3616, 2010)

<sup>5</sup> Estes três autores discutem a questão da medicalização de modo distinto. Zorzanelli *et al.* (2014) traçam um panorama sobre o uso do conceito de 1950-2000, buscando fazer aproximações dentro dos diferentes tempos. Camargo Jr. (2013) discute o processo de medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário num ensaio conceitual sobre as temáticas no contemporâneo, assumindo o uso de medicalização como um processo que transforma situações antes consideradas como “da vida” em problemas médicos, baseado em Conrad (2007). Já Tesser *et al.* (2010) farão uma reflexão sobre o processo de medicalização social, também baseados nesta última noção, considerando o papel da atenção básica neste contexto.

é de serem objetivadas a este caráter, deixando de lado as inúmeras possibilidades de diálogos que podem produzir os encontros entre profissionais e usuários.

O estatuto de verdade da ciência está marcado no tecido social das relações, não apenas determinando o modo de realizar atenção à saúde, mas deslegitimando o conhecimento próprio que cada sujeito carrega e constrói sobre si mesmo. Aí está um possível empobrecimento das narrativas feitas pelos usuários acerca de seu modo de funcionamento e produção de condições de adoecimento. Tesser *et al.* (2010) fazem uma leitura deste fenômeno a partir da medicalização social, ponderando sobre o papel da atenção básica no problema. Estes autores ponderam que a ação da equipe de saúde da família pode ser, ao mesmo tempo, “[...] uma chance para a reconstrução da autonomia [...] ou uma nova e poderosa força medicalizante” (p. 110).

Neste sentido, a atenção básica tem importante papel na produção de práticas de cuidados preocupadas com o sujeito e seus ‘modos de andar a vida’, para usar uma expressão de Canguilhem (2000). O desafio de formar trabalhadores comprometidos com o SUS desde a atenção básica ainda é grande. Mobilizamos cotidianamente saberes e conhecimentos que operam com diferentes densidades tecnológicas e sempre muito próximas ao contexto de vida dos usuários, o que aumenta a complexidade do processo de trabalho.

A fim de auxiliar os atores sociais a realizarem uma melhor escuta das necessidades de saúde que os usuários trazem aos serviços, Cecílio (2001) propõe uma sistematização que visibiliza as necessidades de ordem mais relacional. Para tanto, o autor constrói quatro categorias de análises: a primeira delas é “ter boas condições de vida”, ao considerar que “a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde”. O outro conjunto é acesso e consumo de toda tecnologia necessária para a melhoria e o prolongamento da vida. O terceiro diz respeito à necessidade de vinculação com um profissional e/ou equipe, estabelecido a partir de relações contínuas, pessoais e de confiança. O último conjunto fala da necessidade de “cada pessoa ter graus crescentes de autonomia em seu modo de levar a vida” (2001, p. 114-115).

Neste estudo, interessa pensar como a formação em serviço tem produzido aprendizagens no que diz respeito ao valor do espaço relacional entre trabalhador e usuário. A elaboração que Merhy (2007) faz para identificar as diferenças que compõem as tipificações tecnológicas utilizadas pelo médico no trabalho vivo em ato produz a imagem de valises tecnológicas. Assim, identifica-as em três tipos: a) valises de mão, que são relativas às *tecnologias duras*, ou seja, equipamentos com maior densidade tecnológica (esfigmomanômetros, estetoscópios, etc.); b) valises de cabeça, que dizem respeito aos

saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia, por exemplo, que expressam *tecnologias leve-duras*; e c) valises de relações, presentes unicamente no *espaço relacional* e que só têm materialidade em ato.

Em outros escritos, Merhy (2010, p.202) voltará ao tema das valises e definirá que o trabalho em saúde, para realizar-se como uma forma de cuidado em saúde, mobilizará dois núcleos de saberes: “o núcleo cuidador e o núcleo profissional centrado”. Um elemento constituinte desta pesquisa e de fundamental pontuação é que o núcleo cuidador não é pertencente a nenhuma profissão, exclusivamente<sup>6</sup> (SILVA JUNIOR, 2005). Este elemento afirma um referencial para a prática que é transdisciplinar e que ganha contornos somente em ato, ou seja, somente nos encontros com os usuários. Merhy ainda vai dizer que o campo da saúde é mais complexo do que o somatório de atos profissionais fragmentados e isolados (MERHY, 2013, s/p). Sendo assim, não nos interessa saber de que valise tecnológica lançamos mão para produzir aprendizagens, mas sim o valor das tecnologias leves que faça a gestão das demais, num sentido racionalizador e cuidador, no trabalho e na aprendizagem viva em ato.

A formação dos profissionais da saúde tem forte influência do modelo biomedicalizante, que conforma práticas baseadas no caráter instrumental e na fragmentação dos sujeitos. A respeito da formação dos profissionais da saúde, aponta-se que este modelo privilegia algumas características: foco na atenção individual, ambiente hospitalar como local de ensino, estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, e a estruturação do saber em torno das especialidades médicas. No cotidiano da atenção à saúde, este paradigma vai expressar-se na “objetivação dos problemas de saúde” e no “desenvolvimento de tecnologias no sentido da exploração de aspectos biológicos-mecânicos” (SILVA JUNIOR 2005, p. 96).

---

<sup>6</sup>A categoria profissional da Enfermagem reconhece e produz teorias acerca do elemento cuidado em enfermagem, elevando como eixo estruturante de sua profissão. Porém, a Enfermagem também vem produzindo questionamentos sobre o cuidado como uma prática social, como bem assinalam alguns autores em pesquisa sobre a implicação do ensino do cuidado em saúde no trabalho de enfermeiros. Autoras alertam para a necessidade de reconhecimento sobre a “diversidade de conceitos que perpassam o cuidar em saúde e em enfermagem” e que neste cenário a “explicitação dos elementos constitutivos torna-se fundamental para a prática das profissões que o assumem como diretriz ou se constituem por seu engendramento” (SENA *et al.*, 2008, p. 24). Henriques e Acioli (2004), em artigo que reflete sobre a expressão do cuidado na prática da formação em enfermagem, trazem que a categoria cuidado foi apropriada pela enfermagem como elemento estrutural de sua construção profissional, porém nas práticas percebe-se o quanto as técnicas capturam a categoria, ritualizando procedimentos. Não pretendo colocar em oposição a noção de cuidado técnico e a dimensão cuidadora, pois acredito que na produção de procedimentos também há cuidado relacional.

Barros (2008, p. 283) também faz críticas à objetivação dos sujeitos e lança a pergunta: “que práticas produzir para que a atividade de cuidado não privilegie ou eleja apenas os *resultados* (grifo meu) do processo de constituição dos sujeitos?”. Por resultados, podemos considerar os aspectos biológicos do corpo individual e que este alcance pode ser uma meta unilateral.

Com a naturalização do paradigma biomédico e das práticas instituídas, a perspectiva da integralidade do cuidado e das necessidades dos usuários fica distante. Mesmo com os avanços científicos, a dimensão cuidadora tem perdido potência e eficácia (MERHY *et al.*, 2010, p. 61). Há aqui uma fragmentação entre corpo, mente e relações entre sujeitos.

Entretanto, a noção de tecnologias leves visa dar importância para o estabelecimento de relações de vínculo e confiança, podendo criar espaços para a co-construção de autonomia. O uso das demais tecnologias (duras ou leve-duras) pode auxiliar no *sucesso prático*<sup>7</sup> (AYRES, 2004, p. 22) quando estas ocuparem um lugar, não menor nem secundário, mas coadjuvante na relação profissional-usuário. Todo encontro acontece em ato e ali se desfaz. Deslocar o eixo de prática pressupõe que o contato com o usuário será sempre novo e único, mesmo que seja com o mesmo usuário. Isso porque estamos passando a ver a pessoa e não o sintoma; a experiência de sofrimento, não a doença. É neste momento que o aparato tecnológico que foi sistematizado e construído pela biomedicina e pela organização da atenção à saúde é um coadjuvante. É claro que existirão momentos em que este coadjuvante fará as cenas de ator principal, não por pesar o eixo corporativo ou da técnica mais dura, mas por necessidade singular do usuário.

O deslocamento em direção ao usuário vai desafiar-nos para a construção de outras teorizações, diferenciadas daquelas usualmente utilizadas pela clínica, restritas aos sintomas e às doenças. As contribuições das ciências sociais e humanas e a construção do campo da Saúde Coletiva têm possibilitado, para as ciências da saúde, a produção de novos modos de relacionar as teorias com as práticas de saúde. Entendemos que as teorias são categoricamente implicadas com movimentos de (des)construção das práticas instituídas pela produção de verdades científicas.

---

<sup>7</sup> Sucesso prático refere-se a uma identificação satisfatória das necessidades de saúde. Outra noção que o mesmo autor introduz é a de êxito técnico, como a aplicação dos melhores meios possíveis para intervir em processos de saúde, segundo as exigências de sucesso prático de cada situação (AYRES, 2004).

O saber profissional e as tecnologias duras necessárias podem dar conta de realizar medidas coletivas e individuais protocoladas, que geralmente mobilizam diálogos direcionados para completar as respostas necessárias e assim garantir o exercício do profissional X ou Y. Ayres (2004, p.25) defende que a abertura para discursividades mais livres, evitando monólogos nos quais a fala do usuário apenas complementa a necessidade de anamnese do profissional, produz reconhecimentos de identidades tanto do profissional como do usuário, configurando-se em um elemento de potencialidade terapêutica, pela provocação de uma auto narrativa (pelo usuário) e de uma escuta sensível/ativa (pelo profissional).

As aberturas para as narrativas estão interessadas em facilitar a emergência da experiência dos sujeitos sobre o seu processo saúde-doença-cuidado, assim como apreender a dinamicidade das práticas de cuidado que cada sujeito concebe para si. Ao considerar estas narrativas também como uma informação em saúde, ocorre a ampliação de perspectivas para enxergar determinada situação ou condição e, concomitantemente, estabelecem-se relações baseadas na construção de vínculo e de confiança que são determinantes para a qualidade do acesso a atenção à saúde (OLIVEIRA, 2008, p. 350).

As práticas cuidadoras são aquelas vividas em ato, que almejam tanto o êxito técnico quanto o sucesso prático; ou seja, tanto o uso do melhor recurso tecnológico disponível, quanto uma identificação satisfatória das necessidades em saúde. Estas práticas estão inscritas em um projeto de busca pela humanização e integralidade da atenção, no qual as práticas podem ser avaliadas na longitudinalidade do cuidado, considerando as experiências do sofrimento e da busca de alívio como constituintes desta relação.

No cotidiano da produção de cuidado em saúde, Franco (2007, p. 429) reconhece a existência de duas grandes dimensões: a cognição e a subjetivação<sup>8</sup>. A primeira diz respeito à capacidade técnica de intervenção, a partir de numa certa lógica e contexto de trabalho; já a subjetivação seria o movimento onde estão inscritas as histórias de vida de cada sujeito e o modo como estes apreendem o relacionamento consigo e com o outro. “Ao mesmo tempo em que produzem cuidados, os trabalhadores produzem a si mesmos” (FRANCO, 2013, p.186), e assim o cotidiano de trabalho está sempre produzindo aprendizagem, o que nos remete aos processos formativos pesquisados.

---

<sup>8</sup>Franco (2007) chega a esta premissa ao olhar para experiências inovadoras no sistema de saúde, tais como a produção sobre Acolhimento em Betim (FRANCO *et al.*, 1999) e Chapecó (FRANCO *et al.*, 2004) e refletir sobre as linhas de produção de cuidado e produção pedagógica presentes na constituição do trabalho em saúde.

#### 4 RESIDÊNCIA: UMA MODALIDADE DE INTEGRAÇÃO DE ENSINO-SERVIÇO

A Residência em Saúde é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* na qual a cena de ensino está colocada no processo e no lugar de trabalho. Surge nos Estados Unidos da América (EUA) no final do século XIX, dentro dos hospitais e na formação dos médicos. O primeiro programa de Residência Médica no Brasil data de 1945, e esta formação se consolidará em 1960, influenciada pelo modelo hospitalocêntrico americano e pela publicação do relatório Flexner<sup>9</sup>. Também na década de 1960, surge a Residência em Enfermagem, que seguiu um regime de ensino e de trabalho semelhante aos das Residências Médicas. É em 1977 que vai surgir aquela que ficou conhecida<sup>10</sup> como a primeira Residência Multiprofissional do Brasil, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), junto ao Centro de Saúde Escola Murialdo, ao oferecer vagas para enfermeiros, assistentes sociais, médicos veterinários e médicos (FERREIRA e OLSCHOWSKY, 2010).

Esta última experiência já tem implícita a busca pela lógica da integralidade no cuidado que é protagonizado em outro lugar de ensino na saúde, neste caso um serviço de saúde comunitária. E é do final da década de 70 em diante que veremos movimentos importantes, como a Conferência Mundial de Alma Ata, que preconizou os Cuidados Primários em Saúde; e o acúmulo de discussões realizadas por militantes sociais, intelectuais e outros setores, que vão eclodir o Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil. Destaque para a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976, que promovia espaços de discussão e publicações que se difundiram no contexto de transformação social (PASCHE e VASCONCELLOS, 2013), e em 1979 a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), outro importante marco para a institucionalização do campo de conhecimento da Saúde Coletiva. O contexto de lutas contra a ditadura militar incluiu uma profunda discussão sobre o direito à saúde e os modos de produção social do processo saúde doença,

---

<sup>9</sup> Abraham Flexner foi um pesquisador americano que avaliou o ensino médico nos EUA, comparando-o com o do Canadá (1910), e entre América do Norte e Europa (1920), concluindo que as quase 80% das escolas médicas avaliadas apresentavam péssimas condições de funcionamento. A partir de então, é gerado um relatório de recomendações para a educação científica médica e que marca também a história de ensino das profissões da saúde. As orientações são para a especialização do conhecimento e pela pesquisa instrumental, centrando no Hospital a formação. Estas recomendações foram conformando uma prática de saúde baseada no caráter instrumental e na fragmentação dos sujeitos. Além de gerar uma teoria científica da educação superior, gerou uma teoria de avaliação da educação da saúde (CECCIM, 2008; CARVALHO e CECCIM, 2013).

<sup>10</sup> O reconhecimento da formação multiprofissional através de Residência é recente e seus fios ainda estão sendo tecidos (CECCIM, KREUTZ e MAYER JR., 2011). Na maior parte do tempo de suas existências, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram vistas como especialização ou aperfeiçoamento especializado. Isso colaborou para a fragilização da modalidade, gerando iniquidade em relação à formação médica e falta de estímulo para os residentes no que diz respeito ao valor prático da certificação (ROSSONI, 2010).

criando condições para que na abertura política do país houvesse transformação do marco legal da saúde brasileira. Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a promulgação da Constituição Federal (1988), conhecida como Constituição Cidadã, começou a aproximação entre as estruturas e os processos de trabalho da Saúde Pública e de Assistência Médica<sup>11</sup> (PASCHE e VASCONCELLOS, 2013; CECCIM, 2007).

No contexto da produção de conhecimento nas Universidades, o Movimento Sanitário constituiu-se nos estudos do eixo Saúde e Sociedade, que integravam as áreas de conhecimento das Ciências Humanas e Sociais, da Saúde e da Economia, a fim de estabelecer relações e análises sobre os “padrões populacionais da saúde e da doença e os comportamentos populacionais do processo saúde-doença” e também sobre o “conhecimento das coletividades humanas, seus processos interativos e características de pertencimento” (CECCIM, 2007). Ceccim reflete sobre estas produções e o nascimento da Saúde Coletiva no Brasil no contexto de luta pelo direito à saúde e pela necessidade de transformação das práticas até então instituídas, e que com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) haviam de ser superadas. A cena de luta social falava de um momento histórico, de uma “singular imbricação dos termos saúde e cidadania” (2007, p. 31).

A importância da noção de cidadania também vai permear o que está por vir no pós-promulgação da Lei 8.080 de 1990, que regulamenta o SUS, e a Lei 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Destaque também para o texto da Constituição Federal de 1988, que entre inúmeras garantias atribui ao Sistema Único de Saúde, em seu artigo 200, inciso III, o ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde. Estes documentos possibilitam a criação de uma rede de discussão sobre a política de formação em saúde no Brasil, composta por gestores da saúde, formadores e com participação comunitária/social. Ceccim e Carvalho (2013) vão ao encontro destas formulações quando afirmam que “a configuração das dimensões técnicas, científica, pedagógica, ética, humanística e política deve pertencer ao projeto de profissionalização requerido pelo País e por suas instâncias de participação e controle social” (2013, p. 143).

No bojo destas mudanças, uma nova concepção de sujeito estava formando-se a partir das discussões sobre as mudanças necessárias para o ensino da saúde. Esta afirmação é possível pela avaliação de que no Movimento da Reforma Sanitária, predominava uma visão

---

<sup>11</sup> Até então, estas duas ações eram desenvolvidas separadamente pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), respectivamente.

determinista sobre o desenvolvimento da formação, que acreditava que uma “nova empregabilidade e regulação do trabalho” geraria uma nova formação nas graduações da saúde como uma consequência. O que a história tem apontado é que as relações são múltiplas e estão em interface umas com as outras (CECCIM, p. 32, 2007).

Durante a década de 1990, algumas entidades ocuparam-se de propor mudanças no ensino nas graduações de enfermagem e medicina (Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), na busca por aproximar os currículos destes cursos às necessidades que estão colocadas para o SUS. Destaque também para os projetos da Rede de Integração Docente Assistencial (IDA) entre 1985-1997 e uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade-Projetos UNI (1991-1997). A partir de 1997, um novo dispositivo configura-se para discussão do ensino, do currículo e da avaliação da educação superior para a saúde, a partir da organização de intelectuais, trabalhadores e militantes na temática do Ensino da Saúde, a chamada Rede Unida (CECCIM, 2008).

Empreendida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), em audiências com as entidades de ensino das categorias profissionais e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 1997 é disparado processo de construção das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), também com o objetivo de refletir criticamente sobre o distanciamento da formação universitária em relação às necessidades de saúde enfrentadas pelo SUS. Este encontro marcou uma importante integração intersetorial para formulação dos novos modos de formar os profissionais de saúde. Pinheiro e Ceccim (2005) acreditam que as DCNs foram um importante passo para alcançar estas transformações, no sentido de indicar um caminho e flexibilizar as regras dos cursos a fim de favorecer um maior comprometimento das Instituições de Ensino Superior (IES) com o SUS. Os autores localizam este esforço também no campo de superação do paradigma biomedicalizante, afirmado pelo modelo *flexneriano* de formação, na busca por atender aos novos desafios da contemporaneidade.

Estes marcos históricos estão colocados para pensar no porquê e em como se estabelecem as Residências Multiprofissionais no Brasil. Embora a Residência Médica date de 1945, sua regulamentação só ocorrerá em 1977, com a formação da Comissão Nacional de Residência Médica, por decreto presidencial. O mesmo acontece com as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), que têm sua regulamentação iniciada no ano de 2005. Algumas mudanças na estrutura organizacional do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério

da Educação (MEC), o compromisso político do atual governo<sup>12</sup> e dos Gestores da Saúde, e principalmente as articulações e os debates produzidos interfaces do quadrilátero da formação<sup>13</sup> nos fóruns de participação, nos processos de Conferências Nacional de Recursos Humanos em Saúde em 1986 e 1993 e da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde em 2005 (BRASIL, 2005).

Em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) são criados para catalisar as discussões e efetivar uma série de ações: a portaria 198/2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, mobiliza a rede de atores da saúde para esta discussão e proposição de práticas pedagógicas através da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS); compõe com o Movimento Estudantil da Área da Saúde para a construção do Projeto Vivência-Estágio na Realidade do SUS (Ver-SUS); publica o Aprender SUS, um dispositivo de mudança na graduação em saúde orientado pela e para a integralidade na formação dos estudantes.

O desejo de atualizar a experiência vivida nos serviços de saúde comunitária do Murialdo e da ESP/RS articulou, em 1999, um grupo de trabalhadores e gestores do Departamento de Atenção Básica e de atores da Reforma Sanitária para propor para o Ministério da Saúde a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde (FERREIRA e OLSCHOWSKY, 2010). Em 2003, com a criação do Deges, é apresentada a Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde, que contém a proposição da criação das Residências Integradas em Saúde, baseadas em necessidades locais de formação de profissionais e no compromisso de reorganizar as práticas de saúde vigentes, estabelecendo-se como uma estratégia inovadora de reorientação do modelo tecnoassistencial de saúde. O documento “Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (EPS)” traz uma avaliação de que as mudanças empreendidas<sup>14</sup> para avançarmos no desenvolvimento da gestão do trabalho e da educação no Brasil, foram importantes, mas não

---

<sup>12</sup> Em 2003 inicia a Presidência da República pelo Partido dos Trabalhadores na figura do metalúrgico Luís Inácio Lula da Silva.

<sup>13</sup> O termo quadrilátero da formação é cunhado por Feuerweker e Ceccim (2004) e busca ser uma teoria caixa de ferramentas que permite analisar as políticas de ensino em saúde construídas no Brasil. O termo traz a imagem de um quadrilátero para realçar as interfaces das dimensões do SUS: gestão, atenção, formação e controle social.

<sup>14</sup> Programas como Interiorização do Trabalho em Saúde, de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros (BRASIL, 2003).

suficientes para alimentar processos de mudanças, se mostrando fragmentas e impactando pontualmente dentro das estruturas hegemônicas (BRASIL, 2003). Concordando com esta afirmação Franco (2007) aponta esta questão como um importante paradoxo analisador, o qual não deve passar despercebido ao propor planos e transformações no desenvolvimento da gestão do trabalho em saúde. Quais as diferenças encontradas entre as propostas de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e aquelas aderidas a ideia de gestão do trabalho e da educação em saúde?

A Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) assume um pressuposto de inversão da lógica de aprendizado, não desvalorizando os modos formais e escolares, reconhecidos pelas Universidades e Escolas Técnicas. Ela vai afirmar a capacidade pedagógica dos processos de trabalho no SUS, trabalhando na perspectiva da aprendizagem significativa, aquela que produz sentidos para as vivências, na qual o trabalhador, a equipe e as relações entre os atores são o lócus principal de produção de conhecimento. A busca por atualização técnico-científica é apenas uma parte do processo de aprendizagem que Franco (2007) chama de dimensão cognitiva. Entendendo o trabalho em saúde como essencialmente relacional (SILVA JUNIOR, 2005; MERHY, 2007) e centrado no usuário como um sujeito de sua ação, os processos de ensinar e aprender no/pelo trabalho acontecem o tempo todo, em ato. Os conjuntos de atos de saúde configuram certo trabalho em equipe, articulado pelos trabalhadores, onde graus de autonomia são exercitados, podendo configurar práticas de saúde que reproduzam a manutenção do modelo, ou que estimulem a criatividade e a inovação para lidar com a demanda e as necessidades dos usuários. Estas possibilidades de escolhas configuram o que Franco (2007, p. 429) chama de dimensão de subjetivação no trabalho em saúde. E assim evidencia que “paralelo à produção de cuidado, há uma linha de produção pedagógica na estrutura organizacional do SUS”.

Há também, na composição das diferenças entre os tempos históricos, outra imagem de trabalhador formando-se, transversalizada pela noção de equipe de saúde, que entende o trabalho em saúde como algo coletivizador. A racionalidade administrativa e gerencial atribuí, na organização do SUS, aos elementos “pessoas” a mesma categorização que atribuí aos recursos materiais, aos recursos financeiros, aos recursos administrativos, estando os trabalhadores de saúde imersos numa concepção que os aproxima daquelas dimensões burocratizadas e protocoladas. Neste entendimento, os “recursos humanos” são os executores das políticas. Quando os gestores e o controle social introduzem, em 2003, o conceito e a imagem de “Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde” em substituição ao conceito anterior, está sendo colocada em cena uma nova concepção de trabalhador, que os

consideram atores ativos nos processos de gestão, de atenção, de formação e na participação social, constituindo “implicação e compromisso com a produção de si e do mundo” (CECCIM, p.169, 2010).

No planejamento da Residência Integrada em Saúde já estava previsto, como um nó crítico na condução do projeto, uma resistência por parte das categorias profissionais no que diz respeito às mudanças nas especializações (BRASIL (17), 2004). Entre estas experiências e o atual momento, disputas estão colocadas para o cenário da regulamentação das RMS, e um sinalizador destas disputas é a própria concepção de formação em saúde embaralhada no processo de regulamentação das Residências em Saúde (CECCIM, KREUTZ, MAYER JR., 2011).

Entre a possibilidade de construir uma normatização que apontasse nominalmente para um dos princípios do SUS, a *integralidade*, através do termo Residência *Integrada* em Saúde, e que fosse um polo de encontro de experiências baseadas nas diversidades de composições, respeitando critérios loco-regionais, pensando a formação como intrinsecamente multiprofissional e integradora do trabalho de diversos núcleos profissionais, a fim de estabelecer aprendizados de práticas cuidadoras nos diferentes pontos da rede de saúde e centradas na construção de relações de alteridade, opta-se pelo termo Residência em Área Profissional, instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Esta opção fala de um posicionamento que perpetua o conhecimento especializado em critérios das corporações profissionais.

Ceccim *et al.* (2011, p. 273) apontam que,

A disputa pelo estatuto das profissões contribui para a normatização dos discursos pedagógicos, na definição dos núcleos de autoridade e competência de cada profissão e nas potencialidades de integração interprofissional, na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe, por isso as Residências Integradas são controversas, respondem interesses coerentes com a construção do SUS, mas não são consensos no mundo fortemente regulado e corporativo da saúde.

Entendo que a RMS vem suprir uma lacuna importante das graduações em saúde, destacando a vivência do trabalho em equipe interdisciplinar, construindo um olhar para os problemas de saúde que seja expressivo do encontro entre a multiplicidade de saberes, na busca por ampliar os sentidos do cuidado em saúde, pautados eticamente pela centralidade dos usuários em nossas práticas. Há aqui um tensionamento para a mudança de lógica da atenção à saúde, na qual as linhas de força dos conceitos e campo e núcleo de conhecimento (CAMPOS, 2000) podem “deslocar o ordenamento formativo do aprofundamento

especializado em setores específicos para um exercício amplo de trabalho em saúde no cuidado transversal em diferentes serviços” (SILVA e CABALLERO, 2010, p. 69).

Entendo que as Residências em Saúde são uma possibilidade para a vivência e a experimentação de um trabalho ampliado e compartilhado, no qual a equipe é um espaço de construção de saberes e circulação de poderes. Esta formação pode inovar práticas de saúde, superando modelos fragmentados, e inventar experiências que produzam práticas cuidadoras e protagonismo dos serviços de saúde na produção de si e do conhecimento que ali opera.

## 5 O CENÁRIO DA PESQUISA

Neste capítulo, pretendo contextualizar o território organizacional do campo de pesquisa, situando no tempo a construção das ações de ensino e atenção à saúde e trazendo os marcos da criação dos programas de residências em questão e dos serviços de saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Ao final, apresentarei, de modo sucinto, a matriz curricular dos programas e o universo quantitativo de residentes e preceptores.

### 5.1 Formação em Serviço

Na década de 1970, iniciava-se a experiência de formação multiprofissional, reconhecida pela sua inovação, proposta pelo Centro Médico Social São José do Murialdo<sup>15</sup>, ligado ao governo gaúcho, na zona leste de Porto Alegre. Inspirado no modelo de medicina preventiva e comunitária, que ganhava ênfase no Brasil já na década de 1960, foi cenário de experimentações que articulavam trabalho comunitário, assistência à saúde e formação em serviço (FAUSTO, 2005).

A formação proposta e desenvolvida contou com profissionais de saúde e ciências sociais (FAJARDO, 2011) e, em 1976, tornou-se a primeira residência em medicina geral e comunitária. Em 1978, inicia-se, integrada à residência médica, a especialização em serviço numa perspectiva multiprofissional. Em função das diferentes conjunturas no governo estadual, a residência multiprofissional sofreu interrupções entre 1986 e 1999. De 2000 a 2014, não houve interrupção na residência multiprofissional (ROSSONI, 2010)<sup>16</sup>. No entanto, durante este período, a Escola de Saúde Pública (ESP) assume a formação, ampliam-se as ênfases e as relações entre gestão, ensino e serviço assumem outras formas.<sup>17</sup>

Um dos colaboradores da experiência do Murialdo foi o médico Carlos Grossmann, que se tornou coordenador da residência de medicina interna do HNSC/GHC. Ela era inspirada na experiência do Murialdo e propunha uma formação médica para generalistas, numa concepção ampla e flexível de currículo. Esta formação acontecia no hospital, junto aos

---

<sup>15</sup> Denominado comumente “Murialdo”.

<sup>16</sup> Rossoni (2010) relaciona essas interrupções à ausência de reconhecimento da formação multiprofissional, denominada de estágio, ora como treinamento, ora como aperfeiçoamento especializado, enquanto que a residência médica já era valorizada como Residência. Outra questão que a diferenciava e fragilizava era a flutuação dos anos de formação, ora dois, ora três. Também durante esses anos, houve diminuição do valor da bolsa dos residentes multiprofissionais em comparação ao dos residentes médicos.

<sup>17</sup> Para compreensão mais aprofundada destas transformações, sugiro a leitura da tese de doutorado de Eloá Rossoni, intitulada “Formação Multiprofissional em Serviço na atenção básica à saúde: processos educativos em tempos líquidos” apresentada em 2010 no Programa de Pós-graduação em Educação da UFRGS.

ambulatórios de especialidades, na emergência e em postos de saúde coordenados pelo Estado do RS (LOPES, 2005).

Em 1982, para adequação às normas da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), uma unidade de saúde foi implantada no HNSC. No mesmo ano, foi criada a Unidade de Medicina de Família, apoiada pela Escola de Saúde Pública do RS; em 1985, ela teve seus serviços ampliados e deu início ao Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do HNSC. A formação médica passa a ser denominada Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária (LOPES, 2005). Em 2002, a residência médica assume sua a denominação de Medicina de Família e Comunidade, certificada como especialidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Em 2013, com a promulgação da lei que ficou conhecida como “Lei do Mais Médicos” (lei 12.871, de 22/10/2013), nomeia-se esta formação como Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade.

A Unidade de Medicina de Família foi um projeto inspirado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, em Alma Ata<sup>18</sup>, localizada na República do Cazaquistão (pertencente anteriormente à União das Repúblicas Soviéticas e Socialistas). Esta conferência consagrou o documento assinado por diversos países e recomendou novo modelo de cuidados primários em saúde aos países, com melhor relação custo-benefício. Neste momento já era detectada a “crise da saúde”<sup>19</sup> (DONNANGELO, 1976), em que, apesar dos altos investimentos em políticas de saúde, não havia melhorias nas condições de saúde das populações.

A partir de 1985, o SSC/GHC iniciou sua expansão pela zona norte de Porto Alegre, ampliando a rede de atenção territorializada e a formação de médicos especialistas, impulsionado pelas organizações comunitárias dos bairros que lutaram pelo direito ao acesso à saúde<sup>20</sup>. De 1982 a 1996 foram 12 unidade de saúde que, atualmente, atendem 90.000 usuários cadastrados nas unidades (BRASIL (14), 2014). Em 2012, o SSC assumiu a gerência dos CAPS e Consultório na Rua, antes pertencentes à gerência de pacientes externos.

---

<sup>18</sup> A experiência no National Health System (NHS) inglês também influenciou a criação e colocou em pauta a figura do Médico de Família como profissional médico mais adequado para as ações necessárias à atenção primária (LOPES, 2005).

<sup>19</sup> Esta autora traz elementos que localizam a medicina comunitária como uma estratégia de enfrentamento da exclusão gerada no processo de medicalização social, visto que o trabalho médico não se efetivou igualmente em todas as sociedades capitalistas. Assim, a Medicina Comunitária não se configura em novo campo conceitual (1976).

<sup>20</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=52uBxnSOG4I>: vídeo contando a história da saúde no bairro Jardim Leopoldina de Porto Alegre. Apresentado na atividade do ‘Perfil’, promovida pelo espaço teórico-prático das RIS/SFC e RMFC, chamado Currículo Integrado.

Estes serviços, de diversas densidades, configuram o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) na contemporaneidade. Vinculado ao Ministério da Saúde (MS), ele apresenta o mote de instituição “100% SUS”, com aproximadamente 8.000 profissionais. É referência para os estados do RS e de SC e composto pelos seguintes serviços:

- a) Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC): serviços de especialidades nos ambulatórios de atenção secundária, com serviço de emergência, serviço de apoio terapêutico e diagnóstico (laboratórios e exames), leitos de internação de diversas especialidades, Programa de Atendimento Domiciliar, Centro Obstétrico, Unidade de Tratamento Intensivo, entre outros.
- b) Hospital Cristo Redentor: especializado em urgências ortopédicas, trauma e unidade para pessoas queimadas.
- c) Hospital Fêmina: especializado em Saúde da Mulher e maternidade, referência para todo o RS.
- d) Hospital da Criança: especializado em Saúde da Criança, referência em atendimento para todo o RS e para crianças indígenas. Abriga o Instituto da Criança com Diabetes.
- e) Serviço de Saúde Comunitária (SSC): formado pela Gerência de Saúde Comunitária e equipe de Apoio Matricial, setor de Monitoramento e Avaliação (responsável pela vigilância e informação em saúde). São 12 Unidades de Saúde, três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS: Caps ad III, Caps II e Caps I) e um Consultório na Rua para atendimento a pessoas em situação de rua.
- f) Escola GHC: antiga Gerência de Ensino e Pesquisa, o Centro de Educação Tecnológica e de Pesquisa em Saúde, criado em 2010, visa qualificar a atenção, a gestão, a participação social e o ensino em saúde; as Residências em Saúde estão vinculadas a ela.

O GHC é uma organização reconhecida por ofertar formação em serviço nas modalidades de estágio e residência, bem como pela produção de conhecimento. Sua missão, destacada nos crachás de identificação dos trabalhadores, é “desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com excelência e eficácia organizacional, através de seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parcerias com outras entidades, fortalecendo o SUS e cumprindo, assim, a função social” (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2014, N/P).

Em 2004, a formação de ensino em serviço ampliou-se com a criação da Residência Integrada em Saúde em quatro ênfases: Saúde da Família e Comunidade (SFC); Intensivismo,

atual Atenção ao Paciente Crítico (ATI), ampliando os cenários de prática para além das unidades de terapia intensiva; Saúde Mental (SM); e, em 2009, foi implantada a ênfase em Onco-Hematologia (OH). Em 2013, novas ênfases: Gestão em Saúde; Atenção Materno Infantil e Obstetrícia; Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Neste mesmo ano, a ênfase de Saúde da Família e Comunidade foi descentralizada para os municípios de Marau e São Domingos (RS) e, em 2014, para Gravataí e Novo Hamburgo (RS).

A escolha por essas ênfases deu-se a partir dos critérios de necessidades loco-regionais das populações, evidenciados por indicadores locais e pelo perfil sócio-demográfico-cultural e situação institucional das equipes do GHC, formadas por diferentes profissões e que atuam, em diferentes medidas, de modo interdisciplinar (BRASIL (2), 2004). Já a descentralização ocorreu pela demanda de interiorização da formação de trabalhadores para o SUS. A ênfase de Saúde da Família e Comunidade apresenta a seguinte composição profissional: Serviço Social, Enfermagem, Psicologia, Odontologia, Farmácia e Nutrição; em 2015, será ampliada para Terapia Ocupacional.

A criação da RIS/GHC aconteceu em contextos de certificações e mudanças organizacionais. A partir de 2003, houve maior sintonia entre as definições de diretrizes e a implantação de políticas e programas vinculados ao Ministério da Saúde (MS). Neste sentido, a proposta da RIS articulou-se com a constituição e o financiamento de Residências Multiprofissionais no país, cuja mediação deu-se pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES- MS), que propôs e formulou as políticas de formação, desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde. Em agosto de 2004, o HNSC recebeu certificação de Hospital de Ensino, do Ministério da Saúde (MS) e da Educação (MEC), pela portaria nº 1.704; o processo foi facilitado pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), juntamente aos demais atores dos serviços (gestores e trabalhadores) (FAJARDO *et al.*, 2010).

Destaco que a nova denominação - Residência *Integrada* em Saúde - é anterior à instituição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) junto ao MEC. Ceccim, Kreutz e Mayer (2011), em artigo que pretende “vasculhar os fios embaraçados” no processo de normatização da CNRMS entre 2005 e 2010, analisam os modos como o discurso oficial vai despotencializando o paradigma da integralidade junto ao componente “educação” na sua interface com a saúde; para os autores, isso ocorre quando se apaga a expressão *integrada* sem aprofundar as diferenças conceituais entre ela e o termo adotado: multiprofissional. Os autores salientam assim a “manutenção do modo dominante de

educação das profissões da saúde” (p. 259), que reforça a formação especialista, diminuindo a potência do contágio do debate sanitário sobre integralidade no setor educação.

## 5.2 Integração Ensino-Serviço

O corpo gestor da proposta e os trabalhadores envolvidos na construção da RIS, que elaboraram o Projeto Político Pedagógico (PPP), desejavam a integração com as Residências Médicas (FAJARDO, 2011), buscando uma costura institucional que oportunizasse relações de aprendizado comum. Autores rememoram a iniciativa do uso do termo *Integrada* na composição da RIS - no contexto de trabalho em equipe multiprofissional e de integralidade do cuidado -, apontando para a expectativa de integração nas formações; no entanto, “isso não ocorreu devido a disputas corporativas vigentes naquele momento no Brasil” (FAJARDO *et al.*, p. 119, 2010).

O discurso pró-integração da ênfase SFC e do PRMFC, junto aos processos de trabalho no SSC<sup>21</sup>, dá-se no cotidiano, por meio de cenários de prática comuns entre as residências e da existência de aproximação ou distanciamento no trabalho. Isso se dá na medida em que os atores envolvidos tensionam estas possibilidades, relatadas por Fajardo *et al.* (2010, p. 118) no processo de implantação da RIS. Eles salientam que,

Para uma das áreas definidas, a SFC, esta proposta estava mais clara e com maior visibilidade, desde o início de sua proposição o Serviço contava com algum grau de multiprofissionalidade em suas equipes. [...] já possuía experiências de compartilhamento de saberes e fazeres no cotidiano ainda que o cuidado fosse médico-centrado em algumas delas. [...] já possuía tradição na formação de médicos em SFC, além de se constituir como campo de estágio para vários cursos de graduação.

No SSC/GHC, as residências estão inseridas nas unidades de saúde, compostas por equipes multiprofissionais, que se configuram como um modelo “híbrido” de atenção básica. Como é um serviço criado anteriormente à instituição do SUS e seu arcabouço legal, assume-se enquanto “Atenção Primária em Saúde”, consequência da aproximação com o referencial

<sup>21</sup> Vide a articulação entre ensino e gestão buscada a partir da criação do dispositivo Currículo Integrado. Em 2001, as práticas das equipes de saúde do SSC eram permeadas pela discussão sobre a Vigilância em Saúde. Ao passo que havia uma crítica ao modelo teórico do PRMFC, composto por aulas e conteúdos não articulados. Visando a mudança deste método e a ampliação do currículo de campo do programa, o Núcleo de Educação e Saúde (NES) apresenta a proposta Currículo Integrado (CI), que visa à integração dos saberes do campo da APS e à ampliação dos olhares sobre a equipe e o território (DIERCKS *et al.*, 2010). O CI muda e amplia em 2005, com a entrada da RIS, passando a ser parte comum do currículo das residências (DIERCKS *et al.*, 2010; PEKELMAN, 2011; SOUZA, 2013).

teórico de Starfield (2002) e efeito do PRMFC no serviço. As equipes são compostas por auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiras, agentes comunitários de saúde (ACS), médicos de família e comunidade, odontólogos, técnicos de saúde bucal, assistentes sociais, psicólogos e profissionais de apoio à segurança e higienização, além de estagiários e residentes.

O SSC ainda conta com trabalho de apoio matricial<sup>22</sup> formado por nutricionistas, farmacêuticas e psiquiatras, que acontece a partir de cada núcleo profissional; bem como secretaria de apoio ao ensino e pesquisa. Também há apoio administrativo e um setor de monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde. Nota-se que a composição das equipes é própria da Instituição e busca equiparar o número de profissionais de cada unidade de saúde pelo número de usuários do território, tendo como baliza o dimensionamento da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL (5), 2011), porém com uma composição ampliada.

No Brasil, o lugar das práticas, discutidas neste trabalho é denominado de *Atenção Básica*, tido como primeiro nível de atenção, equipamentos de atenção à saúde para a população, baseado em territórios de atuação. Atualmente, passamos por um período de ampliação da cobertura da atenção básica e de transição do modelo de atenção. O modelo das Unidades Básicas de Saúde, que funcionam como centros de especialidades médicas, coexiste com as Equipes de Saúde da Família (ESF), centradas na atenção básica, e a presença dos agentes comunitários de saúde, com seu território definido.

Envolta numa série de nomenclaturas, associada a diferentes momentos históricos, marcada por diferenças ideológicas, carregada por concepções de causa e efeito dos processos de saúde e doença, a atual Política Nacional de Atenção Básica carrega elementos associados à APS - tais como a longitudinalidade e a coordenação do cuidado -, aliados àqueles elaborados na cena da construção política sanitária brasileira, como o apoio matricial, a educação permanente em saúde, o consultório de rua, entre outros. A atenção básica brasileira, neste sentido, amplia o escopo de ações da APS e aproxima o campo dos processos formativos a partir da lógica da educação permanente em saúde (EPS).

### **5.3 Entre modelos e práticas**

---

<sup>22</sup> Apoio Matricial é uma metodologia que trabalha na perspectiva do campo e do núcleo (CAMPOS, 2000), visando proporcionar cooperação entre núcleos diferentes, aumentando a capacidade resolutiva da rede assistencial de saúde, ao passo que desenvolve aumento da capacidade pedagógica e de reconhecimento dos trabalhadores de distintos pontos da rede (TENÓRIO e CAMPOS, 2011). Sua organização dá-se nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), previstos na Política Nacional de Atenção Básica (2012), e tem sua indução prevista por financiamento do MS, de implantação e custeio, bem como está aderida à existência de ESF nos municípios. Uma equipe de NASF é referência para, no mínimo, cinco equipes de ESF.

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) é um exemplo deste mosaico de influências, pois suas diretrizes para a assistência passam pelas ações programáticas<sup>23</sup>, pela vigilância à saúde<sup>24</sup> e, recentemente, indica que o acesso às unidades seja organizado na perspectiva do acolhimento<sup>25</sup>. Este mesmo documento institui diretrizes que introduzem a organização dos cuidados às condições crônicas<sup>26</sup>, tal qual estratificação de risco cardiovascular, consultas coletivas, apoio ao autocuidado e gestão de casos complexos (BRASIL (6), 2011).

O tema modelos tecnoassistenciais é discutido por diversos autores (TEIXEIRA, 2006, 1999; CECÍLIO, 1997; SILVA JUNIOR e ALVES, 2007; entre outros). Tem relação com a conceituação de saúde e seus efeitos no modo de produzir as práticas quando exposta às discussões sobre o modelo biomédico, por exemplo. No contexto pós-movimento da reforma sanitária, o tema ganha visibilidade nas 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde<sup>27</sup> e na expansão do PSF (a partir de 1994), aliado aos resultados alcançados em termos de cobertura e de indicadores de saúde (TEIXEIRA, 2006). A relevância dessa discussão reside na necessidade de organizar as ações de saúde, articulando as perspectivas tecnológicas e

---

<sup>23</sup> As ações programáticas são organizadas com base na importância epidemiológica, tendo como objeto de intervenção as principais condições de adoecimento. Seguindo a tradição da saúde pública, as ações programáticas são compostas por: saúde da gestante, saúde da criança, imunizações, saúde da mulher, tuberculose e hipertensão e diabetes. Para cada ação, há indicadores que monitoram a qualidade da atenção, visto que as ações programáticas pretendem, ao ofertar atenção específica por meio de assistência individual para estas condições, incidir sobre a saúde das coletividades. Este modelo foi desenvolvida pelo programa docente assistencial do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP) (VECHIA, 2012; FAUSTO, 2005).

<sup>24</sup> Articulada às ações programáticas, a vigilância é uma prática utilizada em nível individual, atuando sobre os danos, os riscos, as necessidades e os determinantes dos modos de vida e saúde. É também um instrumento para olhar para a saúde das coletividades, atuando na busca ativa de faltosos aos programas prioritários (principalmente gestantes, imunizações e crianças de até 1 ano) e, também, como uma ferramenta para conhecer o território. O modelo de vigilância à saúde foi desenvolvido no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (VECHIA, 2012; FAUSTO, 2005).

<sup>25</sup> Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que coloca em evidência a dimensão relacional dos encontros entre usuários e profissionais. Busca criar espaços de corresponsabilização, escuta ativa e resolutividade (<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>> acessado 02/09/2014). Orienta-se pela proposta do modelo em Defesa da Vida/ LAPA/Unicamp. Apesar de “Acolhimento” ser uma diretriz do GHC desde 2004, no SSC havia uma indicação de adotar este referencial. Em 2012, esta indicação torna-se diretriz no que se refere à dimensão do acolhimento no acesso aos serviços.

<sup>26</sup> Trata-se do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), baseado em estratificação do risco cardiovascular e vulnerabilidade social das pessoas que convivem com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes melitus; visa proporcionar estratégias de cuidado diferenciadas a depender do maior/menor comprometimento, como também, organizar a assistência a estas pessoas de modo a otimizar o tempo dos profissionais, no sentido de garantir um olhar de equidade. Prevê atendimentos coletivos e a metodologia do autocuidado apoiado (MENDES, 2011, 2012; BRASIL (8), 2014).

<sup>27</sup> No relatório da 9<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, há registro da “inadequação do modelo em relação às necessidades da população”. A integralidade aparece na 10<sup>a</sup> CNS enquanto um tema que fará o SUS avançar, colada aos debates do modelo de atenção integral, nesta mesma conferência é reivindicada a ampliação do modelo, visando construir o SUS em parceria com outros setores da sociedade (ações intersetoriais), tema que voltará com maior força na 11<sup>a</sup> CNS (BRASIL (9), 2007).

assistenciais às práticas dos atores. Merhy (2000, p. 1), em documento apresentado à 11ª CNS, levanta aspectos que localizam a discussão sobre os modelos no cotidiano do SUS:

Toda conformação do que interessa em um modelo de atenção à saúde: quais problemas de saúde serão enfrentados, onde, como serão, por que e para que, antes de se tornar um problema técnico assistencial, ocorre a partir do encontro, das disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos que portam as necessidades de saúde, com os que dominam certos saberes e práticas que operam sobre elas, mediado por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos par a governar e contratualizar este processo.

Neste sentido, não há modelo certo ou errado (SILVA JUNIOR e ALVES, 2007), mas práticas de saúde baseadas em organizações que são influenciadas pelas diferentes perspectivas teóricas.

É interessante olhar para as práticas do GHC desde seu lugar no organograma do Ministério da Saúde (MS) (Figura 1) e constatar que o GHC está vinculado ao gabinete do ministro como uma *entidade vinculada* (tracejado), enquanto o Departamento de Atenção Básica está localizado no organograma estrutural que se abre para a organização dos setores subordinados à estrutura do MS. Acredito que esta disposição dá condições para o GHC configurar-se, nas suas práticas de gestão e atenção, como um lugar híbrido, que ora está subordinado e funcionando a partir de diretrizes comuns à atenção básica brasileira, ora a partir de uma construção própria, produzida a partir de condições específicas do seu desenvolvimento histórico.

No território administrativo de Porto Alegre, o GHC é um prestador de serviço, pois não tem sua administração feita pelo gestor municipal. No entanto, a exemplo de outros prestadores de serviços, as equipes do SSC são cadastradas na plataforma do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como Estratégia de Saúde da Família, a fim de contar no cálculo de cobertura da cidade e gozar de incentivo financeiro do MS para as equipes habilitadas para ESF.

Com esta breve síntese, gostaria de destacar os diversos matizes que influenciaram e influenciam a produção das práticas de cuidado e de ensino no campo da pesquisa. No APÊNDICE E desta dissertação, há um quadro que tenta diferenciar as nomenclaturas, que no campo se embaralham: atenção básica em saúde, atenção primária, atenção primária em saúde e estratégia de saúde da família. Apesar da literatura (MELLO, FONTANELLA e DEMARZO, 2009; CONILL, 2008; GIL, 2006) admitir que há mais semelhanças do que

diferenças entre as nomenclaturas, é importante destacar os elementos históricos que as distanciam<sup>28</sup> e que, no campo da pesquisa, suscitam questionamentos.

Desde 2010, o SSC direciona seu processo de trabalho para o enfrentamento das condições crônicas de saúde, a fim de qualificar e ampliar o acesso e o cuidado aos usuários. Isso ocorre concomitantemente com a pesquisa de Avaliação da Atenção à Saúde em Hipertensão e Diabete em Atenção Primária, um estudo longitudinal de quatro anos, envolvendo a população sob responsabilidade do SSC. A pesquisa prevê momentos de educação permanente com os trabalhadores de saúde e aperfeiçoamento técnico das atividades de desenvolvidas no cuidado a estas populações. Esta pesquisa-intervenção está apoiada no desafio de ‘readequar’ as práticas de saúde ao contexto de tripla-carga de doenças (MENDES, 2011, 2012) e tem como objetivo “identificar as ações de saúde de maior impacto na promoção da saúde, na prevenção, tratamento e recuperação destas enfermidades, comorbidades e complicações” (BRASIL (4), 2011, p. 9).

---

<sup>28</sup> Teixeira (2006, p. 20) fala que as divergências e semelhanças estão na ordem da “diversificação de abordagens e propostas alternativas, diferenciadas em função dos contextos, dos fundamentos teórico-conceituais adotados e das estratégias de mudança das práticas pré-existentes nas unidades de saúde e nos sistemas locais que se constituíram em *loci* dessa experimentação e reflexão crítica”.



#### 5.4 Organização Curricular das Residências

O programa da RIS/SFC está organizado a partir da matriz curricular, com espaços teóricos, teórico-práticos e práticos, diferenciados no primeiro e no segundo ano. Já a RMFC utiliza como proposta organizativa o próprio plano de ensino. O Quadro 1, a seguir, apresenta os respectivos espaços e suas cargas horárias da RIS, aproximando o PRMFC quando possível, tendo como objetivo dar um panorama geral do modo de organização curricular formal. As tabelas estão organizadas em: 1. Atividades teóricas; 2. Atividades teórico-práticas; e 3. Atividades práticas. As atividades do PRMFC que não contemplarem esta organização serão explicitadas abaixo.

Tabela 1: Carga horária teórica dos PRMFC e RIS/SFC

Teórica	RIS		PRMFC	
	R1	R2	R1	R2
Seminário de núcleo	2 h/sem 36	2 h/sem 36	2 h/sem	O programa não se ocupa em prever as horas teóricas
Currículo Integrado	2,5 h/sem 36	2 h/sem 36	2,5 h/sem	2 h/sem
Estágio de gerenciamento (teórico)	4 h/sem 8	—	O programa não se ocupa em prever as horas teóricas.	—
Seminário Integrado <sup>29</sup>	53 horas/ano (4 horas X 8 encontros + 3 horas X 7 encontros)	44 horas/ano (4 horas X 8 encontros + 3 horas X 4 encontros)	—	—

Fonte: (BRASIL (1) (3), 2014,2013)

Tabela 2: Demonstrativo da carga horária teórico-prática dos PRMFC e RIS/SFC

Teórico-Prática	RIS		PRMFC	
	R1	R2	R1	R2
Supervisão de núcleo	1 hora X 48 semanas	1 hora X 48 semanas	O programa não se ocupa em prever esta carga horária.	O programa não se ocupa em prever esta carga horária.
Seminário de campo nas US	1 hora X 36 semanas	1 hora X 36 semanas	O programa não se ocupa em prever esta carga horária.	O programa não se ocupa em prever esta carga horária.
Estágio de gerenciamento (teórico-)	64 horas/ano (8 horas X 8 semanas)	—	O programa não se ocupa em prever esta carga horária	—

<sup>29</sup> Encontro teórico exclusivo das ênfases da RIS.

prático)				
Trabalho de conclusão	6 horas X 44 semanas	6 horas X 44 semanas	—	—

Fonte: (BRASIL (1) (3), 2014,2013)

Tabela 3: Carga Horária prática dos PRMFC e RIS/SFC

- Atividades Prática	RIS		PRMFC	
	R1	R2	R1	R2
Ambulatório	8 horas X 44 semanas	8 horas X 44 semanas	24 horas por semana	O programa não se ocupa em prever esta carga horária.
Visita domiciliar	2 horas X 44 semanas	2 horas X 44 semanas	Semanal de 4 horas	O programa não se ocupa em prever esta carga horária.
Controle social	1 hora X 44 semanas	1 hora X 44 semanas	O programa não se organiza com este formato	O programa não se organiza com este formato
Acolhimento	4 horas X 44 semanas	—	O programa não se organiza com este formato	O programa não se organiza com este formato
Vigilância	3 horas X 44 semanas	3 horas X 44 semanas	O programa não se organiza com este formato	O programa não se organiza com este formato
Educação em saúde	4 horas X 44 semanas	—	O programa não se organiza com este formato	O programa não se organiza com este formato
Saúde Mental	—	4 horas X 4 semanas	Existe modalidade de estágio, sem previsão de CH.	O programa não se organiza com este formato
Comunidade	O programa não se organiza neste formato	O programa não se organiza neste formato	7 horas por semana <sup>30</sup>	O programa não se organiza com este formato

Fonte: (BRASIL (1) (3), 2014,2013)

O PRMFC apresenta outra organização dos seus espaços e cargas horárias, que prevê a relação dos espaços e carga horária distribuídas da seguinte forma (BRASIL(1), 2014):

- a) Atividades em Unidades de APS: 3220 horas (56% do total);
- b) Atividades na comunidade: 576 horas (10% do total);
- c) Atividades teóricas: 576 horas (10% do total);
- d) Atividades em nível secundário e terciário: 1234 horas (22% do total);
- e) Outras atividades: 154 horas (2% do total)

<sup>30</sup> Vigilância e programas, trabalho em instituições, grupos, participação popular, campanhas de vacinas e outras (BRASIL (1), 2014).

## 5.5 Corpo docente assistencial

A formação em saúde por meio dos processos de ensino em serviço é uma das missões do GHC e do Serviço de Saúde Comunitária e, por isso, os profissionais que ingressam na Instituição são considerados *orientadores* de ensino. Já os *preceptores* são todos os profissionais que são referências para os residentes: são responsáveis por auxiliar a inserção do residente na equipe e na ênfase SFC. Assim como no PRMFC, são eleitos pelos orientadores e residentes de cada Unidade de Saúde.

Há uma relação balizadora: são três residentes no campo para cada preceptor, tanto na RIS como na PRMFC. Já o número de residentes por campo é relacionado à capacidade instalada da unidade (estrutura física) e ao processo de avaliação permanente dos campos. Na RIS/SFC são 30 preceptores para 81 residentes, e na PRMFC são 22 para 16 residentes (GHC/SAEP/SSC, 2014).

## 5.6 Residentes

Em 2014, considerando os dois programas, há 51 residentes de primeiro ano e 46 residentes de segundo ano em formação nos cenários de prática.

Tabela 4: Quadro com as composições profissionais de R1 e R2, por profissão, em setembro de 2014

	RIS/SFC						PRMFC	Total
	Enfermagem	Serviço Social	Odontologia	Farmácia	Psicologia	Nutrição		
R1	5	9	8	6	7	4	12	51
R2	5	9	9	5	9	5	04	46
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>97</b>

Fonte: Secretaria de Apoio ao Ensino e Pesquisa (SAEP)/SSC, 2014.

## 6 O ENCONTRO COM O CAMPO DE PESQUISA

### 6.1 Campo-equipe

A ideia aqui é narrar os caminhos trilhados na produção de análise do processo desta pesquisa. No trajeto, procurei fazer uma construção que potencializasse a problematização, a partir da contribuição de autores que abordam a análise institucional (BAREMBLITT, 2002; LORAU, 2004). Isso por considerar sua potência para analisar práticas em um contexto de coexistência de duas dimensões – saúde e educação - em uma mesma organização, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Em janeiro de 2014, teve início a inserção no campo da pesquisa, a partir do contato por email com os representantes dos colegiados de gestão dos programas de residência. A apresentação aos colegiados ocorreu em abril (para o colegiado da RIS/SFC) e em junho (para o colegiado do PRMFC).

Na reunião da RIS/SFC, houve dúvidas em relação à composição dos informantes-chaves (sete preceptores) e esclarecimentos: preceptoria, para estes atores, é sempre de campo. E quando se busca a referência do núcleo profissional, nomina-se orientador de núcleo. Orientadores também são todos aqueles que estão no serviço de saúde compondo as equipes. Diferentemente do que ocorre com a RMFC, onde só existe a figura do preceptor de núcleo.

Porém, na indicação dos sujeitos pelos núcleos da Farmácia e da Nutrição, houve estranhamento, no sentido de estar no *campo* - equipe de saúde. Ambas as categorias profissionais estabelecem relação de apoio matricial com as 12 equipes de saúde, compondo as agendas da atenção, ensino, pesquisa e gestão do SSC. O apoio matricial, no SSC<sup>31</sup>, está organizado por núcleo de saber específico da profissão e é composto por quatro nutricionistas e cinco farmacêuticas. Isso o coloca numa situação de distinção com os demais preceptores – de campo. Isto pode nos dizer de outros sentidos aderidos ao termo *campo*, neste caso com outros pertencimentos e intensidades em relação ao seu modo de exercer a preceptoria de/no campo.

---

<sup>31</sup> Este modo de trabalho constitui-se em 2007/2008 e é contemporâneo do lançamento nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), no contexto político sanitário brasileiro, como estratégia de qualificação e ampliação do cuidado na atenção básica. No SSC ainda há o apoio de dois psiquiatras. Em 2012, os serviços especializados em atenção psicossocial (CAPSs) e o Consultório na Rua, assim como a Residência Integrada em Saúde Mental, estão sob gerência do SSC, e neste sentido os núcleos de nutrição e farmácia aumentaram suas equipes de referências.

Considerando que no PRMFC é naturalizado o uso do termo preceptor como alguém aderido ao núcleo de saberes desta profissão, quem instaura a nomenclatura preceptor de campo é a RIS; e a existência de agendas de integração de ambas as formações nos serviços de saúde, nos espaços teóricos e nos processos de avaliação dos campos (BRASIL (12), 2013), sinto a necessidade de definir a noção de campo da qual esta pesquisa parte.

Numa *dimensão prática*, as atividades de preceptoria são produzidas em um lugar chamado equipe de saúde, onde a atenção acontece na unidade de saúde. Nos seus processos de trabalho, as equipes tornam-se palcos singulares para produção da formação e das relações que engendram modos de ser preceptor e de ser residente.

A ideia de trabalhar com a noção de *campo-equipe* é olhar para as equipes como um campo em formação permanente. Um coletivo de pessoas, com saberes e práticas instituídas, que (re)produzem a si mesmas enquanto certa equipe, singular em sua invenção; que abrem e fecham seus processos de produção, mantendo certa ordem estabelecida e também produzindo transversalidades<sup>32</sup> (BAREMBLITT, 2002; FRANCO e MEHRY, 2013).

A noção de abertura e fechamento é inspirada na composição de Campos (2000) sobre campo e núcleo, na qual o primeiro é um “espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprirem tarefas práticas e teóricas” (p. 220). Já o conceito de núcleo compõe um duplo relacional, podendo ser entendido como uma “aglutinação de saberes e prática sem, contudo, indicar um rompimento geral com o campo” (p. 221), no qual estes saberes estão expostos a sofrer mudanças, “ressaltando sua dimensão socialmente construída, sugerindo que a escolha de seus caminhos funcione como uma possibilidade e não como uma ocorrência automática.” (p. 221).

O documento Plano de Ensino da ênfase de SFC/RIS (2013) elenca as atividades práticas que compõem a formação no primeiro ano: ambulatório, visita domiciliar, controle social, acolhimento, vigilância e educação em saúde; incluindo, no segundo ano, o eixo saúde mental. Além destas, há estágios organizados ora no/pelo núcleo profissional, ora pela ênfase (estágios para todos os núcleos).

Já no Plano de Ensino da RMFC (2013), as atividades práticas desenvolvidas na equipe de saúde contemplam: ambulatório, visitas domiciliares e atividades na comunidade (incluindo vigilância e ações programáticas, grupos/atividades coletivas, participação social, campanhas de vacinação, entre outras).

---

<sup>32</sup> Por transversalidade, entendo o espaço que as equipes produzem quando se inventam para além do que é o estabelecido, quando desmistificam processos e atuam pela via da invenção de si, seja nos encontros com usuários ou nos encontros consigo mesmas.

Apesar de documentos norteadores distintos, as práticas nas equipes transbordam esta normativa. Assim como uma fotografia é o retrato de um instante, os planos de ensino são trilhas que não captam as possibilidades de experimentações contidas num campo-equipe. Este transbordo pode ser percebido em algumas falas:

E da própria cultura das equipes, cada residente vai ter uma experiência diferente, cada equipe tem sua cultura, sua forma de trabalho e acho que isso vai ditar muito a nossa formação. (R<sup>33</sup>)

Acho que parte daquilo que eu já falei antes, que é o residente entender que não tem trabalho aqui que não seja da equipe. Não existe trabalho, aqui numa unidade de atenção primária, não existe trabalho profissional que não seja multiprofissional. Se está existindo, nós estamos com problema, tem algum problema. (P)

Ainda que ocorram distinções sobre esta noção,

Nas coisas de campo eu não me envolvo muito, até porque eu tenho críticas à maneira como é conduzido. Eu acho que ela é muito teórica e pouco prática; a integração, ela não acontece, e se usam ferramentas diferentes. (P)

A introdução do referencial teórico da RIS no SSC mostra que a noção de campo se constrói a partir de tensões. A RIS também se apoia nos conceitos de Campos (2000) (BRASIL (2), p. 2, 2008) para constituir-se em ênfases distintas e para organizar a matriz curricular. Já o PRMFC considera as equipes como campo de aprendizagem, e vai utilizar a nomenclatura *campo* (num sentido próximo ao utilizado pela RIS) para referir-se aos conhecimentos teóricos de campo (no item metodologia do PRMFC). Estes estão localizados especificamente nos espaços de seminário de campo<sup>34</sup> e currículo integrado<sup>35</sup> (BRASIL (1), 2013).

---

<sup>33</sup> Na página 60, contextualizarei a nomeação dos sujeitos da pesquisa. No entanto, como estou anunciando desde aqui estes sujeitos, sinalizo que R significa residente, P significa preceptor e G significa gestor.

<sup>34</sup> Seminário de Campo: Espaços programados de discussão multiprofissional sobre situações com usuários ou sobre temas de interesse ao cuidado em APS, integrando o processo de formação dos residentes (BRASIL (12), 2013). Estes espaços têm carga de uma hora semanal e acontecem nas unidades de saúde, preferencialmente com todos os residentes e preceptores de ambos os programas.

<sup>35</sup> Currículo Integrado: considerada atividade teórico-prática de reflexão sobre o campo da APS, porém, diferentemente do seminário de campo, acontece entre todos os residentes de ambos os programas, em conjunto com profissionais de saúde do SSC denominados facilitadores de aprendizagem. Cada facilitador – ou dupla de facilitadores – é responsável pela mediação de um pequeno grupo de oito a 12 residentes. Entre os conteúdos abordados no primeiro ano estão: princípios e atributos da APS, educação popular em saúde, território, redes de atenção à saúde, modelo de cuidado às condições crônicas e ação programática. Já no segundo ano, a atividade consiste na elaboração de um projeto de qualificação da APS, por meio da ESF/ESB/NASF, em um município de até 100.000 habitantes (SOUZA, 2013; PEKELMAN, 2011; DIERCKS *et al.*, 2010).

Nos campos-equipes, estas tensões estão presentes na constituição das práticas e nos discursos destes sujeitos, criando graus de movimentos e de estagnação nos processos de trabalho do ensino na saúde (nas equipes, na gestão, nos serviços, nos programas).

## **6.2 Os efeitos do campo em mim**

Na trilha da entrada no campo, na apresentação do projeto de pesquisa para o PRMFC, os questionamentos foram de outra ordem: diziam respeito ao que denominei “prática cuidadora”. Essa expressão estava dada no título do projeto de pesquisa, e a partir dela busquei demarcar os contornos deste constructo. Neste episódio, fica evidente uma dimensão de intervenção, implicitamente, que pode atravessar uma pesquisa, realizada por uma agente que ao mesmo tempo em que investe seu tempo de trabalhadora, resolve pesquisar o cotidiano de trabalho.

Mesmo sem assumir o caráter de intervenção, acredito que a presença como pesquisadora e a proposição de alguns debates, relacionados à figura do preceptor ou à prática cuidadora, tenham animado certas reflexões não só sobre o processo e o produto da pesquisa, mas também sobre a prática de quem estava ouvindo sobre o que se tratava esta aventura.

Os questionamentos sobre as noções que perpassavam o trabalho de campo foram mobilizadores de angústias, pois ora acionavam a necessidade de uma determinada resposta - e isso exigia um distanciamento não automático deste lugar de dar a resposta -, ora vinham cobertos por uma insegurança: o que estão pensando sobre o que estou desenvolvendo?

O processo de amadurecimento da pesquisa e da escrita aconteceu mediante estas instabilidades com aquilo que disserto e com o compromisso com a organização na qual realizo e pesquisa e trabalho. A história desta organização (do GHC) esteve, em diversos momentos, presente nos diálogos estabelecidos com os sujeitos. O exercício de produzir conhecimento, no entanto, requer questionamentos para compreendermos os processos que se pretendem homogêneos, resolutivos, qualificados. Ser habitada por estas duas forças – a da organização e de sua história, e o da produção de pesquisa, que coloca em dúvida algumas verdades homogeneizantes – produziu preocupações sobre a possível repercussão dos resultados junto à organização.

Apoiada nas leituras da análise institucional (BAREMBLITT, 1992; LORAU, 2004; MONCEAU, 2008) e no conceito de implicação (LORAU, 2004; MINAYO, 2006), olhei para os constantes distanciamentos e aproximações que realizo, desde a condição de ter sido residente, preceptora e coordenadora de programa (em distintos momentos da minha

formação), ou do cargo de enfermeira que ocupo dentro da organização GHC. Essas condições construíram e constroem certo olhar para o campo da pesquisa que, se dados como naturais, podem produzir vieses nas análises, ao passo que é impossível admitir neutralidade no fazer pesquisa e nas escrituras.

Para Minayo (2006), uma das características das pesquisas sociais é a implicação<sup>36</sup> do pesquisador na investigação, que mesmo diferente do que é seu objeto de pesquisa, tem um substrato comum. Por conseguinte, essa característica está diretamente relacionada ao fato da pesquisa social ser *intrinsecamente e extrinsecamente ideológica*, comprometida, implicada. Ao assumir uma postura de identificação entre objeto e sujeito de pesquisa, a construção do olhar da pesquisadora e dos atores sociais implicados é constituinte do processo de conhecimento (MINAYO, 2006). Já Lourau (2004, p. 29) vai dizer que estar implicado “é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc.”.

É na análise institucional que encontrei referencial teórico para apoiar as análises que faço no/do/sobre o cenário da pesquisa, pois dele emergem lógicas que viabilizam o desenvolvimento das instituições. Enquanto uma organização, o GHC é perpassado por três grandes instituições: saúde, educação e pesquisa. Para Baremlitt (2002), uma instituição é caracterizada por “composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotam, podem ser leis, podem ser normas (...). Mas uma instituição não necessita de tal formalização por escrito” (BAREMBLITT, 2002, p. 25). O autor continua sua exploração sobre as instituições arguindo,

O que estas lógicas significam? Significam a regulação da atividade humana, caracterizam uma atividade humana e se pronunciam valorativamente com respeito a ela, esclarecendo o que deve ser, o que está prescrito, e o que não deve ser, isto é, o que está proscrito, assim como o que é indiferente. (p. 25-26)

As instituições, para existirem, necessitam de veículos, e sua materialidade está representada em organizações. Para fins desta análise, o GHC é uma organização atravessada pela instituição saúde e pela instituição educação. Os sujeitos destas organizações atuam a fim de garantir o dinamismo deste complexo instituição-organização, e são eles os atores das práticas de ensino e de cuidado, efeitos dos encontros de diversas ordens (BAREMBLITT, 2002).

---

<sup>36</sup> Baremlitt (2002) fala que este termo tem “uma certa semelhança com o termo psicanalítico de contra-transferência, só que no institucionalismo a implicação não é um processo apenas psíquico, nem inconsciente, mas de uma materialidade múltipla e variada, complexa e sobredeterminada” (p. 136).

Além dos sujeitos preceptores, prevemos o olhar dos residentes na construção da pesquisa. A entrada desses atores aconteceu mediante intervenção junto aos fóruns de preceptoria, tanto da RIS quanto do PRMFC, pois nestes há representação de residentes. Os residentes da RIS organizam-se enquanto coletivo numa assembleia mensal, e foi nesse fórum que expus a pesquisa e o convite. O residente médico foi contatado no próprio fórum colegiado da RMFC.

Nos critérios de inclusão/exclusão dos participantes da pesquisa dos gestores, estavam previstas entrevistas com aqueles que estavam coordenadores no ano de execução da pesquisa. Porém, durante a entrada no campo, houve eleições para coordenação dos dois programas, não havendo recondução. Assim, assumem em primeiro mandato: em março de 2014, a coordenadora da RIS e, em maio, a coordenadora do PRMFC. Ambas as coordenações (pré- e pós-eleições) contemplavam os critérios de inclusão desta pesquisa; no entanto, considerando a experiência na coordenação como marco valorizador, decidi incluir os coordenadores antecessores<sup>37</sup>.

Os informantes-chaves, ao final, resultaram em: sete preceptores, sete residentes e um gestor. O gestor do PRMFC recebeu o projeto de pesquisa e o convite para participar, porém não respondeu ao contato feito. Acredito que o fato de estar fora da coordenação tenha colaborado com o distanciamento. Abaixo, os quadros com a caracterização dos informantes-chaves ao final.

Tabela 5: Caracterização dos preceptores entrevistados (7)

GÊNERO	FORMAÇÃO	TEMPO DE PRÁTICA NA PRECEPTORIA
M	Residência Medicina Geral Comunitária Mestrado em Educação	34 anos
F	Residência Integrada com ênfase em Atenção Básica Mestrado em Serviço Social	10 anos
F	Especialização, mestrado e doutoranda em Psicologia Social e Institucional	Um ano e seis meses
F	Especialização em odontologia coletiva, em Saúde da Família e Comunidade Mestre em epidemiologia	Dois anos (cada ano em unidade de saúde diferente)
F	RIS/SFC	Um ano

<sup>37</sup> Em decorrência da longa tramitação - das diligências nos dois Comitês de Ética em Pesquisa - o prazo excedeu o previsto para as entrevistas.

F	RIS/SFC	Um ano
F	RIS/SFC Especialização em Nutrição Enteral e Parenteral Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde	Quatro anos

Fonte: Entrevistas realizadas pela pesquisadora, 2014.

Tabela 6: Caracterização dos residentes entrevistados

GÊNERO	FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA	TEMPO DE PRÁTICA PÓS-FORMADO/colação de grau	Colação de Grau
M	UFRGS	Um ano em uma drogaria	2009
M	UFCSPA	Sem experiência prévia	2012
F	PUC/RS	Sem experiência prévia	2013
F	UFRGS	Sete meses numa casa geriátrica	2012
F	PUC/RS Mestrado Serviço Social/UFSC	Nove anos na docência do curso de serviço social, supervisão junto aos estágios curriculares.	2002
M	UcPel	Um ano em pronto atendimento	2011
F	UFRGS	Sem experiência prévia	2012

Fonte: Entrevistas realizadas pela pesquisadora, 2014.

Tabela 7: Caracterização da coordenadora entrevistada

SEXO	FORMAÇÃO	TEMPO NA PRECEPTORIA/GESTÃO
F	RIS/SFC Mestrado em Saúde Bucal Coletiva	Preceptoria: seis anos Gestão: um ano e 10 meses

Fonte: Entrevistas realizadas pela pesquisadora, 2014.

A natureza do estudo também é recortada nas bordas da experiência local. Sendo assim, os documentos analisados, listados a seguir, foram os que se restringiam às normativas locais:

- a) Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC (2009).
- b) Programa da Ênfase da RIS/ Saúde da Família e Comunidade (2013).
- c) Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (2013): este documento contém o regimento do PRMFC e o extrato da resolução 02/2006 da Comissão Nacional de Residência Médica.
- d) Regimento Interno do Serviço de Saúde Comunitária (2008).

- e) Relatório de Avaliação dos Campos de 2013 (2014).
- f) Orientações para a organização da assistência nas unidades de saúde do SSC (2012).

### 6.3 Nomeando os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa serão identificados como preceptor (P), residente (R) ou gestor (G), buscando analisar os sentidos e as práticas destes atores em formação nas equipes. A reflexão aqui produzida será sobre o olhar para ‘o campo’ das práticas de preceptoria inseridas em determinadas equipes e para os entrecruzamentos dos modos de ensinar e aprender, produzindo atenção à saúde.

A preceptoria de campo aqui será considerada uma prática social, algo que dialoga com a definição de DalPiaz (2005, p. 69), a qual é engendrada “num tecido composto de elementos indissociáveis, múltiplos e heterogêneos, em interação, que produzem formas sociais, que se fazem e se desfazem sem parar, em um processo contínuo de institucionalização, no tensionamento entre forças instituintes e instituídas”. Assim, parece tratar-se de uma prática que se torna múltipla pela força do componente entredisciplinar, desejado por apontar para construções que visem transformação das práticas de saúde a partir da perspectiva da complexidade. Dizendo de outra forma, é múltipla, pois empreendida por profissionais de categorias profissionais diferentes entre si, produz soma e multiplicação das diferenças, e porque é uma prática ativada por agendas comuns e singulares.

Comuns por serem normatizadas pelo escopo organizativo dos programas (matriz curricular, perfil do egresso, objetivos das ênfases), e singulares pelo seu modo de acontecer em cada equipe de saúde. A multiplicidade também pode ser percebida no processo instituído para ocupar o lugar da preceptoria nas equipes de saúde através do processo eleitoral, no qual é intenção que ocorra um debate aproximado entre preceptores em potencial, residentes e equipes (BRASIL (13), 2008). Uma preceptora lembrou que o que a fez assumir a preceptoria de campo,

[...] foi algo construído dentro do grupo, dentro da equipe e também junto com os residentes, tinha uma identificação deles comigo e eles acharam que seria interessante eu estar como preceptora.

Neste sentido, percebo que seria empobrecer os sentidos desta multiplicidade se declarasse que as práticas da preceptoria de campo são estritamente relacionadas à categoria profissional A, B ou C, e se correria o risco de a análise ser reduzida a uma prática de

preceptoria restrita a uma competência profissional e técnica. Partimos de uma premissa de Mehry (2010, p. 204), na qual na construção social da demanda há “o referente simbólico do campo”. No sentido de que quando o profissional X entra em contato com a alteridade provocada pelo encontro com o usuário, desterritorializa seu saber técnico (núcleo tecnológico profissional) e provoca movimentos que tensionam a conformação de um núcleo tecnológico não profissional, que o autor nomeia de “dimensão cuidadora das práticas de saúde” (p. 204).

A preceptoria de campo é um lugar desterritorializante dos saberes profissionais, na medida em que ela faz mediações com os residentes de diversas categorias profissionais. O preceptor coloca em cena seu saber técnico, filiando campo de especialidade saúde/medicina de família e comunidade e ao que está prescrito à função preceptoria, há uma atualização permanente. Esta é construída, desconstruída e reconstruída na medida em que as trajetórias formativas adquirem movimento. Assim, junto com a totalidade do processo formativo dos residentes, vai conformando outras subjetivações, explicitadas na fala de uma residente,

E isso é o que eu vejo como maior potencial. De tu se ver como trabalhador da saúde, não só trabalhador da tua categoria profissional. E isso eu vejo aqui, isso acontece, não sei se da forma ideal, que se preconiza pelo programa, mas acho que isso em todas unidades deve ser assim.

Considerando o contexto de intencionalidade dessas formações, mesmo em suas diferenças, há uma expectativa social que se declara desejosa por transformação, seja do modelo de atenção, seja do próprio modelo de formação dos trabalhadores. Neste sentido, parece potente assumir a denominação de *ator social* (TOURAINÉ, 2008), pois estes sujeitos estão abertos a compor um cenário de práticas que se conforma para além de suas profissões, que propõe um modelo de formação diferente do acadêmico, para ensinar e aprender no contexto de trocas nas equipes de saúde, e nas demais trajetórias formativas propostas pelas Residências. Quem está passando pela experiência da formação (seja trabalhador ou residente) é convidado a assumir-se enquanto sujeito de uma ação coletiva, ou seja, estar agenciando aprendizagens é estar compondo uma experiência, além de ética e estética, também política.

Compor espaços de ensino em serviço para estes atores sociais parece ser um aceite à exposição da transformação de si. As realizações das transformações desejadas para o modelo de saúde dependem, em alguma medida, das nossas conexões por meio dos diálogos estabelecidos no mundo, além daquilo que somos, pelos sentidos das coisas que nos tocam.

Não somos mais indivíduos isolados, produzindo somente atos profissionais centrados, somos muito mais encontros em alteridade permanente. O ator social/sujeito destaca-se na sua construção a partir de processos de intersubjetividades (AYRES, 2001, p. 22), “*no caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos*”. O ator social está exposto à transformação advinda dos encontros e não ocupará aqui o lugar da permanência. Interessa-nos mais ver estes sujeitos em permanente afetação com o contexto, produzindo diálogos afetivos entre si, produzindo a si mesmo (TOURAINÉ, 2008).

Então eles (os residentes) me interrogam, me fazem pensar, quando eles trazem dúvidas, quando eles chegam a um outro lugar.(P)

[...] tem alguém questionando, e tu tem de ter uma explicação do porquê tu está fazendo, e eu acho isso bom. (P)

A análise do material empírico foi influenciada pelo método hermenêutico dialético, que oportunizou uma abordagem das categorias de análise na perspectiva de uma compreensão, em profundidade, acerca do tema em pauta. Esta consistiu em três etapas, dinâmicas e complementares, iniciando pela (1) ordenação dos dados: transcrição fina do material empírico e organização dos dados de observação, já prevendo uma ordenação e proposta analítica; (2) classificação dos dados numa perspectiva de relação com o embasamento teórico e as hipóteses do pesquisador para aprofundamento da análise; e (3) análise final para articulação das reflexões teórico-conceituais com a realidade estudada, sugerindo pistas e indicações para transformação do cenário (MINAYO, 2006).

Uma aproximação prévia ao processo de entrevistas foi a leitura e sistematização dos documentos relativos ao ensino (normativas e planos de ensino), a partir de três eixos: preceptoria; objetivos/habilidades/metodologias; e práticas de cuidado. Este documento compilado encontra-se no APÊNDICE D.

A ordenação dos dados deu-se a partir de uma segunda leitura das entrevistas, lidas em blocos de preceptores, residentes e gestor. Por exemplo: na caracterização dos preceptores entrevistados, já percebi que a grande maioria havia feito residência; este ponto teve destaque e foi partida para a construção dos próximos. O processo sucedeu com a produção de perguntas aos blocos de entrevistas inspiradas no roteiro de entrevistas. O conjunto de entrevistas em blocos foi colocado lado a lado e foram analisadas as peculiaridades de cada ator deste processo e seus diálogos estabelecidos. Para compor certa ordenação dos dados, foi construído um croqui das análises (MERHY, FRANCO, 2013), e sua versão final encontra-se

no APÊNDICE G. Este croqui foi inspirador para a construção do mapa das análises aqui apresentadas.

#### **6.4 Primeiro ato: função preceptoria**

É perceptível o processo comunicativo e transformador ocorrido entre o texto, a pesquisadora, seus objetos e sujeitos de pesquisa, que possibilitou que a produção textual e suas conexões políticas e teóricas fossem ressignificadas. Mas com isso não pretendo deixar de lado aquilo que ora me constituiu e que foi a trilha possível da construção do projeto de pesquisa. Essa trilha estará ali, porém agora com múltiplas pegadas, imagem de uma construção que é coletiva; o mato que foi aberto nessa trilha cresceu para outras direções, com galhos novos, imagens de referenciais teóricos novos, reconstruídos; e o olhar da “trilheira” para o seu caminho e para o lugar que pesquisa, já consegue apagar as opacidades que ora compunham certo viés.

A leitura do material empírico foi um reencontro com os sujeitos entrevistados, com as sensações produzidas naqueles encontros e atualizadas num reconhecido diálogo que as 15 entrevistas produziram entre si. Reconhecido, por já compreender algumas variáveis do contexto das relações que ali emergiram, ao perceber que ali não há neutralidade ou assepsia; mas influência da organização, do funcionamento das equipes e dos debates estabelecidos nos espaços de participação e deliberação - de ambas as formações.

Porém, escrevo desde o lugar da Residência Integrada, e acredito que isto deva ficar marcado nestes escritos, visto que os sujeitos entrevistados da RIS são em maior número e, conseqüentemente, mais transversalizados pela intencionalidade formativa, baseada na aposta da integração. Durante as entrevistas, foi possível perceber tensionamentos que advêm dessa integração (RIS e RMFC), diferentes em tamanho daqueles proporcionados no início da RIS no GHC (2004), mas semelhantes em conflitos teóricos e resistências práticas.

O tornar-se um preceptor na RIS está em permanente diálogo com o simbólico e o pragmático do que vem após a nomeação clássica: *de campo*. As variáveis significantes produzidas pelos intercruzamentos/pelas comunicações do campo com o núcleo profissional ao qual o preceptor se filia são inúmeras. Já nos núcleos da Farmácia e da Nutrição, estas variáveis existem com outras intensidades de aproximação com o campo. Já no RMFC, a expressão preceptor é automaticamente associada ao núcleo profissional. E este trajeto de pesquisa previu uma colagem, não prevista nos documentos formais, do termo preceptor de campo junto ao PRMFC, numa aposta de integração nas equipes, também com diferentes

intensidades, mantendo-se em fóruns separados, mas articulando processos de aproximação nos campos e na gestão (BRASIL (12), 2013).

Um dos efeitos da RIS nos campos é poder reconstruir este fazer – da preceptoria - em contato com outros residentes e especialmente com a figura do preceptor de campo. Inclusive, um dos objetivos da pesquisa foi identificar práticas pedagógicas comuns aos preceptores. Porém, o trabalho de campo e as análises que o sucederam, mostraram-me que as práticas de preceptoria são singulares, e atravessadas pelas experiências, intencionalidades, visões de mundo de cada ator.

Considerando o quadro de formações de graduação entre os preceptores entrevistados e as diferentes inserções nas equipes, é possível haver práticas comuns? A prática de preceptoria de campo não estaria fadada a ser contornada pela singularização dos processos de ensino em serviço?

A função preceptoria de campo foi a primeira categoria que emergiu; para tornar-se um preceptor, as documentações estabelecem alguns critérios, e é a partir deles que cada um/a irá descobrir o seu modo de colocar-se nos campos. Os critérios estão descritos abaixo:

Art. 11. Os Preceptores serão indicados dentre profissionais com curso de graduação, especialização na área de atuação ou mínimo de dois anos de experiência profissional na área de atuação ou Residência na área, devendo pertencer às equipes dos serviços nos quais a RIS/GHC se desenvolve e no mínimo um ano de contratação efetiva na instituição [...]. (MINUTA DO REGIMENTO<sup>38</sup> DA RIS/GHC, s/ano).

Art. 3º - Os preceptores deverão obrigatoriamente ter RM em Medicina de Família e Comunidade, possuindo atributos éticos, morais e científicos reconhecidos. (REGIMENTO PRMFC, 2013)

As análises iniciarão pelas motivações para ocuparem a preceptoria, seguido do modo como cada sujeito opera sua prática de ensino do cuidado, dando pistas de como os preceptores de campo forjam-se nesta função (como me torno preceptor de campo?). Ao final, analisarei as ambivalências que marcam esta prática, bem como os avanços necessários para seu desenvolvimento.

## 6.5 Segundo ato: processo de ensino-aprendizagem

---

<sup>38</sup> Esta minuta está aguardando análise do setor jurídico do GHC.

A ideia de um cais é uma imagem que está presente durante o desenvolvimento da pesquisa, em todas as suas etapas. Este é o lugar das passagens, onde se atraca com tempo de permanência definido pela sua função, que é ser um lugar de chegadas, partidas, e de trocas. Lugar de parar em terra firme para alguns, lugar de movimento para outros, e zona de fronteira para outros mais. É nele que os movimentos de buscas e conexões entre o universo empírico e a teoria acontecem. Nas possibilidades de significar o que é a imagem de cais, anoro-me na ideia de fronteira e de movimento. Fronteiras em movimento é uma expressão que carrega um sentido de mudança, transformação. Este cais que me constitui parte de uma inquietação militante.

Pesquisar práticas na organização em que estou inserida, onde estou produzindo e sendo produzida, acompanha, ou deve vir acompanhada, de um olhar analisador perante a minha ação como pesquisadora, que é afetada pela minha ação como profissional deste campo. Este olhar é vigiado pela própria pesquisadora, para que se possam encontrar elementos ainda não conhecidos, ou não elaborados. Esta profissional tem um posicionamento sobre o trabalho que é realizado na organização e, mesmo não tendo total consciência de tudo que o conforma, sabe que este posicionamento virá a aparecer, na forma das perguntas, na forma da entrada no campo, na forma da escolha dos informantes-chaves da pesquisa, e na forma como me afeto pelos sujeitos e suas contribuições.

Na primeira entrevista, com uma residente, perguntei, quase no final, se ela gostaria de compartilhar alguma cena de cuidado que a tinha marcado neste ano e meio de formação. Ela descreve:

Olha, segunda-feira quando eu estava indo pra unidade uma usuária me abraçou de uma maneira muito carinhosa; venho da zona sul, levo quase duas horas pra chegar lá e isso é muito gratificante, tu vê um reconhecimento, a gente já está no segundo ano, a gente já tá acompanhando mais a questão da longitudinalidade [...]. (R)

Sua narrativa comoveu-me e na finalização da entrevista, quando perguntei se gostaria de falar algo mais, sua resposta foi que falar sobre a cena do abraço a emocionou. Pude compartilhar que havia igualmente me emocionado. A intenção de trazer esta cena é por ela representar que as vivências relatadas pelos sujeitos são, algumas delas, vividas por mim no exercício de estar na condição de residente, de trabalhadora, de preceptora ou de coordenadora de programa.

Neste sentido, não houve método trilhado que estivesse desvinculado, primeiramente, da constatação de minha implicação e, posteriormente, de um processo de análise da mesma.

Porém, essa cena também remete a outro componente que constitui os processos de cuidado e de ensino da saúde: a afetividade. Esse elemento será um condutor do processo de ensino e aprendizagem, será conexão para chegar-se ao segundo ato, que trata das composições surgidas nas relações preceptor e residente e equipes de saúde e residência. Um elemento que apareceu com certa frequência nas entrevistas foi o tema do acolhimento, enquanto uma estratégia de qualificação do acesso às unidades de saúde, assim como um eixo presente na matriz curricular da RIS/SFC enquanto prática de campo, comum a todos os núcleos. Neste sentido, ele será um analisador<sup>39</sup> da próxima categorização, denominada de práticas cuidadoras.

## 6.6 Terceiro ato: práticas cuidadoras

Quando os objetivos foram elencados no projeto de pesquisa, havia um pensamento que me passava e que não me tomava, ficava fora do foco, mas sentia sua presença. Talvez fosse um projeto de pesquisa mais selvagem, que precisou ser reprimido no processo de produção de conhecimento do mestrado, que é delimitado pelo tempo e pela condição de primeiro contato com o processo de pesquisa e os agenciamentos que dele decorrem.

Essa expectativa intuía que poderia ser possível perceber os caminhos da formação de vínculo, de empatia, dos modos de produzirem-se encontros cuidadores entre usuários e profissionais. E essas imagens apareceram durante as entrevistas, mais especificamente em uma questão: “como você descreveria seu modo de ensinar (para preceptores) e aprender (para residentes) as questões relativas à assistência dos usuários, das famílias e da comunidade?”.

Por outro lado, não havia estimado a força de trazer o nome “Família e Comunidade”, que estabelece forte ligação com a principal estratégia para a mudança do modelo de saúde no país – Estratégia de Saúde da Família. Ao entrar em contato com a totalidade das entrevistas e construir os primeiros trajetos das análises, elementos mais coletivizadores aparecem,

Mas olha o impacto que as crianças hoje em dia estão sofrendo, os índices de sobrepeso, obesidade, absurdos [...] e é um modo de vida das pessoas. As crianças não saem mais de seus apartamentos, ficam no tablet, e aí a gente chega lá, gente, vocês tem que comer direitinho, tem que comer fruta. E aí a fruta vem de uma produção com excesso de agrotóxico absurdo, a frutinha. E a gente não olha para isso, e a gente vem com o discurso da saúde e aí fica remando [...], a serviço da indústria farmacêutica, a serviço do capital, a serviço do paradigma biomédico. (R).

---

<sup>39</sup> Como analisador, estou entendendo aquilo que faz a instituição falar (BAREMBLITT, 2002)

Tem história de uma paciente que ela era super depressiva, e aí ela veio por aquela história, veio fazer a consulta de saúde da mulher, coletar o CP. A gente não fez o exame, a gente ficou duas ou três consultas conversando, e ela estava muito triste [...] E aí eu convidei ela pra participar do grupo de mulheres, aí ela entrou no grupo de mulheres e vinha às vezes comigo ainda. [...] E daí depois ela teve de ir embora, porque o filho dela se acidentou e morreu e saiu do grupo, e aí quando ela foi embora ela me falou que ela tinha gostado muito de me conhecer e que bom que eu ofereci pra ela o grupo, que foi um espaço muito bom pra ela [...] E agora eu entrei no grupo e elas falam dessa pessoa ainda, que ainda mantém contato. Então acho que é isso, na verdade, a potencialidade não é minha, é da equipe. (R)

Naquela imagem sombra constata-se uma redução do olhar para o que atravessa e transversaliza o universo do cuidado em saúde. Um olhar de dentro da minha caverna de aprendiz de pesquisadora.

Reduzido não quer dizer que não se conformou no contato com os sujeitos da pesquisa, pelo contrário, foi o material emergente que me auxiliou a ampliar, por meio da identificação de outros campos que estão em relação com esta dimensão interpessoal de uma prática cuidadora. Sobre esta dimensão mais privada de uma prática cuidadora, Ayres (2011), ao refletir sobre os usos da expressão Cuidado<sup>40</sup> nos debates em torno da integralidade e da humanização, percebe que as elaborações mantêm-se em torno das relações interpessoais. Porém, ao ficar exposto a esta permanência, o conceito de Cuidado distancia-se de elementos que são evidenciados durante a sua prática, ou seja, “as dimensões existenciais, éticas, políticas da experiência da saúde, e que, nesta condição, visa à confluência entre o individual e o coletivo” (AYRES, 2011, p. 28).

Relaciono isso a uma questão que considero inerente aos encontros entre pacientes e profissionais: sua complexa relação intersubjetiva, que dificilmente seria capturável com as ferramentas metodológicas aqui adotadas, incapaz de ser analisada de uma perspectiva de fora desta relação. Para estes serem adotados, haveria que se colocar na cena da pesquisa o ator social usuário, como elemento para pensar-se como se qualifica esta dimensão cuidadora na perspectiva de entendimento mútuo sobre a potencialidade do encontro terapêutico.

Buscando refletir sobre os elementos ligados ao cuidado em saúde que surgiram durante o contato com o campo de pesquisa, analisarei os horizontes que estão sendo constituídos acerca das possibilidades de produção de cuidado na atenção básica, quando se propõe a integração de conhecimentos advindos de distintas áreas: ciências da saúde e

---

<sup>40</sup> O autor utiliza a palavra Cuidado com C maiúsculo para diferencia-lo do cuidado enquanto um substantivo comum. A letra C maiúscula fala de um Cuidado “imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde.” (AYRES, 2004, p. 22) Nesta dissertação, também será tomado este ‘Cuidado’.

ciências sociais e humanas. A atividade de acolhimento, como um qualificador do acesso às unidades de saúde e como um componente da matriz curricular da RIS, será um disparador das análises desta categoria. Assim, a discussão sobre esses encontros trará pistas acerca das noções de autonomia que vêm sendo, ou não, estabelecidas na construção deste pensamento integral e de um fazer ampliado.

## 7 PRECEPTORIA

Ao ser contratado para atuar no GHC, o profissional de saúde assina contrato de trabalho, o qual prevê atividades que contemplam o tripé da organização: assistência, ensino em serviço e produção de conhecimento. Neste sentido, abrem-se possibilidades para que os trabalhadores, além da assistência, possam envolver-se na formação de outros trabalhadores para o SUS e em pesquisas desenvolvidos pelo GHC e seus parceiros. As atividades de assistência detêm maior peso (PASINI, 2010), porém, como nestes espaços há estagiários e residentes, todas as práticas dos trabalhadores estão *ensinando* os que ali circulam.

Porém, há diferentes nomenclaturas (orientador, preceptor, supervisor) para classificar o envolvimento e a responsabilização com as formações que acontecem nos espaços da organização. Entre outras, as funções de orientador e preceptor surgem; sendo que orientadores são todos os trabalhadores que atuam nos espaços de ensino em serviço, independente do nível de formação (BRASIL (2), 2009). Já para tornar-se preceptor, há critérios:

Art. 11. Os Preceptores serão indicados dentre profissionais com curso de graduação, especialização na área de atuação ou mínimo de dois anos de experiência profissional na área de atuação ou Residência na área, devendo pertencer às equipes dos serviços nos quais a RIS/GHC se desenvolve e no mínimo um ano de contratação efetiva na instituição. [...] (MINUTA DO REGIMENTO<sup>41</sup> da RIS/GHC, s/ano).

Art. 3º - Os preceptores deverão obrigatoriamente ter RM em Medicina de Família e Comunidade, possuindo atributos éticos, morais e científicos reconhecidos. (REGIMENTO PRMFC, 2013).

Além destes, aos preceptores também recaem normatizações que se configuram por meio daquilo que é prescrito (FAJARDO, 2011) em “deveres dos preceptores” (BRASIL (10), 2013),

- I. Realizar supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde;
- II. Exercer papel de orientador de referência para os profissionais em especialização;
- III. Supervisionar as atividades práticas dos residentes relativas ao seu núcleo de formação, bem como do campo de inserção;
- IV. Preparar e desenvolver seminários teóricos de campo e núcleo a partir da organização curricular definida pela área de ênfase;
- V. Acompanhar o desenvolvimento do trabalho de conclusão dos residentes durante a supervisão, independentemente de sua definição como orientador de trabalho de conclusão (metodológico e/ou de campo);
- VI. Desenvolver o processo de avaliação dos residentes sob sua responsabilidade;

---

<sup>41</sup> Esta minuta está aguardando análise do setor jurídico do GHC.

VII. Alimentação do banco de dados do aplicativo da RIS/GHC, conforme nível de acesso (SAGU);

VIII. Participar das reuniões do Colegiado de Preceptores de sua área de ênfase;

IX. Participar das atividades da Escola GHC relativas a RIS/GHC, definidas pelo Colegiado de Gestão.

Já no PRMFC (BRASIL, 2013), aos preceptores compete,

Art. 4º - Compete aos preceptores:

- a) estar disponível para supervisão dos médicos-residentes no melhor do seu conhecimento, de acordo com a legislação vigente, em todos os campos de atuação do médico de família e comunidade;
- b) realizar avaliações periódicas dos médicos-residentes, segundo as normas da COREME/GHC, e discutir os seus resultados com os médicos-residentes envolvidos;
- c) controlar a frequência dos médicos-residentes sob seus cuidados às atividades previstas no PRM;
- d) servir de elo de ligação entre os médicos-residentes e as Equipes de Saúde, facilitando a integração do médico-residente nas ações desenvolvidas pela Unidade;
- e) evitar que o médico-residente seja utilizado, por períodos prolongados, em substituição aos recursos humanos permanentes das Unidades;
- f) participar das atividades de ensino previstas no Programa; auxiliar o supervisor no desenvolvimento das atividades do PRM em MFC.”

O que está enunciado e sujeito à reprodução da função preceptora, fixando seus deveres, atualiza-se por meio do que é produzido. É neste campo que as práticas pedagógicas<sup>42</sup> acontecem; ganhando vida, os enunciados tornam-se parte do processo. Ao olhar para a função preceptoria através de ambas as lentes (RIS/SFC e PRMFC), demarca-se que há algo comum estabelecido nos campos-equipes<sup>43</sup>. No entanto, há 12 campos-equipes diferentes, com histórias diversas e que produzem saúde em processos de trabalhos distintos; assim como há, obviamente, dois programas diferentes e tensões que daí advêm.

Mas, para além dos critérios fixos, o que desperta o desejo por envolver-se diretamente nesta formação? Como estes atores compõem suas práticas pedagógicas? Pasini (2010), ao cartografar os processos de formação a partir das RMS, expõe alguns elementos presentes na instituição da RIS/GHC em um cenário que até então privilegiava a organização como espaço de formação médica, na modalidade de residência. Em 2014, a RIS completa

<sup>42</sup> Prática pedagógica é aquela que interroga a fim de produzir aprendizagens, acontece mediada pelo trabalho em ato. No contexto do trabalho em saúde, está inter-relacionada com a produção de cuidado e, neste sentido, produz-se sempre em conversação com os atores da cena (usuários, equipes, preceptores, residentes).

<sup>43</sup> A ideia de trabalhar com a noção de *campo-equipe* é olhar para as equipes como um campo em formação permanente. Um coletivo de pessoas, com saberes e práticas instituídas, que (re)produz a si mesmos enquanto uma certa equipe, singular em sua invenção, que abre e fecha seus processos de produção, mantendo uma certa ordem estabelecida e também produzindo transversalidades (BAREMBLITT, 2002; FRANCO e MEHRY, 2013).

uma década e o PRMFC 35 anos de presença nestes cenários de ensino e serviço, e os achados desta pesquisa refletem sobre o trabalho em equipe na atenção básica<sup>44</sup>, seus potenciais e suas fragilidades, revelando tensões que ainda constituem os encontros entre as duas modalidades de formação. Durante o desenvolvimento da pesquisa, houve intenção de realizar uma celebração conjunta pelos aniversários de ambos os programas, porém o PRMFC desistiu da proposta.

As análises a seguir iniciarão pelas motivações para ocuparem a preceptoría, seguido do modo como cada sujeito opera sua prática de ensino do cuidado, dando pistas de como os preceptores de campo forjam-se nesta função (como me torno preceptor de campo?). Ao final, analisarei as ambivalências que marcam esta prática, bem como os avanços necessários para seu desenvolvimento.

### 7.1 Desejo como produção

Para cinco dos sete sujeitos da pesquisa (preceptores), ter realizado uma residência foi definidor do engajamento na preceptoría:

Acho que tem uma grande influência em já ter sido residente, em compreender um pouco daquele aprendizado. Se vê um pouco no residente, naquele momento de buscar conhecimento. (P)

Várias coisas, a primeira por ter sido residente. Junto, não em segundo, mas junto, por acreditar na potencialidade desse modo de formação, que infelizmente ainda vem pra complementar o que a graduação não consegue suprir [...]. (P)

[...] fui fazer residência no mesmo lugar que fiz estágio, dei sequência a esse trabalho, vi o quanto era importante na formação do profissional. [...]. Isso já faz com que tu te apaixones, o fato de ter passado por experiência, te apaixone por ela. (P)

Eu venho de um programa de residência, quando eu comecei a trabalhar no GHC, já comecei a trabalhar na saúde da família. E naquela época, eu já tinha o desejo, o sonho, da construção de uma residência, porque eu vinha de um programa de residência em atenção primária. (P)

Assim, para além da certificação formal, eles sentem-se comprometidos a tornarem-se preceptores. Está presente uma noção de desejo que busca pela sua produção desde um outro lugar: de residente a preceptor. Estar na preceptoría é posicionar-se desde um lugar de

---

<sup>44</sup> Tesser e Luz (2008) discutem as possíveis composições entre racionalidades médicas e integralidade, apontando que a atenção básica é um lugar menos comprometido com a racionalidade biomédica, porém em seu quadro, da equipe mínima, agrega profissionais ainda formados na lógica dos adocimentos; para os autores, a tarefa de produzir integralidade ainda é hercúlea.

produtor de aprendizagens. Pode também assumir a vontade de ser multiplicador, a partir do modo singular de produzir suas práticas, no qual há uma aposta de marcar a continuidade de um devir residência (SILVA e CABALERO, 2010). Para Campos (2013, p. 51-52), o singular “[...] é o campo real da coprodução, em que se torna possível a reflexão, a construção de uma compreensão do processo e, até mesmo, a abertura de possibilidades para intervenção do sujeito sobre o mundo da vida”. De qualquer forma, a experiência de ser residente foi formadora para a constituição da preceptoria.

A certificação<sup>45</sup> autoriza este trabalhador a tornar-se preceptor, porém o que as falas das preceptoras revelam é algo da ordem da experiência marcada na memória de um corpo em movimento que se mantém viva. Ao refletir sobre a experiência, numa perspectiva filosófica, Schwartz (2010) vai dizer que o conceito da experiência foi esvaziando-se de sentido, tornando-se insípido, opondo-se ao saber formal e apresentando-se desarticulado do conhecimento. Posteriormente, num período pós-taylorista, assume uma noção de experimentação, no sentido cientificista de protocolos aplicados, bem como sobre ele recai a necessidade de “validação dos saberes adquiridos na experiência” (p. 40).

Ao buscar desconstruir a oposição entre experiência e saber, Schwartz (2010) oferece aporte teórico conceitual, oportunizando diálogo com as falas dos preceptores aqui relatadas. Apesar das características prescritivas da função preceptoria, as práticas estão sempre expostas ao “encontro dos encontros” (p. 42); ou seja, ao inesperado, ao inédito que fará cada sujeito construir suas próprias normas, forjando assim uma experiência formadora.

Ter sido residente marca o corpo dos preceptores, e estar nesta posição possibilita (re)viver a experiência da residência em si, reafirmando sua potência na produção de aprendizagens. A relação preceptor-residente está num plano de coexistência, no qual o olhar para um – preceptor – remete o olhar para o outro – residente, e que no movimento da vida (da trajetória profissional), um torna-se o outro. A residência, como uma modalidade de ensino em serviço, produz uma sensação de pertencimento a uma luta, a uma necessária transformação, e faz um convite a quem por ela passa. Este pertencimento afilia-se a um compromisso com a formação de trabalhadores para o SUS. O que foi vivido nas residências destes preceptores atualiza-se nos seus modos de fazer funcionar a preceptoria. Uma residência que produz residentes, que se apaixonam e continuam a produzir-se, agora na

---

<sup>45</sup> No sentido de ser formalmente reconhecida a realização de uma residência ou especialização no campo de especialidade para que assim seja possível ser preceptor.

preceptoria. A noção presente é a de desejo como busca, produção, abertura para colocar-se em movimento e fazer parte de um movimento coletivo (BAREMBLITT, 2002).

A presença do ensino nos serviços de saúde questiona as práticas instituídas, pois na medida em que os residentes agregam-se aos processos de trabalho, buscando compreender o que ali acontece, os preceptores e as equipes precisam movimentar-se para produzir algumas respostas. Considero que isto, em alguma medida, é o desejado quando este profissional torna-se preceptor, o que pode ser revelado nas entrevistas:

Até porque como uma velha história, o residente, eles não sendo funcionário efetivo do quadro funcional, eles estão *momento neutro*, pra trazer algum questionamento, pra inovar aquele campo, de trazer alguma ideia. Às vezes, nós profissionais contratados, entramos na rotina do processo de atender, atender, atender, e tem muitos profissionais que já estão desmotivados de querer construir, participar, fazer algo. E daí, com a entrada do residente acho que eles auxiliam mesmo no processo até motivador com o funcionário. (P)

Acho que isso renova, isso traz realmente uma possibilidade maior de tu ter revisão de práticas, de estar fazendo ações novas, tu tem com quem conversar, é diferente, com quem discutir o que tu tá fazendo, até porque tu tá ensinando. Outra coisa que a residência te obriga a fazer revisão teórica, estar argumentando, não basta [...] tu faz, mas tem de ter argumento de porque tu faz, e isso é supercriativo, acho que isso me mantém viva profissionalmente. (P)

Percebe-se uma parceria entre preceptores e residência, na qual o primeiro espera que se coloquem em movimento os processos de trabalho instituídos nas equipes e em si próprio, por meio do potencial questionador que advém da presença do ensino. No entanto, há uma força do ator residente que, diferentemente do explicitado pela primeira preceptora, não é neutra, pois quando este questiona e propõe, quer produzir-se enquanto um agente de composição própria em determinado processo.

Fatores de outras ordens (solidariedade, contingência e revezamento) também aparecem como motivadores para assumir esta função:

A resposta mais prática foi o fato de sermos apenas duas nutricionistas, e a minha colega foi ter liberação de 50% da carga horária pra fazer mestrado. Então, nesse momento, fui assumir a preceptoria, mas antes, claro, eu já tinha desejo de estar trabalhando mais diretamente com a residência pela questão da minha formação. (P)

Na primeira vez foi só uma questão de revezamento, nós éramos poucos profissionais aptos na unidade e minha colega solicitou que eu assumisse; eu realmente não conhecia muito bem o processo, e assumi [...] por coleguismo, por achar que era uma função que precisava ter rotatividade, e que era meu compromisso, já que eu estava naquele espaço, assumir isso, já que a colega vinha a muitos anos exercendo a prática e tava pedindo que eu assumisse. (P)

Quando a gente era contratado no hospital, até hoje eu acho que é assim, mas na nossa época, a gente fez concurso, ninguém fazia concurso naquela época; nós somos dos primeiros médicos a ter carteira assinada, ser empregados, bater ponto, já

naquela época, fizemos concurso, teve prova, teve entrevista com psiquiatra, [...] então, a gente tinha uma folha e que dizia as nossas atribuições, era 1 página, e uma delas era dar supervisão e preceptoria aos alunos e residentes. (P)

## 7.2 Não se nasce preceptor, torna-se preceptor

A ideia é produzir reflexão no sentido de que a função preceptoria é socialmente construída e pode ser deslocada do espaço instituído do núcleo para o campo. Se o desejo e a corresponsabilização motivam os profissionais a ocupar esta função, quais estratégias pedagógicas são forjadas para que ela se sustente? Uma das questões que está presente nesta busca é a compreensão de como nos tornamos preceptores no campo, entendendo que este é um saber construído pela experiência de se estar ocupando esta função. Considerando que se tornar preceptor é imanente<sup>46</sup> à produção da atenção à saúde no cotidiano nos campos-equipos, só é possível fragmentar duas dimensões - assistência e ensino - para fins de proceder a uma análise (BAREMBLITT, 2002; LORAU, 2004).

Pode-se dizer que os preceptores são aqueles que se dispõem a restabelecer seus conhecimentos e experiências junto aos residentes nas equipes, por meio das conexões entre as práticas cuidadoras e aprendizagens (FAJARDO, 2011). Já Dallegrave (2013, p. 122) irá entender a preceptoria como uma “ética do acompanhamento”, sendo esta mediada por distintas intensidades. Peguemos de empréstimo o termo acompanhamento em outro conhecido cenário das práticas de cuidado: o acompanhamento terapêutico (AT) (LANCETTI, 2008). Nesta modalidade terapêutica, o lugar de encontro entre terapeuta e paciente é fora do consultório, aproximando os diálogos dos movimentos que acontecem na vida destes pacientes, seja na rua, seja nas casas ou em outro *setting*<sup>47</sup>.

Ao colar este termo à figura da preceptoria, poderíamos entender o *setting* de atuação deste ator como o fora da sala de aula, como um não-lugar de docência tradicional. Esta demarcação é feita pelos preceptores:

---

<sup>46</sup> Para o institucionalismo, a imanência expressa a “não separação entre os processos econômicos, políticos, culturais, naturais e desejantes” (BAREMBLITT, 2002, p.157). Assim, todos estão articulados entre si, um produzindo-se em contato com a produção do outro. Para Negri e Hardt (2001), a imanência surge como uma força revolucionária no início da modernidade, entre os anos de 1200 e 1600, quando se afirmou que cada entidade tem uma essência singular, subvertendo a noção dualista entre os reinos da Terra e o reino dos Céus. A consequência do plano revolucionário da imanência foi que o conhecimento humano tornou-se um fazer, uma prática. “O plano da imanência é aquele no qual os poderes de singularidade são realizados e aquele no qual a verdade da nova humanidade é determinada histórica, técnica e politicamente.” (p. 91)

<sup>47</sup> *Setting* é a “montagem, o cenário ou a situação; espaço dentro fora facilitador da comunicação inconsciente-consciente; relação no qual o psicanalista opera” (LANCETTI, 2008).

Acho super desafiador, gosto muito mais do ensino em serviço do que outras áreas, do que um ensino em sala de aula, aquela coisa mais tradicional. A concepção que estou no doutorado, que eu acredito, minha linha de pensamento tem a ver com o conhecimento produzido a partir da prática. Então, eu acredito que se tem uma alavanca que é tudo o que a gente se afeta quando está na prática, milhões de sensações de quando está na lá com o usuário, na unidade, na prática, em grupo, individual, aquilo acho que é muito potente pra mobilizar o conhecimento. (P)

Porque eu gosto de trabalhar com ensino, eu não gosto da prática acadêmica, eu não gosto de dar aula, mas eu gosto muito de ter alguém comigo, de estar na verdade, dividindo aquilo que tu tá fazendo. (P)

O distanciamento histórico que marca a oposição serviço e sala de aula<sup>48</sup> pode ter na modalidade “ensino da saúde em serviço” um espaço para (des)construção desta dicotomia. As práticas de preceptoria são muito mais potentes do que as atribuídas pela norma como “realização de supervisão docente-assistencial”. O que se faz é outro ato, instituinte de uma *função preceptoria* que reivindique que o conhecimento ali produzido afeta o outro e a si mesmo. Assim, seria mais próximo de uma atuação que “compartilha experiências de trabalho” do que a que “realiza supervisão docente assistencial”. Estas preceptoras demarcam a existência de resistência ao lugar da docência acadêmica.

O tempo de experiência na função de preceptoria é reconhecido pelas preceptoras mais jovens, que veem nos espaços colegiados e nos encontros de preceptores um veículo para fortalecer suas práticas:

Dentro do possível também ver os outros colegas preceptores, aprender com eles, e eu tive a oportunidade de aprender com preceptoras maravilhosas, digo, foi lá no Leopoldina, tem preceptoras que estão há muito tempo fazendo essa atividade e que tem trio antigo que tem uma forma de conduzir muito legal que eu gosto e que fecha com meu jeito. Acho que isso é muito legal, poder te inspirar e aprender com as pessoas que já fazem isso há mais tempo. A própria *fulana*, que é a nutricionista, que foi preceptora antes de mim, eu aprendi muito com ela observando o que ela fazia como preceptora, então, acho que isso ajuda. (P)

Eu vejo cada vez mais nas reuniões de preceptoria, penso, nossa, essa pessoa tem muita estrada, então vai saber me ajudar nessa situação, ou, ah que bom que essa pessoa que está representando já tem ‘*know how*’. Isso eu vejo muito nas reuniões de preceptoria que tem algumas situações que eu nem saberia o que fazer do que a gente comenta, e tal, de posicionamentos que tu tem de ter mais vivência pra poder ter. (P)

---

<sup>48</sup> Durante a realização desta pesquisa, aconteceu embate entre a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e os atores sociais representados pelos Fóruns de Residentes em Saúde e pelo Fórum de Preceptores e Coordenadores dos programas. Tratou-se da determinação da Comissão em cadastrar somente as residências ligadas a uma Instituição de Ensino Superior. Tal embate pretende dar visibilidade ao SUS enquanto uma Escola, fazendo valer sua prerrogativa, instituída pela Lei 8080/1990, de incidir sobre a formação dos trabalhadores de saúde.

### 7.3 Habitando zona de fronteira

Avançando na produção de elementos que sustentam o desejo da prática de preceptoria de/no campo, algumas interações aparecem como parte deste olhar:

Então, eu me inspiro muito na minha preceptora, quando eu fui residente, que foi uma preceptora muito próxima, que me dava liberdade de trabalho. Ela construía junto e me dava um suporte. (P)

[...] a gente tem de apoiar muito a questão da segurança do residente, de ele estar mais seguro, que é uma pessoa que já está formada, tem potencial, que ele também sabe cuidar, também tem de construir o jeito dele atender.

[...] a gente tenta equilibrar entre uma certa soltura para que as pessoas experimentem também um pouco o processo de trabalho, que tem questões de se repetem, e que as pessoas tem de viver aquilo. E por outro lado, de também dar um suporte, de estar ali; a gente além de ocupar um lugar de ensino, ocupa um lugar organizativo, no sentido de que eles são trabalhadores, então existem regras, e isso às vezes é difícil. A gente faz uma fala de quando eles chegam aqui de que a gente está confiando neles, de que eles estão como trabalhadores. Tem uma coisa que às vezes é meio paradoxal, no lugar de trabalhadores e entender que está em processo de formação. (P)

Apesar do programa, nós temos um programa, que tem um currículo, que tem lá os conteúdos que são pra todos, mas cada residente é diferente, eu aprendi isso há muito tempo. Então, eu tenho tentado fazer aqui sempre adequar ao residente, às necessidades dele; as necessidades de aprendizado e as necessidades futuras. (P)

Estes preceptores, ao narrar a experiência de acompanhar residentes, lançam elementos constituintes de suas práticas pedagógicas que sugerem a existência de certa zona de atuação no acompanhamento de processos de ensino em serviço. Como um ator que se produz nesta zona, o preceptor (re)conhece as forças dicotômicas que ali se produzem, exercendo também continência junto às situações que possam expor o residente a experimentar situações de vulnerabilidade nos campos-equipes. Neste sentido, elaboram seu fazer desconstruindo dicotomias a partir de mediações: entre a proximidade e liberdade, a insegurança e o exercício da prática, entre a autonomia e a tutela, entre os planos de ensino e as necessidades de cada residente.

O compartilhar experiências de trabalho com os residentes constrói conhecimento que dá pistas sobre o que faz o preceptor de/no campo, conformando uma oferta de *apoio pedagógico e cuidador ao residente*.

Apoio difere de supervisão (CAMPOS, 2001), pois implica um comprometimento com a prática, como um disparador da aprendizagem e de uma implicação nesta construção, como um espaço de produção de si próprio, enquanto ator preceptor. Neste sentido, o preceptor não

é aquele que faz uma supervisão, mas sim o que apoia o residente em sua construção de si. Sabendo que toda prática de apoio tem sua parcela de supervisão, a preceptoria influi nos limites sobre determinados processos, ao buscar referenciais nas tecnologias leve-duras (MERHY, 2007) de cada núcleo de saber, e também nas vivências práticas que lhes ensinaram que “na prática a teoria é outra”.

Apesar de a supervisão fazer parte deste apoio, o ato de apoiar transborda o supervisionar. Um apoio excessivamente supervisionado, interferido, tolhido, é produtor de sofrimento e “previne” a capacidade de “produzir aberturas a novas sensibilidades, ‘dizibilidades’ e visibilidades que expressam a multivetorialização nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão da saúde” (HECKERT e NEVES, 2007, p. 148). O apoio prevê uma atitude de estar ao lado, não à frente, não atrás. Um igual, porém com uma bagagem de experiências formativas que contribuem para o desenvolvimento do residente, ofertando uma certa proteção ao percurso formativo do residente e estimulando aberturas no trabalho em saúde.

Esta zona de atuação é percebida pelo residente, que reconhece a influência da preceptoria em seu aprendizado:

É muito interessante porque os nossos preceptores, querendo ou não, a gente pauta muito da nossa prática, às vezes a gente não tem nem noção do quão a gente é muitas vezes direcionado, porque, por exemplo, no meu caso, minha preceptora é uma pessoa que [...] ela tem muita voz na equipe, então ela conseguiu constituir um espaço muito interessante dentro da equipe; só que a equipe demanda muito da gente essa clínica individual, essa clínica, esse cuidado. O subjetivo fica a cargo da psicologia; eles demandam muito da gente, vem os papezinhos: 'psicologia', ou vem conversar com a gente; e ela faz isso muito bem então é um espaço muito tranquilo pra eu poder circular ali, e ela me apoia fazer os tensionamentos nas outras direções, mas ela já tem esse espaço constituído então é difícil de ela ir junto com a gente, também porque ela não tem muito tempo.(R)

A preceptoria é um lugar de exposição das implicações dos trabalhadores que ali se produzem, expõem seus modos de praticar o trabalho em saúde e de acompanhar as passagens destas forças nos encontros com os residentes.

Mas esse trânsito, eu me enxergo como uma pessoa que tem um compromisso de mediar situações, desde situações de relações de trabalho até em relação ao conhecimento. [...] Às vezes eu me uso de outros lugares que eu tenho no posto pra também fazer essa [...], tanto que muitos alunos da medicina também vêm trocar muito comigo; mesmo eu não sendo a preceptora deles, porque eu me coloco nesse lugar de estar no campo.

Eu sou uma pessoa que me coloco bastante, falo das coisas que eu aprendo, que eu não aprendo, o que me angustia, o que não me angustia. Tento também valorizar o sentimento que eles têm em relação ao cuidado em saúde, que eles consigam

expressar e que isso não seja um sinal de fraqueza, de fragilidade. Eu vejo que nas outras áreas tem isso, tu tem de ser muito bom, tu não pode errar. Tenho essa preocupação, geralmente, com eles. (P)

Na criação de seus modos de operacionalizar a função preceptoria, esta preceptora lança mão da exposição de si no encontro com os residentes. Dizer como pensa, como faz, o que sente em relação a dada situação é uma forma de autorizar o outro a também se conectar e expressar suas percepções e suas fragilidades. Parece ser uma autorização para emergir em outro processo de subjetivação, ampliador do afetamento com o campo, para além das prescrições de modos “frios” de ser profissional. Ao fazer o deslocamento do seu núcleo profissional para o campo, os residentes também compõem seu aprendizado a partir daquilo que lhes afeta. As tensões são sentidas em relação, pois ao mesmo tempo em que percebem o benefício da dúvida no seu núcleo profissional, percebem e precisam mobilizar-se para que o outro núcleo profissional também se abra ao encontro:

[...] mas tem uma coisa que a gente tem na graduação que a gente tem de quebrar: uma é da *enfermagem saber tudo* e outra é do *saber médico*, que a gente nunca vai se igualar ao saber médico, então um medo de sempre conversar com esse núcleo. Na graduação eu sempre tentei fazer o esforço de ir e conversar com esse núcleo, que é um núcleo que é inacessível, e mostrar que não tem de ter medo de falar com essas pessoas, afinal são pessoas que nem a gente, só estudaram mais um ano que a gente na graduação, só tem conhecimento diferente, ou competências diferentes. Mas eu ainda tenho essa dificuldade, mesmo tentando fazer esse esforço, porque tem uma certa proteção de núcleo que parece que é uma barreira que não deixa a gente acessar. [...] um mecanismo de proteção que é tão inacessível chegar nele ou nela, porque a pessoa de repente tem medo de ser confrontada, de ser perguntada por ti. (R)

Podemos pensar que a desconstrução das relações de saber-poder aconteça na valorização do afeto em nossas práticas, considerando que nossa capacidade de afetamento possa agenciar aberturas nos campos-equipes. O que emerge desta abertura será sempre a dada situação de cuidado, demanda pela necessidade do usuário.

Para isso, outro binômio que constitui a preceptoria de campo: o deslocamento entre a técnica e o afeto. Como um mediador, podemos pensar que os efeitos de uma preceptoria afetiva podem facilitar a expressão de uma prática cuidadora junto aos usuários.

A gente, os residentes, tem uma relação muito pessoal com os preceptores, acho que isso facilita muito também. A gente tem o espaço de residência e preceptoria que é uma hora por semana, e a gente extrapola o que é aquele espaço, nunca falta assunto, discute caso, organização da residência, a gente tem muito acesso, no meu caso tenho muito acesso aos preceptores de campo e isso é muito bom, a qualquer momento, qualquer hora tu precisa ou discutir alguma coisa, ou se sentir acolhido.

Expor-se aos fatores de resistência nas equipes ou nas redes do sistema é efeito de uma prática de preceptoria que incentiva a liberdade como elemento presente na construção de si. Vivenciar determinadas situações, já que não se poderia saber daquilo sem passar pela experiência. Se o trabalho é formador, faz parte da (trans)formação conhecer os limites e passar por frustrações, a fim de sugar a potencialidade da experiência:

Não desestimulando, mas fazendo com que o choque com a realidade seja menos dolorido. Às vezes deixar eles irem até onde podem, e quando eles estão muito esgotados dizer, olha isso é normal, esse cansaço é normal tu encontrar um grupo resistente vai fazer parte da vida, então a gente precisa aprender a lidar com isso. Às vezes desistir também, pra voltar com outra estratégia, ou realmente buscar outra forma de agir. (P)

Dado o encontro entre profissões diferentes e a capilaridade da atenção básica na vida das pessoas, o trabalho em saúde ensina que não é possível acreditarmos numa ideia de isenção de conflitos ou mesmo de baixa complexidade. Esta preceptora destaca a responsabilidade e o reconhecimento do SUS como elementos fundamentais no seu modo de funcionar a preceptoria:

Eu acho que a residência tem uma importância muito grande na transformação da realidade. Tu tá formando sujeitos que vão trabalhar com outros sujeitos que eles vão estar transformando a vida dessas pessoas. [...] de tu estar instigando as pessoas a saberem mais, a saberem muito, porque eu acho que é muita responsabilidade. [...] as pessoas que estão em formação, eles precisam entender o SUS. Ele não veio pra cá pra ser assistente social, ele vem pra cá pra ser assistente social do SUS. A própria questão da atenção primária, ele precisa entender a AP que faz parte do SUS. Ele precisa entender os princípios da atenção primária a partir dos princípios do SUS. Ele precisa entender a grandiosidade do trabalho que ele faz aqui a partir de algo que foi construído e que ele está trabalhando dentro disso.(P)

Franco e Merhy (2013) apontam que as organizações não se movimentam através das leis que as regem, que o trabalho é uma produção ativa e em ato, diferentemente de uma unidade estática. A intenção aqui foi levantar alguns elementos criados pelos trabalhadores para produzirem-se como preceptores, a fim de ressaltar não a marca pessoal de cada um/uma, mas instigar estes atores a olharem para suas obras como forças que movimentam as equipes para além do estruturado, o que coloca em **negrito** a dimensão micropolítica das práticas pedagógicas. Bem como desmistificar a existência de “trabalho harmônico em si mesmo” (FRANCO e MERHY, 2013, p. 353), para reconhecer a potência e os afetos presentes no Trabalho Vivo em Ato<sup>49</sup>. Faz sentido a preceptoria ser reconhecida como uma experiência

---

<sup>49</sup> A teoria do Trabalho Vivo em Ato é desenvolvida por Emerson Merhy (2007; 2002), considerando que a categoria trabalho em saúde é demarcadamente território das tecnologias relacionais, nas quais os trabalhadores

formadora e como um sujeito que elabora sobre sua prática e dá-se conta dos seus modos de invenção de si no mundo do trabalho.

#### 7.4 O instituído e o instituinte

“Do ponto de vista da gestão, na verdade, eu acho que a residência, ela se constituiu muito do que se tinha. De uma prática que era uma boa prática em atenção, em assistência, enfim, no cuidado aos usuários, e num desejo muito grande já na história da residência médica, acho que isso trouxe isso pra nossas unidades de ter a questão do ensino um pouco mais fortalecida, mas do desejo de alguns profissionais de constituírem essa tal residência. Mas a residência eu acho que ela se constituiu muito do que se tinha. Acho que a residência médica trouxe um acúmulo muito importante pras nossas equipes, né, e também dos termos políticos eu acho, porque se teve todo um estímulo do Ministério da Saúde, enfim, pra renovar as residências.” (G)

Essa gestora rememora a história de implantação da RIS/SFC, nas práticas de trabalho e no modo de organização das unidades de saúde do SSC. Na sua visão, a RIS/SFC inicia num cenário acostumado a exercitar sua dimensão pedagógica junto à RMFC e num contexto macropolítico de correntes de inovação na formação das residências. Considerando os diferentes momentos de instituição destas formações, houve (e há ainda) nos campos pelo menos duas forças atuando: a de um campo acostumado ao ensino e de um cenário nacional produzindo inovações. Chamaremos essas duas forças de instituídas e instituintes, respectivamente.

Na análise institucional, o instituído representa o conhecido, a ordem, os modos de representação e organização ditos normais (LORAU, 2004), sendo ele resultado de uma produção. Já as forças instituintes são processos conhecidos pelo seu dinamismo, por sua potência criadora e criativa, que transforma o objeto (BAREMBLITT, 1992). Pasini (2010), ao cartografar a experiência da RIS/GHC, aponta para o enfrentamento de muitos instituídos dentro da organização. Naquele momento, a instituição educação (representada pela até então GEP, hoje Escola GHC) lançava uma força instituinte para o campo da instituição saúde (SSC), que por sua vez atuava a partir de uma lógica de ensino instituída. Agregado a isso, o SSC faz parte de uma organização com tradição maior nas atividades da assistência à saúde, com a força de suas histórias marcada nos processos de trabalho.

Baremblytt (1994), assim como Lorau (2004), problematiza uma pré-disposição que os termos instituído e instituinte teriam de criar oposições maniqueístas entre si, e desconstroem essa prerrogativa quando articulam os dois conceitos ao conceito de instituição. Baremblytt

aponta que embora o instituinte tenha uma característica de “atividade revolucionária” e o instituído de “tendência à resistência” (p. 30), um está aderido e em contágio com o outro, produzindo mutuamente seus sentidos na sua articulação. Temos um processo inerentemente dialético, retroalimentado e disputado.

Tal situação é verbalizada por este preceptor:

Nas coisas de campo eu não me envolvo muito, até porque eu tenho críticas à maneira como é conduzido. Eu acho que ela é muito teórica e pouco prática; a integração ela não acontece, e se usam ferramentas diferentes. Por exemplo, a gente tem ferramentas que são tradicionais de uso na atenção primária que a RIS não usa. Tipo SOAP<sup>50</sup>, tipo método clínico centrado na pessoa<sup>51</sup>, então tem várias coisas, então se usa projeto terapêutico singular<sup>52</sup>, se usam outras ferramentas que não são nossas. São invenções da roda de uma roda que já existia, e a RIS não se interessa e não se apropria por isso, nunca se interessou; em outros lugares está se interessando, aqui não. (P)

Esse preceptor localiza uma tensão entre os dois programas e critica a condução da noção de *campo* na RIS. Sua fala demarca a existência, anterior à inserção da RIS no SSC, de um cenário de práticas filiado a um referencial teórico da especialidade MFC. E que a entrada da RIS e a utilização de outros referenciais, entre eles a Política Nacional de Humanização (PNH), desestabiliza a filiação anterior e evidencia alguma dificuldade de composição.

Quem sente esta tensão são os atores residentes, que anunciam zonas de confrontos entre o instituído e o instituinte dos campos-equipes, rejeitando a via da neutralidade.

Até hoje eu não fiz uma interconsulta com um médico, não fiz. Os outros núcleos eu já consegui fazer. É um tensionamento muito forte. O corporativismo médico ele perpassa muito nosso trabalho e a gente não se dá conta e não é uma responsabilização desses profissionais, mas é o quanto dá dinheiro a gente funcionar desse jeito. (R)

Mas eu ainda encontro dificuldade dessa questão do cuidado integral, aonde que o paciente não é só da medicina, que o serviço social, a psico e a ACS pode fazer um movimento maior, do cuidado mesmo com essa pessoa, a gente ainda encontra dificuldade; ainda, mas a gente está remando contra isso, tentando. (R)

Estas falas são efeitos da presença de atores que estranham a organização dos processos de trabalho instituído nas equipes. Dallegrave (2013) diria que estes experimentam a captura dos processos de formação pelo regramento do trabalho. Sobre os processos de

<sup>50</sup> SOAP é sigla para Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano, dentro de um contexto de registro da prática clínica utilizada pela Medicina de Família e Comunidade.

<sup>51</sup> Modelo teórico para a produção do cuidado ao usuário, o método clínico centrado na pessoa (MCCP).

<sup>52</sup> Projeto Terapêutico Singular, que é criticado por ser uma reinvenção do MCCP, é um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como objetivo produzir “um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade” (BRASIL, 2010, p. 99). Está dentro da clínica ampliada.

trabalho recaem prescrições gerenciais<sup>53</sup>, que contam com residentes para produzirem-se quantitativamente, engendrando numa formação que propõe o borramento das fronteiras profissionais para a construção de práticas interdisciplinares e transdisciplinares.

Já os preceptores de campo funcionam para que a integração das residências aconteça, dadas as particularidades dos campos-equipes, seja pela via da gestão dos espaços ou pela necessidade das ações da atenção. A mediação, como parte do processo do trabalho dos preceptores, constrói seus sentidos também na aproximação com a residência médica:

As experiências que eu tenho da integração da RIS com a RM são boas, porque eu trabalhei em duas unidades que não havia muita separação, não era clara a separação, não havia profissionais questionando esse trabalho conjunto. [...] Eu ainda acho estranho, desde que eu entrei no serviço, em 2006, ainda acho estranho serem separadas, né, mas eu sei que é uma questão histórica, de toda construção, parece que no país, de terem sido separados. (P)

A gente tem feito muito isso, a medicina está junto nos dois seminários (de campo e clínico) também. (P)

Outra coisa que a gente trabalhou bastante foi os seminários de campo, se houve um movimento de tentar qualificar eles nas equipes porque muitas equipes não desenvolviam conjuntamente, sendo que isso está dentro do programa de MFC. Então também se teve um movimento todo de qualificar isso nas equipes, também acho que foi um movimento bem forte, mas que ele ficou muito pautado nas reuniões de coordenação, de preceptoria, nesses tensionamentos, mas que também foi algo que se tentou qualificar bastante, os seminários de campo conjuntos em todas as unidades [...] fosse algo mais dado essa integração. (G)

## 7.5 Ambivalências

Retomo a discussão dos caminhos metodológicos, na ocasião da entrada junto aos colegiados de preceptoria, para exemplificar o debate que aqui quero fazer. No colegiado da RIS/SFC, houve um questionamento sobre o critério de inclusão: um preceptor de campo por núcleo. Ou seja, cada núcleo profissional indicaria um sujeito que estivesse na função de preceptor de campo.

---

<sup>53</sup> O documento “Orientações para a organização da assistência em 2012/2013” estipula parâmetros para estimar o número de consultas/atendimentos por profissional por ano, considerando o quadro das ações programáticas e a organização da assistência aos portadores de condições crônicas, a partir do programa HiperDia. Este documento quantifica o número de consultas que cada profissional terá que disponibilizar ao ano, considerando que o processo de ensino em serviço requer pensar em critérios diferentes para aqueles que supervisionam estagiários e R1 e R2. Os residentes também são contabilizados neste cálculo. Por exemplo: a enfermeira como supervisora de uma R1 atenderá seis consultas, enquanto que a R1 atenderá quatro; já na supervisão de uma R2, a enfermeira contratada atenderá seis consultas e a R2 as mesmas seis, por turno. Quando a enfermeira não está em atividade de supervisão, esta atenderá oito consultas por turno (BRASIL, (6), 2012).

Esta questão foi brevemente discutida e rememorada, o caráter dado pela ênfase de que não há a função preceptoria de núcleo. Quando se quer nomear o sujeito de referência do núcleo profissional, a este é dado o nome de orientador de núcleo. Ao passo que o termo orientador de núcleo também é como são chamados todos os trabalhadores que estão nos campos-equipes, numa demarcação sobre a participação de todos integrantes das equipes no processo de ensino em serviço.

Aqui podem ser identificadas duas desordens que tentarei analisar: a primeira é sobre a nomeação do orientador e do preceptor; a segunda é o efeito dos termos *campo* e *núcleo* no funcionamento da preceptoria.

Quando se define, na RIS/SFC, que todos os preceptores serão nomeados como *preceptores de campo*, há uma intenção de ordenar, por meio da linguagem, o modo de funcionar deste ator social. A função preceptoria, neste caso, está ligada a um universo de práticas que estão no âmbito das produções das equipes, que surgem nos encontros das mais diversas ordens. Desde as práticas mais instituídas, como os grupos de educação em saúde, as atividades de vigilância em saúde ou das ações programáticas<sup>54</sup>, passando por processos mais inovadores no campo, como é o caso da implantação do *acolhimento* em todas as unidades de saúde. E se consolida no campo da micropolítica, tomado por práticas de características moleculares, no sentido institucionalista do termo: “produzidas nos pequenos lugares intersticiais da vida natural-social-técnica e subjetiva” (BAREMBLITT, 2002, p. 41), nas conversas de corredor, no apoio ofertado nas discussões de casos, nos almoços coletivos, nas reuniões de equipe, nas mediações cotidianas. O funcionamento da preceptoria de campo exige uma ampliação do olhar para além de uma técnica, não havendo possibilidade de pensar o estar na preceptoria de campo como algo realizado a partir de competências profissionais fixas. Preceptoria de campo acontece em movimento.

As características anteriormente citadas, por outro lado, são exercitadas por todos os integrantes das equipes, na medida em que os mesmos são implicados<sup>55</sup> com o processo de cuidado dos usuários nos territórios; também, com a formação das equipes, no sentido de estarem inseridos nesta rede de relações, e assim colaborar com o processo da formação em serviço (formação da equipe, formação de si na equipe, formação dos residentes). Todos têm esta capacidade e a exercitam em diferentes gradientes, por isso todos são considerados

---

<sup>54</sup> Elenco essas três atividades por dois motivos: elas estão dentro dos planos de ensino analisados, assim como nenhuma das três é algo cristalizado como objeto de trabalho de somente um núcleo profissional, e sim atividades compartilhadas pelas equipes, onde quem organiza a atividade são geralmente grupos de trabalhadores (ou mesmo um trabalhador) que têm afinidade com tal questão.

<sup>55</sup> Monceau (2008) entende como implicação a relação que os indivíduos desenvolvem com a instituição, ou seja, todos estão implicados com ela, independente de seu engajamento/comprometimento.

*orientadores* (BRASIL (2), 2008). Acontece que a preceptoria é uma função institucional e daí surgem novas responsabilidades e possibilidades de movimentar-se na organização, experimentando com mais intensidade sua dimensão educação interconectada à dimensão assistência.

Esta possibilidade pode provocar reflexões interessantes sobre a função preceptoria, como aponta esta preceptora:

[...] só acho que todos nós orientadores somos preceptores, acho que o serviço poderia reconhecer isso. Não tô falando nem por gratificação, tô falando mais por reconhecimento, pra que a partir do momento em que se admite e se determina oficialmente de que todos somos preceptores, vai existir uma responsabilidade maior de todos os profissionais dentro do serviço.

**Pesquisadora: você acha que essa divisão desresponsabiliza algumas pessoas?**

Pode desresponsabilizar, embora no nosso crachá continue dizendo que somos todos profissionais de um espaço de educação. É, eu gosto [...] eu mesma acho, ao mesmo tempo que eu posso me aproveitar no sentido de pessoalmente me sentir livre pra circular em espaços, conversar com as pessoas, sem elas me olharem como preceptora [...] Quando eu tô como orientadora, eu converso com as pessoas e elas me olham mais como colega e talvez eu olhe mais como colega. Não me sinto na obrigação de estar cuidando, de estar guiando, de estar determinando nada, talvez nesse sentido que eu me sinto mais livre. Ao mesmo tempo eu por não ser preceptora, poderia me eximir de muitas coisas; que algumas pessoas fazem. É mais nesse sentido. (P)

A preceptora experimenta outra sensação quando está na condição de orientadora, com maior liberdade para movimentar-se; esta é diretamente relacionada aos elementos instituintes e instituídos da função preceptoria. Quando assim percebida, a função preceptoria é vivida em sua dimensão mais pesada, e isso é marcado num olhar dos residentes, que se lança diferente entre os orientadores e os preceptores. Isso reverbera nesta preceptora e produz uma sensação de perda de liberdade, quando ela parece experimentar a função mais caracterizada pelo viés da supervisão, aliada ao entendimento (da equipe) de que estas são de exclusividade “do” preceptor. Assim, corre-se o risco de produzir distanciamento dos demais orientadores, quando se há um entendimento de que estes deveriam comprometer-se também aos processos mais duros que envolvem a função preceptoria.

Mas o que acontece também, é que o preceptor é tudo ao mesmo tempo, [...] às vezes é difícil porque a gente não tem um tempo maior pra fazer melhores planejamentos, às vezes pra discutir mais o processo da educação do ensino dentro da equipe, porque o residente não vai passar só comigo e com o preceptor de campo, ele vai passar a interagir com todos os profissionais que estão ali na unidade [...] uma coisa que eu percebo, a equipe, às vezes [...] ela só traz alguma coisa do residente na hora da avaliação semestral [...]E daí as pessoas acabam às vezes só falando: ó, isso aqui é um problema teu; tu que é preceptora, tem de resolver! Ai, fulano, hoje, saiu mais cedo; ah, tal caso eu encaminhei ele não resolveu [...]

“Mas sinto assim apesar de todo meu cuidado, de saber da minha responsabilidade como orientadora, como preceptora, também me sinto muitas, muitas vezes, despreparada. No sentido de não gosto de ser preceptora porque eu tenho um papel de ser um avaliador, e isso pra mim é bem complicado. Não me sinto preparada pra isso. [...] Não me sinto apta a julgar outra pessoa, dizer assim, ele está apto a passar a outra etapa, ele passou ou rodou nesta atividade, ele foi aprovado ou reprovado. Ele merece 10, 9, 8 ou 5; quem sou eu pra dizer isso? Eu precisaria ter critérios claros e eu não sei se consigo ter esses critérios.

Às vezes a equipe está numa crise e vai avaliar um residente que está reconhecendo a crise e está criticando a crise. Eu estou doente e vou avaliar outro que está me dizendo que está doente, e eu me sinto desconfortável com isso e digo, não, você é que está doente. Eu tô dando um exemplo.

Em relação à linguagem, Baumann (1999) vai dizer que sua função é classificatória e que esta se esforça para produzir uma ideia de ordem. Ao tentar suprimir o acaso ou os processos contingentes, produz como efeito a ambivalência, mostrando que os instrumentos de estruturação linguísticos produzem o caos e se mostram inadequados aos acontecimentos do real. E assim vai dizer que,

O ideal que a função nomeadora/classificadora se esforça por alcançar é uma espécie de arquivo espaçoso que contém todas as pastas que contém todos os itens do mundo – mas confina cada pasta e cada item num lugar próprio, separado [...]. É a invisibilidade de tal arquivo que torna a ambivalência inevitável. E é a perseverança com que a construção desse arquivo é perseguida que produz um suprimento sempre renovado de ambivalência. (p. 11).

Considero interessante pensar a classificação entre orientadores e preceptores como uma necessidade de cumprir uma função organizacional ligada ao processo de certificação das residências nas instâncias de gestão dos programas. Há aqui uma gestão dos programas que induz a fragmentação nas práticas pedagógicas, por meio da invisibilidade dos atores perante a organização do ensino, ao passo que pode gerar tanto (des)responsabilização, quanto pode ser um lugar mais confortável perante aquilo que fragiliza a função preceptoria (viés da supervisão ou avaliação de residentes).

A prática da preceptoria de campo necessita de parceria para ser produzida, na medida em que este ator social funciona como mediador nos campos-equipes, assim ele vai precisar produzir movimentos na própria equipe. Por isso, é imprescindível a noção de ação coletiva, que consolide parcerias entre preceptores e orientadores. E com isso parto para a segunda desordem: entre *campo* e *núcleo*.

Então não tem uma clareza entre qual é o papel de orientador de núcleo e preceptor de campo, vamos dizer assim. Como isso acontece muito junto, quem é do núcleo também ser preceptor, acho que existe uma confusão e a pessoa acaba ficando só

muito focado na orientação de núcleo, no cuidado com o residente da mesma categoria profissional, eu não vejo na coordenação da residência um acompanhamento, ou supervisão, ou um diálogo em relação ao papel do preceptor no campo, como este vem sendo desempenhado, de ter uma visão global mesmo.(P)

Tem questões que é o preceptor de núcleo que acompanha mesmo, as atividades do residente, onde ele vai estar, onde está indo, está fazendo os turnos que tem de fazer, se está fazendo controle social, como está no currículo integrado, na parte teórica, fica bem a cargo do preceptor da farmácia. (P)

A construção da preceptoria de campo está intimamente ligada à da orientação de núcleo. Essa relação produz efeitos no entendimento dos funcionamentos de ambas as práticas. O termo *integrada* (RIS) traz a possibilidade de abertura dos núcleos profissionais para a construção dos campos, evidenciando a força do conceito de Campos (2000). Para este conceito funcionar de modo que potencialize o encontro das profissões na construção interdisciplinar, requer processos de conversação azeitados em preceitos participativos e democráticos, abertura para a alteridade e experimentações que possibilitem o reconhecimento dos fazeres das profissões nas práticas cuidadoras.

Não existirá fórmula para compor equipes de preceptoria. Essa construção é relacional e singular de cada campo. Porém isso aparece, para certos sujeitos, como uma fragilidade, dadas as diferenças existentes entre os campos-equipes na condução dos processos, como fala esta preceptora:

Então eu percebo que dentro da instituição, dentro da residência, cada preceptor às vezes gerencia de forma diferente o seu preceptor no campo e isso eu acho que gera [...] eu tenho um desconforto em relação a isso, porque o residente cobra o preceptor de forma diferenciada também. (P)

Será que essa sensação de fragilidade advém do fato das práticas pedagógicas serem singulares? Se sim, por que a singularidade fragiliza? Se não, que outros fatores podem estar produzindo esse desconforto? Esta residente fala sobre o que percebe enquanto fragilidade na preceptoria,

[...] mas às vezes falta na questão das dúvidas, às vezes tem uma dúvida assim, de solucionar, por exemplo, agora eu tô no segundo ano, tem estágio optativo, aí tá uma nuvem negra em 'volta pra unidade, não volta? Quantas horas tem de fazer, pra não ter de voltar? Quantas horas tem de fazer, aí volta. Se é em Porto Alegre, tem de voltar, independente? (R).

Os regramentos dos fluxos administrativos estão estabelecidos na Minuta de Regimento da RIS, um documento que vem passando por contribuições coletivas desde 2008 e que atualmente se encontra no setor jurídico do GHC para apreciação<sup>56</sup>.

## 7.6 Função preceptoria: uma aproximação com a análise institucional

*“[...] tem de pegar também pela via do que as pessoas se interessam, no sentido de qual é o desejo do residente em relação ao campo.” (P)*

As análises realizadas tiveram aporte teórico na produção da análise institucional (AI) (BAREMBLITT, 2002; LORAU, 2004), pois se trata de referencial que auxilia na produção de um conhecimento que visa provocar transformação (no modelo da atenção e de formação), considerando a integração entre as profissões e de produção de conhecimentos e práticas por meio da articulação ensino-serviço. Toda turma de residentes apresenta algo da ordem do inédito, seja na construção de uma grupalidade interdisciplinar, seja no novo olhar que chega aos campos-equipes. Aí reside uma das forças instituintes em ação dentro da organização.

Essa força entrelaça-se aos processos de trabalho em saúde, que por sua vez estão organizados numa rede de articulações que se fecham (instituídos) e se abrem (instituintes), movimentados por tensões que constituem o universo deste trabalho. Estas tensões são da ordem do próprio ensino em serviço, dos processos de atenção e gestão da saúde, e de uma quarta dimensão, que é da participação social<sup>57</sup>.

Este entrelaçamento de forças acontece no nível da *função* da organização e das práticas dos seus agentes. E é neste sentido que aqui se analisa a *função preceptoria*. Barembritt (2002) vai dizer que a função, numa organização, aparece sempre disfarçada, mostrando-se com um objetivo natural e lógico das organizações, “não se manifestando claramente ao nível do instituído e do organizado [...] fazendo-as parecer desejadas e eternas” (p. 32). O dicionário Aurélio traz 13 definições para o verbete função, ocorrendo múltiplos desdobramentos quando se pensa em função matemática, por exemplo. Uma das definições que dialoga com as análises feitas até aqui é a de função como uma posição, como um papel.

<sup>56</sup> Segundo a gestora da RIS/SFC.

<sup>57</sup> O termo quadrilátero da formação é cunhado por Feuerweker e Ceccim (2004). Os autores, ao constatar um afastamento das políticas de formação de profissionais para o SUS em relação à organização setorial, propõem uma teoria caixa de ferramentas, que permite analisar as políticas de ensino em saúde construídas no Brasil. O termo traz a imagem de um quadrilátero para realçar as interfaces das dimensões do SUS: gestão, atenção, formação e controle social.

Berlinck (s/ano) analisa as origens do termo posição a partir das civilizações romana e grega. Na sociedade romana, fundada na conquista de territórios, este termo está ligado ao contexto militar, no qual a posição, uma vez conquistada, era integrada ao Império Romano. Já na origem grega do termo, ele conecta-se com as movimentações acontecidas na Ágora<sup>58</sup>, adquirindo uma perspectiva menos colonizadora e mais relacional. A posição na Ágora supõe mobilidade, supõe a visão e a escuta para o reconhecimento do outro.

A preceptoria, neste sentido, é a posição organizacional na qual a função preceptor é produzida. As análises aqui realizadas dão pistas de como suas práticas pedagógicas são forjadas e entrelaçadas ao trabalho em equipe. É com o apoio pedagógico e cuidador aos residentes que a preceptoria adquire seu caráter de funcionamento, deslocando-se do instituído (para fins de análise: funcionamento está em oposição à função, mas imanescentes e interpenetrados).

Se preceptoria é estar ao lado, acompanhar os processos, pressupõe lidar com o desejo do outro-residente (que enquanto ator social se constrói em afinidade com as forças instituintes) enquanto elemento que guie a sua prática pedagógica. E se colocando em movimento de singularização<sup>59</sup> que a preceptoria se lançará a territórios que podem produzir ampliação do olhar sobre os campos-equipes, concebendo elementos ainda não instituídos na especialização em SFC/MFC.

O instituído busca expressar-se por meio da função preceptor, e pode ter como efeito a diminuição do grau de criação nos campos-equipes e a produção de estranhamento nos processos de ensino e aprendizagem, ao reduzir o trabalho à aplicação de um conjunto de técnica, reconhecidas cientificamente, fechado a experimentações. Como um conhecimento especialista fechado e instituído. O modo como se organiza o trabalho em saúde, neste caso, pode ser um atravessamento para as práticas pedagógicas, quando o entrelaçamento entre as instituições saúde e educação servem para a reprodução da organização tal como se mostra cristalizada. E uma preceptoria de campo excessivamente supervisora fragiliza a experiência da aprendizagem, na medida em que fagocita<sup>60</sup> o desenvolvimento do residente para dentro da lógica dos processos instituídos.

---

<sup>58</sup> Ágora: que indicava um espaço e um modo para o exercício do poder compartilhado entre governantes e cidadãos (CAMPOS, 2001). Era expressão da cidadania, palco de discussões políticas e dos tribunais populares.

<sup>59</sup> Retomando o conceito de Campos (2001) “[...] é o campo real da coprodução, em que se torna possível a reflexão, a construção de uma compreensão do processo e, até mesmo, a abertura de possibilidades para intervenção do sujeito sobre o mundo da vida”.

<sup>60</sup> O termo fagocitose diz respeito ao universo da citologia (estudos das células), quando uma partícula é englobada pela célula através da expansão das membranas plasmáticas (camada exterior das células que tem a função de estabelecer trocas com o meio externo).

## 8 PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM

Somos muitas histórias e há muitas histórias em nós. A residência como uma primeira experiência de trabalho é imaginário<sup>61</sup> colocado em ação e exposto aos acontecimentos do real. A residência em mim encontra a residência em nós, enquanto coletivo implicado com outro processo de construção do conhecimento aderido à produção de cuidado à saúde, imersa na realidade da atenção básica. Palavras que marcam a construção de outro referencial pós a vivência da graduação. Em mim há marcas, visto a busca empreendida nesta pesquisa. A possibilidade de fazer especialização em serviço e poder trabalhar em equipe multiprofissional num território instigante como a Vila São Miguel, zona leste de Porto Alegre<sup>62</sup>. E no coletivo de residentes, das equipes, de preceptores, produzir aprendizagens nos percursos que o trabalho e a formação se co-fundem. O corpo foi o mesmo, o que está em contato permanente com a integralidade da aprendizagem, minha e dos outros.

Logo, a pergunta feita aos residentes/preceptores durante o processo de campo: “como você descreveria sua prática de aprendizagem/ensino [...]”, requer outra perspectiva acompanhada pela produção do campo em mim. Esta questão desdobra-se para serem pensados nos efeitos da organização da atenção no ensino do cuidado em saúde, entendendo ambos os atores como produtores de aprendizagens, não apenas aprendizes/executores de uma prática. Sentindo o campo e encontrando seu modo de pensar e praticar o trabalho em saúde.

Trata-se de uma aprendizagem baseada na multiplicidade de práticas, sensações, necessidades percebidas nos encontros entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS, que acontece no acompanhamento de processos (de trabalho em equipe, de longitudinalidade, de trajetórias de vida). Adota-se aqui um sentido de aprendizado próximo ao que Axt e Elias (2004) constroem, enquanto um “movimento, como construção/desconstrução, como exercício de invenção que não é linearmente conduzido por um conteúdo específico, mas por signos sensíveis que vão além de uma concepção de linguagem em suas funções de informação e comunicação” (p. 18).

Quem deseja viver uma residência está de passagem, transitório em sua condição. Profissionais vindos de diferentes trajetórias de formação, apontando para distintos desejos; começam a fazer parte de um campo-equipe, e é nele que irá passar maior parte do tempo. Para os sujeitos residentes entrevistados, o desejo por buscar o campo de especialidade (SFC

---

<sup>61</sup> Como imaginário, refiro-me ao conjunto elaborado por Ceccim *et al.* (2008) “como um campo de possíveis, proporcionando o agenciamento de marcas e signos, assim como inscrevendo memórias afetivas e promessas de futuro.” (p. 1568)

<sup>62</sup> Lugar onde fiz minha Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Básica, na ESP/RS.

ou MFC) produz-se no apaixonamento vivido na graduação (através de estágios, PET e VER-SUS); e pelo desejo de engajamento em práticas de cuidado na perspectiva da integralidade, do território e do trabalho em equipe multiprofissional<sup>63</sup>:

O hospital, eu acho, embora seja um ambiente que tu pode propor muita coisa, está sempre muito subjugado ao saber médico, é muito centrado na figura do médico, são instituições mais cristalizadas, que funcionam em processos bem mais lentos. Não que na atenção primária não seja assim, mas eu via uma possibilidade de ser um pouco mais flexível, até pelo tipo de trabalho que se desenvolve lá, tem a perspectiva comunitária, dentro de um território, então a gente consegue acionar outros tipos de relação, pelo menos essa era ideologicamente, a minha proposta. (R)

Se a busca pela residência, inscrita no desejo está na ordem de um trabalho poroso ao território, em contato com outras profissões, aprendendo na longitudinalidade de um processo, o que aumenta ou diminui a potência de aprender neste campo? Se é o desejo que nos traz até aqui, como ele se sustenta? Quais desejos se desdobram no contato com o campo?

Do campo, que se abre à presença dos residentes e ensina o que faz, emerge a história do SSC, um serviço que se tornou referência nacional na formação de médicos de família e comunidade (BRASIL (13), 2008; LOPES, 2005; ROCHA PITTA, 2013). Sua composição própria diferencia-se de outros modelos/experiências de atenção básica que se constituem no contexto pós 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde e promulgação da Constituição Cidadã<sup>64</sup>. Neste campo reconhecido pela formação de médicos especialistas, agrega-se outra formação – a RIS, em 2004 - na perspectiva de colocar outras profissões da saúde em diálogo e integração, inclusive com um “currículo” comum a estas profissões<sup>65</sup>. Desejosos por aglutinar profissionais da saúde ao seu cotidiano de trabalho, antes de tornarem-se preceptores de campo, a ideia já germinava:

[...] quando eu vim (para o SSC) já fiz parte de um grupo de pessoas que já vieram com a ideia: nós temos de fazer uma residência pros outros, como tem lá, com a experiência do Murialdo. (P)

Para Dallegrave e Kruse (2006), que discutem sobre as origens e os endereçamentos dos discursos circulantes na época de instituição da RIS, falam que quando o novo é criado,

<sup>63</sup> Segundo os atores residentes entrevistados.

<sup>64</sup> A 8<sup>a</sup> CNS, ocorrida em 1986, desdobrou-se no processo constituinte das pressões sociais para instituir a saúde como um direito de cidadania, com acesso universal, descentralizado e com controle social, financiados com recursos públicos. A Constituição de 1988 instituiu o SUS, concretizando, no âmbito legal as propostas debatidas no Movimento da Reforma Sanitária entre as décadas de 1970 e 1980 (VASCONCELOS e PASCHE, 2013).

<sup>65</sup> O comum está nos campos de prática, no estágio de gerenciamento e na atividade de seminário de campo de ênfase: currículo integrado.

ele precisará estremecer a ordem instituída para encontrar seu lugar. Assim sendo, o campo da pesquisa mostrou que o novo continua desacomodando:

Eu acho que as residências deveriam ser específicas, a gente tinha um projeto de criação de uma residência de enfermagem. Isso há muito tempo, e que a gente estava tentando viabilizar. Por que o que eu acho, assim, o negócio de campo e núcleo foi um negócio que foi criado pra prática, não foi pra formação. Se tu vai lá na educação e fala nisso, o pessoal fica com os cabelos em pé, de tu formar pessoas dessa forma. Por quê? Porque a formação ela tem um caráter específico. (P)

E ainda,

E o jeito de funcionar da instituição influencia muito a formação dos residentes, dos estagiários, é algo que influencia muito e não se olha muito pra isso, mas são os profissionais que estão sendo formados. (R)

A familiarização dos residentes aos campos é mediada, também, pela matriz curricular (anexo 1), que norteia as vivências mínimas e distribui a carga horária nas atividades dos programas. Na RIS/SFC este documento existe desde 2012; já no PRMFC, não há uma matriz em si, mas há atividades prioritárias e sua carga horária respectiva.

Após estes breves destaques sobre o processo de ensino e aprendizagem, este será refletido através de três questões:

- a) O que potencializa o aprendizado?
- b) Onde ocorre o estranhamento?
- c) Práticas cuidadoras e Acolhimento <sup>66</sup>.

As duas primeiras questões não têm a intenção de produzir binarismos em oposição, visto que nos tensionamentos vividos nos campos-equipes, o residente também se dá conta da complexidade do campo, desidealiza projeções, produz questões necessárias para movimentar práticas. As reflexões aqui produzidas não pretendem ser universais, porém a experiência local é potente para pensar os próprios processos de ensino na construção do modo de fazer saúde a partir da atenção básica. A construção de si, enquanto um ator social, passa por reconhecer-se diferente após o processo de imersão das residências.

“Acolhimento” emerge como um tema recorrente em algumas entrevistas, visto que a partir de 2013 está presente na matriz curricular da RIS/SFC, havendo um ensaio<sup>67</sup> de

---

<sup>66</sup> Acolhimento é uma diretriz da política Nacional de Humanização, coloca em evidência a dimensão relacional dos encontros entre usuários e profissionais, busca criar espaços de corresponsabilização, escuta ativa e resolutividade (<<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>> acessado em 02/09/2014).

<sup>67</sup> Este ensaio refere-se ao processo de avaliação dos campos de 2013, no qual o PRMFC também avaliou os modos como os médicos residentes participavam do espaço do acolhimento nas unidades de saúde, porém este

aproximação deste tema com o PRMFC. Assim como é parte da diretriz organizacional da Gerência do SSC para sua implantação enquanto uma diretriz<sup>68</sup> qualificadora do acesso às USs. Será a partir deste tema que a terceira e última grande categoria (acolhimento) irá desenvolver-se, refletindo nas tensões constituintes da ampliação das práticas de cuidado ao acontecer de uma formação integrada e interdisciplinar.

### 8.1 O reconhecimento do outro

*Porque o campo de afetação é tão grande, eles ficam tão tomados, acho que aos poucos vão encontrando alguns canais de investimento na residência, mas no início é muita novidade. A gente tenta acolher, às vezes dá uma certa ansiedade, a gente quer transmitir muita coisa, e vejo que bom, tem o processo das pessoas. A gente tem também toda nossa história, trajetória, quer compartilhar, só tem de cuidar pra não ficar muito enlouquecido, porque isso transmite pra eles também, transmite uma inquietação que tem de que eles também dar conta de tudo, que é a lógica do nosso serviço também. A gente acaba exigindo deles sem se dar conta, a mesma coisa. De que tem de estudar tudo. Tem uma hora que a gente tem de estudar tudo, mas cada coisa no seu tempo. Às vezes vai dar certo, às vezes não vai. (P)*

Os residentes entram com o barco navegando em processos de trabalho instituídos, e a maioria chega para sua primeira experiência de trabalho (conforme tabela 6). Conservando-se na formalidade do estar em formação, lança-se na navegação do estar provisório, particular da formação deste ator. De sua construção faz parte o olhar de curiosidade sobre o fazer do outro, afetando-se e produzindo relações de admiração. Este espelhamento está presente na prática de preceptores e residentes, e são acionados pelo “exemplo” como constituinte do aprender e do ensinar:

*Na abordagem dos ACS com os pacientes, nessa coisa de vizinho, eu tenho uma coisa muito próxima com meus pacientes, numa coisa que eu trato de igual pra igual, eu nunca me coloco num nível acima, então vejo assim, eu me baseio pelo pessoal ali da frente (recepção), que é muito assim de igual pra igual. (R)*

*eu vejo através de exemplos, através de exemplo das dentistas contratadas que já estão aqui há mais tempo que já sabem como ter esse contato com o médico, com o enfermeiro, pra fazer essa ampliação do olhar [...].*

Rejeitar o exemplo como modelo educativo seria despotencializar o próprio trabalho como espaço de produção pedagógica (FRANCO, 2013; FRANCO e MERHY, 2013). Seria reproduzir o modelo acadêmico hegemônico, imerso numa realidade estática, passiva, à

---

‘lugar’ não está no plano de ensino do PRMFC.

<sup>68</sup> O documento das diretrizes do SSC (2012/2013) conceitua acolhimento como forma de organizar a porta de entrada, a recepção e o encaminhamento aos usuários que buscam as unidades de saúde (BRASIL (6), 2012).

espera da iluminação. O trabalho é produzido em ato, e quando sujeitamos, no diálogo aberto à interferência do outro, nos aproximamos enquanto atores sociais e relacionamentos interessantes podem acontecer, como relata esta preceptora:

E a única coisa que eu faço, se eu ensino, eu acho que eu faço através do bom exemplo e através do mau exemplo, que eu falo muito pra eles das minhas dificuldades. Com relação à multiprofissionalidade, com relação a trabalhar no campo, com relação a sair pro território e já houve residentes que foi muito agradável de eles me dizerem ‘ah, mas nós vamos conseguir te ajudar a fazer isso que tu quer’. Então o fato de eles terem de provocar em mim faz eles se mobilizarem pra fazer certas coisas. Então eu acho que às vezes a gente mostrar que sabe que precisa mudar, pode ser um jeito interessante de provocar no outro a mudança. (P)

Porém, nem sempre se olha com admiração para o fazer do outro. As avaliações dos campos-equipes destacam que o ensino produz indicadores que sinalizam para processos de trabalho mais ou menos integrados, menos ou mais porosos à construção de campo desejada pelo projeto de integração do ensino-gestão-atenção. Neste sentido, podemos aprender muito sobre como *não* fazer, e isso pode ser um indicativo de processos de trabalhos naturalizados ou mesmo cristalizados.

Em sua construção enquanto um profissional que cuida de outros sujeitos, na fixação provisória que a residência propicia nas unidades de saúde, estes atores anunciam as contradições do modelo acadêmico centrado no estudo do corpo “inerte, anistórico e descontextualizado da vida” (CECCIM e CARVALHO, 2005, p. 72).

Na faculdade a gente não tem, como tem na residência, a mesma possibilidade que a gente tem de atender longitudinalmente as pessoas e acaba vendo que tu te desarma enquanto profissional. (R)

O desarmamento sentido por esta residente é um dar-se conta que o trabalho vivo em ato requer habilidades que desterritorializem, ou deixem em suspenso, as técnicas, a fim de que possamos reconhecer o sujeito, colocando-nos em alteridade. Para Larrosa (2011), a experiência da alteridade é a conexão com o outro, que não é o eu, que não é o que eu sinto, o que eu sei, é conexão com “o radicalmente outro” (p. 6). Há um processo de dar-se conta de que seu saber, até então construído pelos processos de transmissão, precisará ser contextualizado à vida do outro.

No ensino pelo/no trabalho em saúde, cuidar de sujeitos enquanto atores no seu processo de vida potencializa a noção de movimento na produção de conhecimento e de cuidado. Nossas subjetividades não estão fixas em um determinado fazer profissional, mesmo

dentro do seu núcleo de saber. Digamos que existe um centramento profissional em movimento, que se deixa conduzir por este “radicalmente outro”, a cada encontro. Próximo ao que Larrosa (2011) concebe como alteridade, Ayres (2004), em suas reflexões sobre Cuidado, aposta na potência do termo para problematizar a articulação entre *ciência e arte*, dizendo-nos que a atividade do cuidado colocará em cena um saber distinto deste binômio. Ayres (2004) vai falar que a atividade prática, ou *práxis*, é uma sabedoria que não cria objetos, mas sim sujeitos e, portanto, para ser desenvolvida, necessita da presença dos sentidos do outro, colocados *a priori* de um saber técnico e seus instrumentais.

O elemento afetividade aparece como um poderoso desconfigurador dos lugares cristalizados de profissionais e de usuários e como possibilidade de fazer emergir outros sentidos:

Nunca vou esquecer que eu tive uma experiência, que eu toquei um paciente na perna quando eu fui ao Pronto Socorro, e a professora disse que eu não deveria tocar as pessoas, que cada um tem a sua singularidade, e que eu estaria invadindo o corpo do outro. Acho que o afeto, não sei se em todos os campos, acho que tem de ter um limite, mas eu acho que o afeto, quando as pessoas chegam, na consulta, no próprio acolhimento, no próprio posto, de tocar nela, no ombro que seja, vou abrir a porta e dar um abraço, ah espero que tu vá bem, que tu tenha um bom dia, acho isso faz muita diferença, porque quebra aquela postura, ah, o profissional é quem sabe e aquele negócio, ah, tu não poder te envolver com o paciente, eu não acredito nisso.(R)

E quando o outro se afeta com o fazer do profissional, isso pode ser uma espécie de *feed-back* para o trabalho realizado pelo profissional:

Segunda-feira quando eu estava indo pra unidade uma usuária me abraçou de uma maneira muito carinhosa; venho da zona sul, levo quase duas horas pra chegar lá e isso é muito gratificante, tu vê um reconhecimento, a gente já está no segundo ano, a gente já tá acompanhando mais a questão da longitudinalidade (claro que a nossa é mais curtinha) Isso foi uma coisa que me tocou naquele momento, são pequenas coisas que acontecem [estava no supermercado do território] chegando no posto e ela me abordou de maneira muito afetuosa, [...] mas dá aquele alívio, acho que estou ajudando, ‘acho que rolou’.

A integralidade, para Mattos (2001), pode ser considerada um marcador que distingue o ideário da Reforma Sanitária Brasileira das experiências internacionais de atenção primária, e das recomendações dos organismos internacionais para a atenção à saúde nos países em desenvolvimento. O autor defende a ideia de uma busca dos sentidos da integralidade, defendendo que este constructo não seja tomado como um conceito, mas sim como uma “bandeira de luta” ou “imagem-objetivo” (p. 41). Estes termos colocados em contextos, movimentados por atores sociais, refletem desejo por transformação e criação de novas

realidades. Não me parece descabido que as práticas vivenciadas nas residências, principalmente aquelas perpassadas pelo referencial da integralidade, sejam produzidas com este desejo, visto as críticas ao modelo acadêmico relatadas nas falas dos entrevistados.

## **8.2 Dos sentidos da integralidade: da descoberta da construção interdisciplinar**

Instigados pela descoberta dos processos de trabalho em equipe, a experiência de ampliar o olhar juntamente com categorias profissionais diferentes auxilia a compreender os processos de saúde-cuidado-doença, para além do núcleo específico de seu saber<sup>69</sup>.

Eu fiquei nossa, o que a farmácia faz que eu não sabia, o quanto eu em uma VD posso aproveitar o profissional da farmácia junto comigo, na orientação, uma das coisas que eu fiquei mais maravilhada na residência foi isso. Eu nunca imaginei que poderia fazer um atendimento conjunto com a farmácia. Nunca me passou pela cabeça isso. E isso aqui te possibilita, isso eu acho riquíssimo na residência.

Os sujeitos em seus núcleos profissionais encontram-se e produzem diferença em si, trocando saberes, aumentando suas capacidades de desenvolvimento terapêutico nos encontros que se sucedem. A cada novo encontro, o núcleo atua numa conformação diferente, alimentada pela construção do campo:

Vamos supor, eu atendia um paciente, aí eu tinha uma dúvida, aí eu buscava na teoria. Acontece que minha teoria não conseguia responder, eu não tinha competência técnica e nem teórica pra fazer aquilo, aí eu ia lá e convidava “a galera da nutri” pra tá junto comigo, daí a gente fazia uma interconsulta. O que eu tinha lido, elas sabiam praticamente, e elas davam alguns conselhos práticos dentro daquela teoria que eu vi e daí eu consolidava o que elas falavam, então hoje várias coisas que eu uso na minha prática são coisas que eu vi na teoria e na forma que elas aplicaram aquela teoria. (R)

Na linha pedagógica, presente no trabalho em saúde, o saber nuclear de uma profissão no campo da Saúde da Família e Comunidade está exposto a novas conformações. Se tomarmos as linhas que contornam o encontro entre profissional e usuário, o que está contido nesta forma são os sujeitos, seus desejos e suas trajetórias. No contexto dos profissionais de saúde, quanto mais estes estiverem aberto a aprender sobre o seu fazer, a fim de aumentar sua capacidade de compreensão sobre determinada condição, maior será a capacidade de reconhecer os seus limites, e mais importante saber com quem compor para a construção de

---

<sup>69</sup> Já que as necessidades são da ordem da vida e não estão inscritas nos sujeitos como demandas ao profissional x ou y. Com isso não desconsidero a importância dos fazeres e saberes das profissões, porém dando maior visibilidade para o que acontece no campo, ou seja, no encontro destes saberes, para além de sua soma.

projetos de cuidado na via da integralidade. O relato desta residente mostra como experiência de interconsulta com outro núcleo profissional aumentou sua capacidade pedagógica para lidar com os temas relativos à nutrição e saúde.

### **8.3 O que pode um território?**

No processo de escolha por uma residência em saúde/medicina de família e comunidade, compor práticas em territórios definidos é um elemento importante para a tomada de decisão. O território como o lugar onde a vida acontece, aumenta a capacidade de compreensão e atuação sobre determinados problemas, e assim também produz diferença entre o profissional que entra e o profissional que sai de uma residência em saúde/medicina da família e comunidade.

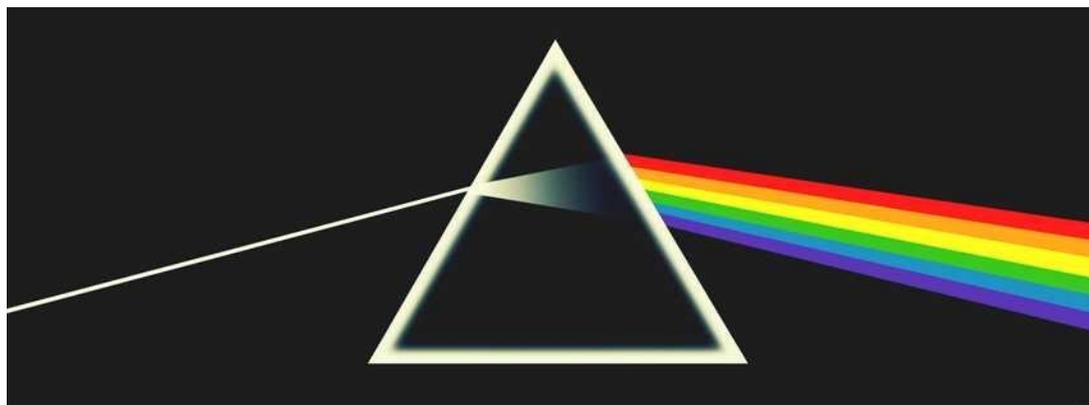
O melhor é assim, a primeira coisa, a gente está num território e a gente atende pessoas desse território, atende famílias desse território, então a melhor vivência, das duas melhores que eu considero é atender as famílias, então tu entende o porquê das coisas, que muitas vezes lá na odonto quando a gente atendia os pacientes, a gente não entendia; vinha o paciente da zona sul, vinha outro da zona norte, era por livre demanda, então os pacientes tinham os problemas deles e tu solucionava, tu apagava o fogo e tu não procurava entender que o que aconteceu com aquele paciente refletia outra circunstância.

Medeiros (2011) elabora sobre o processo de desterritorialização que acontece aos residentes quando estes precisam produzir ruptura com seu processo de formação, quando se traz para a aprendizagem as noções de território e de territorialidades enquanto elementos estruturantes dos sujeitos cuidados pelas equipes. O passar pela residência desacomoda saberes e o movimento nos territórios anuncia a necessidade de aberturas sensíveis às (trans)formações: de si e do território.

### **8.4 Dos estranhamentos como potência para aprendizagem**

Para digerir estas análises, busquei inspiração em uma famosa capa do disco da banda inglesa *Pink Floyd*, lançado em 1973, na qual um raio de luz branca entra em contato com um prisma/cristal que dispara outros feixes de luz, com outras cores.

Figura 2: Capa do disco “*The Dark Side of the Moon*”, da banda *Pink Floyd*, 1973.



No contexto desta pesquisa, a imagem conecta-me aos efeitos do campo da saúde da família e da comunidade no processo de subjetivação dos profissionais da saúde que passam pela experiência da aprendizagem pelo/no trabalho. Nesta representação, o raio que entra pode ser um recém-graduado<sup>70</sup>, que busca conhecer o que é o trabalho em equipe, o que é o trabalhar com saúde ou o que pode um serviço inserido num contexto de produção de territorialidades<sup>71</sup>. Estas questões estão em mim, mas não só: elas falam também sobre o cristal que é atravessado pelo raio branco.

Esta representação aparece enquanto me aproximo das falas sobre os estranhamentos percebidos no contato com os processos das residências nos/dos campos-equipes. O que é estranho ao residente que se inicia no mundo do trabalho na saúde da família e comunidade? O que é estranho ao olhar do preceptor, que é um ator mais próximo ao residente e que “sofre” o efeito desta aproximação? A *forma* ou o formato das residências é potente na medida em que acontece mediatizada pelo/no trabalho, no compartilhamento de práticas de cuidado à população e do trabalho em equipe enquanto *locus* privilegiado para esta co-construção. Porém, vimos que os processos nos campos-equipes conformam-se a partir de forças, e aqui uma delas será explorada como força *estranhamento-potência*<sup>72</sup>.

Esta força é efeito dos processos de trabalho instituídos, das verdades produzidas e prescritas aos modos de organização da assistência à saúde. A força de estranhamento-potência não é um achado de pesquisa, nem uma voz isolada dentro das equipes; ela

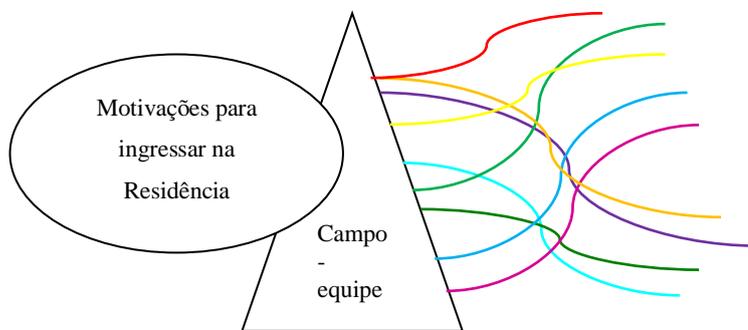
<sup>70</sup> Reconheço que esta representação pode trazer a ideia de pureza (raio branco), mas para os atores que entram em cena no prisma não cabe a ideia de ingenuidade ou de aluno (sem luz).

<sup>71</sup> Medeiros (2011) vai falar que “as peculiaridades das formas do viver de cada pessoa é mais bem compreendida ao considerarmos, além do lugar em que vive, como desnaturaliza e singulariza seu modo de existir naquele pedaço de chão e como o representa para si e para os outros. O território é uma construção subjetiva, e assim sendo, estruturante do sujeito. A territorialidade é efeito disto” (p. 114)

<sup>72</sup> No movimento institucionalista, a potência é vista como a capacidade virtual ou real de invenção que criam o radicalmente novo, criam vidas (BAREMBLITT, 2002).

movimenta-se pelas brechas, pelos respiros, em momentos de intervalos, por dentro e por fora da organização. Ela é uma força menor, que acontece enquanto se desenvolve o trabalho real. Ela é um pensamento posto na roda. A condição *problematizadora* da instituição educação na organização do Serviço de Saúde Comunitária produz a força estranhamento-potência. Esta força será trabalhada por meio de três sub-categorias apresentadas a seguir: das tensões constituintes do movimento entre núcleo profissional e campo; das tensões à matriz curricular; e de qual especialista estamos falando?

Figura 3: Releitura da figura 2 a partir da força estranhamento-potência.



### 8.5 Tensões constituintes do movimento entre núcleo e campo

Com as análises feitas no capítulo “Função Preceptoria”, aproximei-me das ambivalências geradas ao operacionalizar os conceitos de campo e núcleo nas práticas pedagógicas, produzindo sensação de hiper-responsabilização ao preceptor de campo por parte da equipe, ou um fazer centrado no núcleo profissional, ou conformando equipes de preceptoria.

Continuarei tematizando sobre a questão do “campo”, agora na perspectiva da produção dos estranhamentos que saem do prisma, que quando adaptadas a este estudo refletem uma malha de sentidos. O PPP/RIS (2008), que investe com mais força na conceituação proposta por Campos (2000), e se aproxima deste referencial para embasar a estruturação dos campos de aprendizagem (das diferentes ênfases da RIS), considera como *campo* os conhecimentos e práticas comuns às várias profissões ou especialidades do setor da saúde. Considerando que as profissões são postas em prática por sujeitos e que aí está a potência do Trabalho Vivo (MERHY, 2007), o campo está sendo. Inclusive, esta é uma premissa da qual parto para pensar meu campo de trabalho em relação a esta pesquisa.

O campo está em construção na medida em que é espaço de busca de apoio para realização de tarefas práticas e teóricas (CAMPOS, 2000). Seus limites são imprecisos e sua conceituação não está fechada.

Olharemos para os movimentos de ir desde seu núcleo profissional para os campos-equipas, como um modo de desvelar algumas tensões da construção do campo da saúde/medicina de família e comunidade:

Olha, é difícil. Muito no meu núcleo a gente percebe mais a vontade, mas a gente ainda encontra dificuldade com alguns núcleos pra trabalhar [...]. Discussão de caso as pessoas não querem, eu atendo um paciente e aí eu entendo que eu posso incluir, que eu preciso de informações da medicina - Ah, mas tá no prontuário; o que é que tu precisa? As informações estão no prontuário! -Não, mas a gente precisa discutir de que forma a medicina pode fazer isso, e eu enquanto serviço social posso contribuir com um cuidado mais integral. -Não, mas tá lá no prontuário! Dificuldade até mesmo de conversar sobre. (R)

Esta residente se depara com resistências que dificultam o encontro entre profissionais para a produção de informações relativas aos usuários atendidos por ambos. Existe aí certo modo de conceber o trabalho mais burocratizado, hierarquizado, remetido ao registro frio de um prontuário. Será que as contribuições de um encontro vivo não seriam mais enriquecedoras que aquelas registradas?

Já este outro ator fala dos efeitos da organização da assistência no seu modo de aprender pelo/no trabalho em saúde:

Mas o que eu comecei a ver é que muito focado na assistência, o trabalho é muito focado na assistência. Tem um viés institucional, mas os médicos eles são colocados ali numa esteira de produção, eles tem 20min por consulta e é um negócio meio a roldão. [...] E tirar eles pra participar de um grupo, participar de outra coisa, é muito difícil. O atendimento. Eu diria mais na questão da clínica mesmo, algo voltado pro atendimento das pessoas, mas ainda com um viés muito forte da doença, nesse sentido, sempre muito curativo. O preventivo é muito pouco e difícil eu ver. (R)

Para ampliar o entendimento sobre este depoimento me apoio, novamente, no documento que direciona as atividades de assistência<sup>73</sup> nas unidades do SSC, estabelecendo “diretrizes e sistematizando um conjunto de aspectos da organização das práticas do SSC” (BRASIL (6), 2012, p. 02). Parte deste documento ficou conhecida como processo de

<sup>73</sup> Neste documento, o termo assistência é conceituado como as atividades de atendimentos individual, consultas programadas ou “do dia” e os atendimentos coletivos. Nestes últimos, por sua vez, não estão incluídas as “atividades de educação em saúde, promoção da saúde ou grupos operativo”, a estes as diretrizes apontam para as vantagens, modos de planejamento e avaliação destas atividades, não contando estas ações na parametrização (BRASIL (6), p.4, 2012).

‘parametrização da assistência’, produzindo resultados decompostos pelas análises entre a capacidade instalada das equipes e o perfil epidemiológico populacional, considerando a estratificação de risco das pessoas com condições crônicas (ação programática da Hipertensão e Diabetes). O documento também direciona a qualificação e organização do acesso às equipes, considerando as necessidades dos usuários e apoiando-se no referencial da Política Nacional de Humanização sobre acolhimento, ao passo que problematiza sobre o número de vezes que as pessoas com baixo risco cardiovascular consultam em comparação com aquelas que precisariam, pelo seu escore de risco, maior atenção do serviço de saúde.

Os efeitos da organização da assistência foram reprodutores de uma visão polar entre saúde e doença, que se reproduz no tenso par das atividades curativas e preventivas. Este é um olhar de estranhamento para o campo, que é desejoso por um referencial menos capturado pela categoria ‘doença’.

A tensão que aqui se cronifica diz respeito a duas forças presentes no campo. A primeira delas é o olhar de uma clínica produzida pela determinação dos indicadores epidemiológicos dos territórios. Uma assistência que se organiza para incidir na diminuição das internações hospitalares, no número de idas às emergências e aos especialistas, através dos resultados na saúde das pessoas, utilizando referencial baseado em evidências científicas (BRASIL (6), 2012). Justificada pela necessidade dos serviços de saúde planejarem suas ações para lidar com o aumento das condições crônicas num contexto de mudança da estrutura da pirâmide etária brasileira. Além de incidir sobre os indicadores epidemiológicos, esta estratégia visa diminuir os fatores de risco cardiovasculares, tais como: diminuição/cessação do uso de tabaco, estímulo à prática de atividades físicas, adoção de hábitos alimentares saudáveis, entre outros. O desdobramento desta organização na aprendizagem produz outra força, que estranha este modelo de organização:

Que é que é o hiperdia? Pautada em que doenças? Tu não vai olhar pro consumo da comida industrializada, pra falta de tempo que as pessoas têm porque hoje são cada vez mais escravas do trabalho. Tu não vai olhar pra isso, tu vai olhar hipertensão e diabetes, pra dar o quê? Pra ti dar captopril. Tá vendo o viés mercadológico, apesar de ser uma instituição pública, o viés mercadológico está aí. A indústria farmacêutica tá ganhando com isso. Porque a gente não olha pros determinantes sociais. A gente só foca. (R)

O outro polo da tensão imprecisa os limites do campo, dando visibilidade para a produção social da demanda imersa numa rede de determinantes sociais, culturais e econômicos, que ao olhar da assistência instituída não são alvos das diretrizes. O processo de

medicalização da sociedade está presente nesta fala, e ao ser posto em cena estranha a organização da assistência e produz o sujeito que fala.

Olhando para esta produção de aprendizagens, penso que existe uma distinção importante entre os efeitos de um conhecimento “especializado” e um conhecimento coproduzido no mundo do trabalho. Pensar sobre isso é potencializar o efeito de uma conceituação de saúde integrada ao tecido social, que amplia a visão “de um bem-estar geral” ou da “ausência de doenças”, uma saúde multifacetada e dinâmica (BARROS e GOMES, 2011). Assim como radicalizar num outro referencial sobre o ensino da saúde, que inclua outras visões sobre o processo saúde-doença-cuidado, para além da herança assistencial. Uma formação interdisciplinar integrada ao mundo do trabalho pode ser uma promessa de reconciliação com o conhecimento fragmentado posto como tal no mundo acadêmico tal qual instituído. Em alguma medida, a residência faz isso muito bem, deixando marcas nas trajetórias de quem vive a experiência:

Me sinto bem mais capacitada e mais segura da minha prática, até brinquei com o (nome de outro residente) quando ele entrou, falando pra ele o quanto eu aprendi, e coitados dos pacientes se eu tivesse saído direto pro PSF, na verdade eu ia aprender errando, aqui a gente não aprende errando porque a gente tem preceptoría, mesmo assim, às vezes erra, mas dá tempo de remendar. Eu ia sofrer muito mais, acho que a gente sofre na residência por outras coisas, mas acho que faz parte do aprendizado o sofrimento, mas acho que eu teria feito muita coisa errada. (R)

Esta fala faz parte de algo socialmente reconhecido, que dá a formação na modalidade de residências o jargão difundido de ‘padrão-ouro’, ou seja, faz-se cumprir os objetivos de preparar o profissional para atuar no SUS, promovendo vivências práticas que a universidade não aprofunda no que se refere ao exercício do fazer profissional, ao trabalho em equipe e ao reconhecimento do cotidiano do trabalho e do trabalhador da saúde. No entanto, se além de olharmos para a residência como uma possibilidade de construção de um saber especialista, focado em *objetivos*, olhássemos também enquanto uma *construção de um campo* e pensarmos a residência também enquanto um *dispositivo*? Esta seria uma tentativa de olhar para os processos de aprendizagem pelo/no trabalho não somente pela via da cognição, mas também da subjetivação (FRANCO, 2013).

Baremlitt (2002) conceitua o dispositivo como um agenciamento, uma montagem que produz invenção, no qual a meta e o processo são imanentes entre si, compondo com uma máquina semiótica e uma pragmática conectando-se com forças heterogêneas que ignoram os limites do instituído. Considerando que a pedagogia pelo trabalho tem força para produzir subjetivações em quem a experencia, e que o estranhamento com os instituídos no campo é

uma intensidade presente, como as práticas de gestão do ensino podem valorizar este processo visando à ampliação da capacidade de “aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos como objeto de aprendizagem individual, coletiva, institucional?” (CECCIM, 2005, p.163),

Na tensão gerada entre especialidade e os limites imprecisos do campo, emerge a educação permanente em saúde como uma prática de gestão de aprendizagens. Neste novo sentido ao termo Educação Permanente em Saúde, o sinalizador que vem do processo educativo pode ser um porta-voz dentro dos campos-equipes para ampliar a capacidade de análise e de gestão dos processos de trabalho nas equipes.

## 8.6 Das tensões à matriz curricular

“A subjetividade dificilmente cabe numa ação programática.” (R)

Ainda buscando as relações entre os imaginários, os reais e os possíveis, há leituras de que a organização da assistência à saúde do SSC entra em conflito com a possibilidade de borrar as fronteiras das práticas e da formação, visto que:

Acho que a gente reproduz até na nossa própria matriz curricular. Tu vai ver, tem ambulatório. Serviço social tem 8h obrigatórias de ambulatório, de atendimento individual. A gente pode fazer atividade coletiva, atividade conjunta e não tem como fazer isso, sabe. Eu tenho de dar conta ali do meu ambulatório 8h semanal fechado. A gente tem várias possibilidades de trabalhar mais de uma forma mais ampla, no coletivo, fazer interconsulta, fazer [...] mas a gente já tem isso imposto: atendimento individual, tem de cumprir o ambulatório. Então já vem, alguma coisas já vem que talvez a gente precisasse rever. (R)

Quando eu vim, sinceramente não imaginava que eu ia ficar fechadinha fazendo ambulatório, com agenda aberta, com horário marcado, essas coisas. E a gente tem isso bastante.(R)

A matriz curricular é um documento de referência da RIS/SFC<sup>74</sup> criado em 2012, que prevê as atividades e cargas horárias respectivas, visando vivências mínimas para os residentes da ênfase, como rememora a gestora<sup>75</sup>:

Quando a gente pautou e estruturou uma matriz curricular, foi na perspectiva de dar um mínimo, de a gente poder ter um direcionamento mínimo, [...] a gente fechou ela e dentro dessa diretriz mínima, o grupo todo que construiu, os preceptores, residentes, o pessoal da escola, gestores, se entende que todas aquelas questões são

<sup>74</sup> O PRMFC não trabalha com matriz curricular e sim com programa da ênfase.

<sup>75</sup> Enquanto esta pesquisa está sendo desenvolvida, o colegiado da RIS/SFC formou um grupo de trabalho para atualizar a matriz curricular e aproximá-la das necessidades percebidas pelos preceptores e residentes.

questões da atenção primária e que as equipes naturalmente já deveriam estar desenvolvendo de uma maneira qualificada. (G)

Além disto, a matriz curricular demarca os espaços instituídos da formação de um trabalhador no campo saúde da família e comunidade que, no entendimento desta preceptora, precisa ser posicionado perante o SUS:

Porque quando se pensou a matriz curricular da RIS, a gente pensou na RIS integral, na RIS que responde à necessidade de aprender o SUS como um todo. Então hoje, se tu tiver residente que não faz controle social, por exemplo, eu tô dando um exemplo, tu tá dizendo que isso não é uma dimensão importante e ele vai sair com certeza com um ensino capenga. Então eu acho que isso é uma coisa importante, é o momento muito que a gente está vivendo hoje e que eu aposto nesse sentido. Tudo bem, pode reformar matriz, pode tudo; mas o que é que tem de ser o ensino? O que é matriz curricular? O que é que a matriz da residência precisa mostrar? O SUS todo. (P)

No entanto, antes da instituição do Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (SisCNRMS), em 2012, a ênfase não utilizava uma matriz para a organização curricular. Esta foi uma exigência da comissão para auxiliar na regulação, supervisão e avaliação das residências no país. Neste sentido, a discussão sobre a matriz cola-se no cenário de institucionalização e regramento da residência em saúde, no qual a CNRMS induz o esquadramento e a definição da carga horária do exercício da formação<sup>76</sup>.

A matriz curricular classifica as atividades mediante aquilo que seria o mínimo para uma formação no campo da Saúde da Família e Comunidade. Classifica também entre atividades mínimas do R1 e do R2. Por exemplo, saúde mental é uma atividade do R2, onde este dedicará 4 horas por 4 semanas para o tema, sendo que, na prática, a saúde mental transversaliza todas as ações de saúde. Olhando somente para este documento (Anexo 1), pouco espaço há para a produção de um trajeto autoral através da valorização do desejo do residente quanto às possibilidades dos campos-equipes. Ainda que os preceptores lidem de forma afetiva e busquem valorizar o desejo de cada residente, talvez falte espaço para a criação de outros fazeres além daqueles instituídos como necessários. A matriz curricular fala de um currículo focado em vivências mínimas, porém estas tomam o tempo de uma residência e tensionam um fechamento do campo especialidade.

## 8.7 De qual especialista estamos falando?

---

<sup>76</sup> Dallegrave (2013, p. 99), ao analisar as legislações da CNRMS, categoriza a criação do SisRMS no período “expansão de programas por meio de editais de financiamento e momento de adequação de uma matriz da maquinaria educacional mesclado com regramentos provenientes do trabalho”.

Para disparar a discussão, deixo em suspensão, ao lado das análises forçadas, estes três considerandos:

- 1) Que os residentes, quando chegam aos campos-equipes, já estão organizados em determinados processos de trabalho;
- 2) A existência de uma “carta de serviços” nos campos-equipes, induzida pelas diretrizes de organização da assistência, produzida pelas equipes de saúde com maior ou menos grau de autoria sobre os processos;
- 3) A distinta composição de profissionais das equipes, em relação ao cenário nacional (PNAB), vai além da equipe mínima de ESF, contando com psicólogos e assistentes sociais nas equipes, e a presença de apoio matricial por núcleo profissional da nutrição, farmácia e psiquiatria.

Baumann (1995) produz ensaios sobre o tempo em que vivemos, e localiza sua crítica no espaço entre os modos de vida na Modernidade e na Pós-Modernidade, utilizando a metáfora sobre a liquidez para causar uma imagem disfórmica daquelas coisas que outrora – no sonho da modernidade – eram possíveis de serem nomeadas, classificadas, reconhecidas. Este autor vai falar que a ambivalência precisa ser combatida pela linguagem e seus instrumentos, buscando sempre outras nomeações mais precisas para aquilo que escapa da ordem; ele nos convida a pensar sobre o conceito de ambivalência como sendo “o alter-ego da linguagem” (BAUMANN, 1995, p.9). Há um esforço da linguagem em sustentar a ordem do mundo, mas dentro dela mesma habita a ambivalência, que nos fala que a ordem existe na medida da existência do que é contingente, ou seja, do desconhecido.

Uma das ambivalências inscritas neste campo de pesquisa é o fato de que num campo de formação para especialistas há produção de aprendizagens para além dos contornos dados a esta formação, o que na prática se expressa pelos elementos que vazam desta especialidade, e produzem práticas porosas a outros campos de conhecimentos que estão em colateralidade.

Então, ao considerarmos que nas residências em saúde a produção de conhecimento acontece na produção de trabalho em saúde, como produzir práticas pedagógicas que concebam a dinamicidade do trabalho, incluindo os elementos que vazam da organização da assistência como potentes conformar o campo e assim valorizar os estranhamentos potência? Como produzir residências que contemplem a vista de um ponto (atenção básica) para uma rede (de saúde, intersetorial, rede social)? Ou ainda, como conduzir práticas pedagógicas, juntos aos residentes e às equipes, que produzam movimentos de autoanálise sobre os

processos de trabalho instituídos (CECCIM, 2005)?

No entanto, quando há uma dominação da lógica de especialidade (a ordem), não há espaço para o que vaza (o caos) ser incluído. Sendo que o que vaza fala sobre um imaginário e uma vontade de integração, demarcando que esta especialidade faz parte do SUS:

Acho que tem um potencial que é pouco explorado que é político, porque eu acho que a gente consegue mudar as coisas dentro do serviço. Mas tem uma questão de participação dos espaços decisórios que eu acho que a gente ainda, [...] porque tu não tem um espaço pra ti fazer isso e as pessoas não entendem que são os espaços de participação, de reivindicação que tu vai mudar também a tua prática [...] se tu vai pensar isso acontece com a preceptoria também, porque o que eu penso, por exemplo, o GHC contrata um profissional pra trabalhar lá na ponta, mas ele abre possibilidade de tu estar em outros lugares. Acontece que ele não substitui aquele profissional que está lá, então aquele profissional muitas vezes é punido pela equipe, ou visto como não estando na equipe, porque não foi repostado aquele profissional. Isso acontece com a gente também. [...] Apesar de que no primeiro encontro de residentes que a gente teve, saiu que os espaços de controle social e movimentos sociais entrariam na nossa carga horária, mas isso não está instituído ainda. (R)

A própria questão da atenção primária, ele (o residente) precisa entender a atenção primária que faz parte do SUS. [...] Ele precisa entender a grandiosidade do trabalho que ele faz aqui a partir de algo que foi construído e que ele está trabalhando dentro disso. Por exemplo, ele tá trabalhando no acolhimento, não basta saber se ele está fazendo ou não acolhimento, mas a qualidade, ou que ele está entendendo da qualidade desse acolhimento, porque o acolhimento só tem sentido se tu vincular ele com os princípios do SUS. [...] porque o acolhimento, diferente do que muita gente diz, que é uma questão de humanizar o serviço, ele é muito mais do que isso. O serviço humanizado pode ser um serviço que ele não é integral, pode ser só um serviço que tu atenda bem, mas ele é muito mais do que isso, então tu precisa entender o acolhimento dentro de um serviço que é integral, de um serviço que é universal. (P)

Hüning e Guareschi (2005) discutem sobre a questão das especialidades a partir do campo da psicologia, trazendo contribuições que podem ser coladas ao universo aqui estudado. As autoras discutem os perigos aderidos à noção de especialidades, sendo eles:

- a fragmentação da vida de acordo com a especialidade, bem como o enquadramento da produção social da vida a partir das lógicas das disciplinas;
- o lugar do especialista privatiza a saúde (ou as partes de uma ideia de saúde), ou seja, o conhecimento produzido é ‘ato privativo’ daquele que se especializa;
- o risco do conhecimento especialista “se prestar mais à mercantilização da vida” (p. 90) e da saúde, do que ao cuidado em si.

Considerando a coordenação do cuidado<sup>77</sup> como uma função da atenção básica na rede de atenção à saúde (Brasil (5), 2012), como as residências, em estudo, têm propiciado práticas comuns na construção das colateralidades do campo da saúde da família e comunidade (articulação da rede de saúde, rede intersetorial, reconhecimento das redes sociais)?

De tu ter possibilidade de conhecer o profissional que tá lá no CRAS, fazer esse trabalho intersetorial, fazer essa articulação de rede, que me parece bastante centrado no núcleo do serviço social isso e é algo que é fundamental. (R)

Os núcleos profissionais que estão presentes nos campos-equipes podem funcionar como núcleos de especialistas. A porosidade destes núcleos é disputada e os atores, seja nas equipes ou nos usuários, também são subjetivados numa cultura maior, que fragmenta o cuidado e privatiza as práticas.

Às vezes eu acho que têm umas demandas que são nucleares que nos tomam bastante e é difícil desfazer esse lugar do especialista. Mas eu aproveito do meu lugar de psicóloga também pra dizer, bom, psicologia não é só coisa de psicólogo, ou saúde mental [...]. (P)

Na modelagem híbrida de composição de equipes, os núcleos da nutrição e farmácia funcionam como equipes nucleares de apoio matricial. Os residentes destes núcleos ficam o primeiro ano num campo-equipe, e no segundo ano fazem apoio matricial em outra equipe que não tem residente fixo, dando condições de encontrar as distinções entre as duas experimentações:

O serviço do GHC já é muito diferenciado por ser interdisciplinar, por ter equipe ampliada, porém os núcleos são muito fragmentados, inclusive o meu. Acho que têm atividades até por ter residente nutricionista, nos campos eu acho que isso fica um pouco mais fragmentado de que outras equipes já são compostas por 'NASF'. Então têm algumas atividades, vou dar um exemplo, de peso, estatura, pro bolsa família que fica muito direcionada ao meu núcleo; é uma atividade que em outras equipes que não possuem o nutricionista rotineiramente nas equipes, são feitas por outros profissionais. Então eu acredito que, apesar de ter muitas trocas, que isso seja muito rico, que a gente transite por todos os outros núcleos, acho que ainda é muito fragmentado, acho que isso é uma coisa que tem de ser trabalhada um pouco mais do que é especificamente do núcleo, o que a gente pode dividir, o que a gente pode discutir, inclusive redirecionar este trabalho dessas profissões que são de NASF, como a nutrição, serviço social e psicologia, como isso pode se organizar dentro dos campos na forma que o NASF trabalha. (R)

---

<sup>77</sup> Coordenação do cuidado é a elaboração, acompanhamento e gestão de caso, a partir dos projetos terapêuticos singulares, que inclui acompanhar o usuário pela rede de serviços da saúde interssetoriais, articulando os diversos pontos destas redes. Ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado são forjados para realizar este acompanhamento de indivíduos, famílias e coletivos. (BRASIL (5), 2012)

Se por um lado o relato desta residente irá atualizar-se num lugar fora da formação protegida, quando estiver numa condição de trabalhadora-trabalhadora<sup>78</sup>, no contexto de formação isto é estranhado. A residente continua falando sobre a origem das demandas para seu núcleo de saber profissional

Muito mais pela equipe do que da demanda do usuário. [...] Isso acaba nos gerando particularmente uma ansiedade, de não estar “dando conta” da demanda, mesmo reconhecendo isso, de ficar um pouco frustrado por não dar conta de tudo.

A presença do “especialista em nutrição” nos campos-equipes sugere que sua ação profissional seja a do ambulatório individual. Considerando que esta atividade é legítima e necessária, no entanto quando hiper-utilizada pode falar sobre um empobrecimento da capacidade de composição e trocas entre a equipe. Assim como conformar a atenção básica como um conjunto de especialistas, muito próximo ao funcionamento do conjunto das clínicas médicas (clínica geral, pediatria e ginecologia).

Na experiência relatada pela residente, é estranho que a presença deste profissional, nos campos-equipes, institucionalize a especialidade-núcleo, sendo esta mais expressiva que a produção do conhecimento *aproximativo*<sup>79</sup>, produzido no encontro entre os núcleos profissionais e suas práticas terapêuticas (CECCIM, 2005). Um campo-equipe mais ocupado em fechar-se nas fronteiras com fluxos profissionais centrados, evita o encontro de intersubjetividades e estanca as ações de cuidado a determinados papéis, a determinados especialistas. Para destacar o movimento feito entre *estética multiprofissional* e a “*ética entre-disciplinar*”, Ceccim (2005) propõe:

No lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou intersecção entre perfis profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. Surge então, a terceira margem, não a intersecção da interdisciplinaridade.

A força que a residência pode trazer para as práticas nos campos-equipes reside no seu potencial de produzir perguntas sobre os processos que ali acontecem, enfatizando que na produção de conhecimento pelo/no trabalho, as fronteiras entre as disciplinas/profissões, e consequentemente entre os sujeitos destas práticas, necessitam de porosidade. Os poros são

<sup>78</sup> Residente também é trabalhador, mas está em formação. Os trabalhadores também estão em formação, mas não sem a formalização institucional.

<sup>79</sup> Ceccim (2005, p. 267) faz a discussão, a partir de Deleuze e Guatarri, no que diz respeito à existências de dois perfis de ciências: a ciência régia, que estabiliza modelos e produz conceitos verdadeiros; e a ciência ambulante, que produz conhecimento aproximativo, este “*impele à incessante problematização e é relativo a todo um conhecimento de atividades coletivas, não somente às questões científicas.*”

espaços para movimentar dualidades entre a técnica e a afetividade, entre a lógica dos encaminhamentos e a produção de responsabilidades.

Barros (2005, p. 134) problematiza a noção de formação como um treinamento<sup>80</sup> e vai dizer que assim se oculta “o caráter social e político dos processos formativos e estes ficam presos às ideologias científicas”. Há ocultação/domesticação dos processos de afetação quando se estabelece que o conhecimento se produz em fronteiras rígidas, faz-se ‘o quadrado’ desta formação e assim captura os desejos, as paixões, não havendo espaço e tempo para escoar o campo de afetação. Barros ainda vai falar sobre o saber especialista, que produz ‘saberes-propriedades’ baseado num conhecimento asséptico e homogêneo, que deixa de fora a “polifonia indispensável quando temos a integralidade como horizontes” (p. 137).

Um caminho possível se abre num fazer apoio pedagógico e cuidador ao colocar a preceptoria em funcionamento, abrindo espaços para a valorização do desejo do residente perante seu processo formativo, produzindo abertura (mediação) entre o estranhamento potência e a matriz curricular. Ainda, estimular processos de singularização da formação, a partir do compartilhamento das percepções e sensações da produção dos projetos pedagógicos singulares (DALLEGRAVE, 2013).

---

<sup>80</sup> A noção de treinamento é também representada em documentos e produções científicas sobre a residência, e que a meu ver diminuem o escopo de experimentações e experiências de si, e reaproximam a residência do referencial acadêmico distante da produção de aprendizagens.

## 9 PRÁTICAS CUIDADORAS

A diversidade dos sujeitos da pesquisa e de suas histórias, bem como a busca pelo entendimento das forças que atuam no campo da pesquisa, provocaram-me a pensar nos encontros entre os campos de conhecimentos que ocorrem nas formações dedicadas à medicina/saúde da família e comunidade. Os diferentes núcleos profissionais que dialogam nos campos-equipes, nos territórios e em cada encontro com usuários desafiaram-me a ampliar a compreensão sobre o campo de conhecimento ao qual me afilio para produzir esta dissertação: a Saúde Coletiva.

Desenhei intersecções para compreender os pontos de partidas de determinadas falas e pintei campos (APÊNDICE G) que organizassem as diferentes nomenclaturas às quais estamos emaranhados. Não conseguindo classificar cada fala dentro de um modelo pré-concebido de ciências, detive-me a aceitar as confluências dos campos: ciências da saúde, ciências biomédicas, ciências humanas e sociais e ainda saúde coletiva. Nesta busca, interessava-me encontrar elementos que falassem de um cuidado em saúde para além do modelo biomédico<sup>81</sup>. Ceccim (2008, p. 5) provocou-me a assumir o entendimento de que a discussão de práticas cuidadoras não está interessada em ser decalque de um campo de conhecimentos previamente estabelecidos, ou comprovadamente testados, muito menos habilidosamente distintos das práticas cotidianas dos serviços. Não, uma prática cuidadora não pertence “nem ciências naturais, nem ciências sociais, mas às (grifo meu) ciências do viver intensamente”.

A ‘ciência do viver intensamente’ é campo para a produção de sentidos para vida, para a construção de projetos de felicidade<sup>82</sup> (AYRES, 2001, 2007) preocupados com os modos de

---

<sup>81</sup> Uma das características do modo de produção de cuidado na atualidade é o seu caráter biomédico hegemônico, que (re)produz modelos de atenção, gestão e formação em saúde. Silva Junior (2005), em respeito à formação dos profissionais da saúde, aponta que este modelo privilegia algumas características, do tipo: foco na atenção individual, ambiente hospitalar como local de ensino, estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas e a estruturação do saber em torno nas especialidades médicas. No cotidiano da atenção à saúde, este paradigma vai expressar-se na “objetivação dos problemas de saúde” e no “desenvolvimento de tecnologias no sentido da exploração de aspectos biológicos-mecânicos” (2005, p. 96).

<sup>82</sup> Projeto de felicidade é um termo que Ayres introduz em 2001, no texto *Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde* e que é mais bem explorado em *Uma concepção hermenêutica de saúde* (2007). O autor elabora a noção de projeto, na perspectiva de busca pela felicidade que “implica determinantes conhecidos e desconhecidos, determinações causais e não causais, trabalháveis e não trabalháveis, implica dever [...] Uma compreensão de passado, presente e futuro como experiência coexistentes ilimitadamente ressignificadas.” Este autor entende felicidade como um valor construído “com base em experiências concretas e fundamentais para a vida humana, mas sua concretude está mais no seu poder de nos tornar conscientes daquilo que vivenciamos como Bem, do que sua definição do que seja isso.” (2007, p. 55).

andar a vida<sup>83</sup> (CECÍLIO, 2001) do outro. Uma prática cuidadora está tão interessada em aliviar o sofrimento quanto em produzir os sentidos do sofrimento junto com o sujeito. Uma prática cuidadora é imanente à produção do ator social trabalhador da saúde; é desterritorializante, no sentido que rompe com a racionalidade instituída, e compreende a atividade do cuidado como espaço de manifestação da complexidade da vida e lugar de singularização dos sujeitos (FRANCO, 2013).

Ceccim (2012), em artigo que coloca em análise o desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde a partir dos cenários de trabalhos, das diretrizes de formação e da profissionalização pela educação superior, expõe uma conceituação de competência interessante para pensar-se em práticas cuidadoras. O autor vai defender que competência, diferentemente de uma prescrição a algo ou alguém, é “como uma inteligência que vem depois [...] aquilo que foi oportunizado contatar, experienciar, apreender, de forma corporal e sensorial, mesmo que proveniente da teoria ou da fala de outrem”. (p. 272)

Neste sentido, se a uma prática cuidadora compete algo, este algo é da ordem do estabelecido em aberturas sensoriais, em escutas de narrativas e da construção de perguntas que produzam sentido ao outro, para que possamos experienciar de forma corporal e sensorial o sujeito que está diante de nós (e a nós mesmos).

Todos estes não-conceitos de práticas cuidadoras têm campo fértil - para tonarem acontecimentos o trabalho em saúde - na atenção básica; visto a menor capacidade de captura pelas tecnologias duras; sua proximidade com as territorialidades; produção de longitudinalidade no cuidado; sua aproximação da vida ‘como ela é’.

Concordo com Merhy (2010) quando reflete sobre a dimensão cuidadora que se conforma nos encontros entre trabalhadores da saúde e usuários; o primeiro está ali (na cena) por ser identificado como um portador de certo saber-fazer, e o segundo expressa e é portador de necessidades de saúde. A esta dimensão cuidadora, Merhy (2010) vai chamar de processo intercessor, produzindo diferença nos dois atores. Numa conformação de equipe enquanto um campo de conhecimentos e práticas, há uma dimensão cuidadora que transversaliza todos os

---

<sup>83</sup> Cecílio (2001) propõe uma sistematização que ajuda na compreensão do significado do termo necessidades em saúde; diz respeito a quatro conjuntos de ideias, o primeiro deles é “ter boas condições de vida” ao considerar que “a maneira como viver se traduz em diferentes necessidades de saúde” (2001, p.114). O outro conjunto é acesso e consumo de toda tecnologia necessária para a melhoria e o prolongamento da vida. O terceiro diz respeito à necessidade de vinculação com um profissional e/ou equipe, estabelecido a partir de relações contínuas, pessoais e de confiança. O último conjunto fala da necessidade de “cada pessoa ter graus crescentes de autonomia em seu modo de levar a vida” (2001, p.115).

trabalhadores (singularmente) e produz certa cultura de cuidado, certo modo de relacionar-se com sua população.

Neste sentido, o acolhimento pode falar sobre este modo das equipes relacionarem-se com a população, não sendo espaço restrito a apenas a organização da porta de entrada (acesso) de uma unidade de saúde. Mais do que isso, acolhimento é uma abertura ao outro, considerando sua dimensão orgânica, subjetiva e social. Acolhimento é parte da ação do trabalhador da saúde, independente do nível de formação profissional. O acolhimento é espaço intercessor e também é uma diretriz ético-política para o trabalho em saúde (BRASIL (15), 2010), “se revelando menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas” (BRASIL (16), p. 19, 2011).

Acolhimento é uma expressão surgida na década de 1990, no conjunto de propostas construídas na perspectiva do modelo tecnoassistencial ‘Em defesa da Vida’. Foi experienciado pela Secretaria Municipal de Belo Horizonte em 1995, como uma estratégia de transformação dos processos de trabalho, buscando melhorar a relação entre os trabalhadores, bem como humanizar a atenção aos usuários, aumentando a capacidade das equipes fazerem escutas das necessidades dos usuários (MALTA e MERHY, s/a). No ano seguinte, a SMS de Betim-MG também reorganizou os processos de trabalho pela lógica do acolhimento, contando com a assessoria do Laboratório de Planejamento e Administração (Lapa) de Sistemas de Saúde da Universidade de Campinas/SP (Unicamp) (FRANCO, 1999). O modelo Em defesa da vida surge no Lapa/Unicamp e tem como princípios a gestão descentralizada e democrática; a saúde como direito à cidadania; e a defesa da vida individual e coletiva. Prevê reorganização do processo de trabalho a partir de acolhimento humanizado, com responsabilização dos profissionais, apostando na produção de autonomia pelo vínculo, corresponsabilização e acolhimento. Incorpora determinantes sociais, epidemiologia, clínica ampliada e conhecimentos da psicanálise (FAUSTO, 2005).

Entretanto, as diretrizes organizacionais para a qualificação do acesso às unidades do SSC propõem que a estratégia de acolhimento seja uma forma de organizar a porta de entrada, a recepção e o encaminhamento aos usuários que buscam as unidades de saúde (BRASIL (6), 2012). A diretriz fundamenta este processo a partir de duas recomendações teóricas: a equipe de enfermagem é quem tem perfil adequado à função, pela característica da formação integral; e quem está no acolhimento/porta de entrada precisa receber capacitação específica e estar amparado em fluxogramas assistenciais (BRASIL (6), 2012, p. 11). Para compreender o acolhimento como uma “proposta de humanização das relações interpessoais nos serviços de

saúde”, o documento-diretriz sugere a leitura da Política Nacional de Humanização (BRASIL (6), 2012, p. 11).

Considerando que o acolhimento enquanto um organizador da porta de entrada está presente na matriz curricular da RIS e que, portanto, foi um tema recorrente para os sujeitos da pesquisa, ele será considerado um analisador. Analisador é um conceito-ferramenta da análise institucional, que Lourau (2004, p. 132) denomina “como um acontecimento ou fenômeno revelador e ao mesmo tempo catalisador”.

Na realidade brasileira, ao estudar a análise de implicação como uma ferramenta de intervenção, Paulon (2005, p.24) refere-se a analisador como:

[...] todo dispositivo revelador das contradições de uma época, de um acontecimento, de um momento de grupo e que permita, a partir de uma análise de decomposição do que aparecia até então como uma totalidade homogênea (uma verdade instituída), desvelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de toda realidade.

Para decompor as análises, entrará em cena o processo de avaliação dos campos, realizado em 2013 pelos atores das residências, pelas equipes e pelos gestores. Este processo, que ocorre desde 2010, entende a avaliação como necessária para a qualificação das equipes, e que além da definição sobre a alocação das vagas das residências nas equipes, trabalha para a “qualificação permanente dos campos de prática” (BRASIL (12), p. 5, 2013). Em 2013, o processo de avaliação dos campos culminou com a realização de um seminário que integrou as duas formações realizadas no SSC (BRASIL (12), 2013).

Para nortear o processo avaliativo nas equipes, foi proposto um instrumento baseado nas vivências mínimas ordenadas pela matriz curricular, e num primeiro momento foram discutidas as potencialidades e fragilidades de cada vivência em cada campo-equipe. Posteriormente, foi solicitado a cada campo-equipe dois planos de ação para lidar com as fragilidades prioritárias. Este processo foi compartilhado no seminário de avaliação referido anteriormente, que teve como principais temáticas: acolhimento, vigilância em saúde, controle social e educação em saúde. A assembleia final deliberou prioridades para o planejamento das ações do SSC.

Neste sentido, ‘acolhimento’ foi questão latente durante o campo de pesquisa, e para fins desta análise sistematizei (APÊNDICE H) esta categoria a partir do relatório de avaliação dos campos, considerando o texto final que cada campo-equipe produziu, suas potencialidades e dificuldades vivenciadas no espaço de acolhimento. Para contextualizar esta sistematização

das entrevistas realizadas, considero potentes estas duas falas sobre a intencionalidade ao instituir este eixo na matriz curricular:

Como uma garantia de direito, e não como algo que faz assim nos vamos fazer mais humano; a humanização muitas vezes é ao contrário, ela pode até ser uma ferramenta de acomodação. Porque assim, não, mas aí eu sou legal pra ti, quando tu vem aqui tu é bem recebido, tudo bem, acho tudo isso é verdade, mas tudo isso é verdade porque a pessoa está aqui acessando um direito. E esse direito diz que [...] tem um direito a um atendimento integral, todas as pessoas tem direito, independente de elas morarem ou não aqui. Então, nesse sentido é que eu acho que a gente precisa estar entendendo estar ensinando e estar mostrando que a residência tem a ver com algo maior do que aquilo que é tua tarefa simples. Acho que esse é o nosso papel de ensino aqui, é tu estar conseguindo mostrar pros sujeitos que aqui estão aprendendo, que aqui estão fazendo a sua formação que a residência é formação pro SUS. (P)

A gente pensar a questão do acesso é um dos principais nós que a gente tem hoje no sistema. Seja na atenção básica [...] pra mim é fundamental, é um tema que é fundamental. Tu fala em acesso universal, então eu acho que isso tem de ser bem intensivo durante a formação que eu acho que é um nó grande que a gente tem no sistema. Acho que tem tudo a ver com o que a gente quer formar, com o modelo, todas essas questões que permeiam a residência. (G)

As falas dizem sobre a responsabilidade que a formação para o SUS tem em possibilitar aprendizagens acerca da concretização do direito à saúde e do acesso universal. Estas duas dimensões estão interconectadas no processo de acolhimento, quando um usuário chega à determinada unidade de saúde. No modo como cada unidade recebe seus usuários está inscrito um modo de garantir o direito; neste sentido, as diretrizes para organização da assistência do Serviço de Saúde Comunitária posicionam-se de modo a potencializar a construção do direito à saúde e do acesso universal, por meio destes exemplos que tratam do que não deve acontecer:

Burocratizar o acesso dos usuários aos profissionais e às ações e aos serviços de saúde (exemplo de burocratização: o usuário necessitar falar com várias pessoas, passar por várias etapas, voltar em diferentes dias/horários, ir várias vezes a US para obter uma consulta ou o resultado de um exame)(BRASIL (6), p. 13, 2012)

Acolhimento, tal como preconizado pelas diretrizes do SSC é um dispositivo para (re) organizar o processo de trabalho em equipe, e descontrói processos burocratizados em formação de fila na madrugada ou funcionar como uma triagem para o trabalho médico. Torna-se assim potente a estratégia de visibilizar este espaço na matriz curricular e principalmente nas práticas de residentes e contratados, assim como avaliar este processo nos fóruns das residências e das equipes. Na sistematização do item acolhimento no relatório de

avaliação dos campos-equipes, foi possível detectar a intensidade que este “lugar de trabalho/espço intercessor” afeta a formação:

Disponibilidade e interesse dos residentes em inserir-se no acolhimento na forma em que está organizado o serviço. Vontade dos residentes em aprimorar e contribuir para o processo de acolhimento na unidade.

Mudança do ano passado para este ano: a partir do acolhimento não existe mais a fila desde cedo na frente da unidade, assim como não tem mais a venda de lugares.

A equipe está aprendendo muito!

Melhora visível neste ano do espaço de acolhimento, visto que está mais organizada a retaguarda em praticamente todos os turnos, os residentes participam para acompanhar os técnicos de enfermagem que são os acolhedores oficiais, diferente do ano passado em que os residentes assumiam o acolhimento sozinhos e, muitas vezes, sem retaguarda da enfermagem. Percebe-se que tais mudanças qualificaram o acolhimento enquanto um espaço de formação profissional em saúde.

O acolhimento, ao mesmo tempo em que mobiliza as equipes para se (re)organizarem, é também instituinte de um novo processo de trabalho. A demanda, antes não reconhecida, passa a receber outro olhar da equipe de saúde, a ponto de incidir sobre o “mercado paralelo” que se cria quando há competição por “fichas”. Assim como fortalece o processo comunicativo, com as equipes exercitando seu potencial acolhedor ao produzir retaguarda para quem está recebendo os usuários.

O acolhimento destaca-se como um lócus privilegiado para produzir deslocamentos desde o lugar nuclear de cada saber. Ao ser um espaço não identificado com nenhuma atividade já pré-estabelecida (como ambulatório, visita domiciliar, por exemplo), o acolhimento é um espaço de encontro do usuário com o profissional acolhedor. Estar no acolhimento é uma possibilidade de experienciar e revestir-se desta dimensão cuidadora que deve transversalizar os trabalhadores da saúde:

Considera-se o acolhimento, enquanto um espaço importante para a formação, pois proporciona a ampliação do olhar para além das especificidades de cada núcleo profissional, compreendendo os sujeitos em sua totalidade.

Espaço rico em conhecimento, com possibilidade de múltiplas aprendizagens.

Espaço rico à aprendizagem do residente, considerando as múltiplas demandas para além do seu núcleo.

Espaço em que dá para visualizar várias coisas. Quando o R está junto, há uma troca, se sai um pouco do núcleo para perceber a complexidade da pessoa.

Compreender o sujeito em sua totalidade, produzir múltiplas aprendizagens nas diferentes demandas quando há reconhecimento do trânsito do cuidado nucleado em direção

ao cuidado produzido no campo-equipe. O acolhimento, enquanto espaço de escuta aos usuários e suas demandas, tem potencial para introduzir “efetiva e criativamente a emergência da subjetividade do outro” (SILVA JUNIOR *et al.*, 2005). Além de produzir distinção entre um espaço de escuta e uma avaliação de risco.

Tomando a assertiva de que “o acolhimento se revela menos no discurso sobre do que nas práticas concretas” (BRASIL (16), p.19, 2011), a continuidade desta aprendizagem carece de espaço para compartilhar as experiências, e com isso produzir uma dada cultura do cuidado em cada campo-equipe. O olhar da atenção básica para a população tem potencial para ampliar a noção de necessidades de saúde, e deslocar a escuta de um sintoma/sinal para o sujeito que fala, produzindo diálogos e deixando-se levar por aquilo que o sujeito elabora como sendo sua necessidade<sup>84</sup>. O deixar-se levar não pode ser entendido como uma postura omissa quanto a uma avaliação de seus sinais, sintomas, riscos biológicos e vulnerabilidades subjetivas e sociais. Um não anula o outro.

O desafio em potencializar o espaço de acolhimento como um espaço de encontro, no qual um afeta o outro, é poder entendê-lo também como um dispositivo de produção de autonomia. A formulação de perguntas com vistas a produzirem reflexões sobre si, buscando construir diálogos que desnaturalizem a manifestação corporal dos sintomas (biológicos, sociais e subjetivos) pode ser considerada um saber que emerge dos processos de acolhimento na orientação de produção de autonomia. A escuta ativa dos usuários pode dar pistas aos trabalhadores sobre como é a relação entre a produção destes sintomas com o que acontece na vida dos sujeitos.

Neste sentido, os campos-equipes podem ampliar seu olhar sobre a assistência à saúde, buscando conectá-la aos sentidos da vida no contemporâneo. Para Barros e Gomes (2011), a escuta das narrativas, das histórias, possibilita a reconstrução do processo de adoecimento que está aderida a outros planos, e contextualiza a doença não ao sintoma, mas na vida do sujeito.

A taxonomia proposta por Cecílio (2001, p. 115) dá visibilidade à estreita relação entre necessidades de saúde com produção de autonomia<sup>85</sup>, considerando que esta “implica na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e essa ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver [...]”. A discussão que o autor faz sobre autonomia

---

<sup>84</sup> Aqui, concordo com Tenório (2004, p.59) que, ao refletir sobre a potência da clínica ampliada, fala que “quanto mais distante do atendimento hospitalar e de urgência (predomínio do plano biológico de determinação) e quanto mais próximo do atendimento ambulatorial, mais presentes estarão as outras forças de determinação dos Sujeitos [...]”.

<sup>85</sup> Autonomia é uma palavra que vem do grego; decompondo a palavra temos auto: próprio; e nomos: regras, normas, leis. Remete a um sujeito que produz suas próprias normas, capacidade do exercício ativo de si (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

pode ser refletida no processo de acolhimento<sup>86</sup> e na escuta ativa aos usuários, enquanto um posicionamento ético<sup>87</sup> dos trabalhadores de saúde nos encontros com os usuários.

Neste sentido, o levantamento feito nas entrevistas com os sujeitos da pesquisa sobre a produção de autonomia no processo de ensino e aprendizagem na formação em serviço, dá pistas sobre como produzir movimentos que ampliem o olhar sobre os processos de cuidado aos sujeitos nos territórios dos campos-equipes.

É uma burrada a gente não trabalhar com autonomia do sujeito, porque o sujeito ele é autônomo, ele vai fazer o que ele quer, ele é; ele só não é quando ele está a cabresto. Ele tá cabresto na saúde quando ele está dentro de uma instituição fechada, isso é cabresto, é tu dizer no hospital que assim, 'tu não vai levantar daí!'[...] ele vem pra atenção primária muitas vezes nessa lógica, bom eu estou aqui dizendo o que ele tem de fazer da saúde dele, como é que ele cuida da saúde dele e ele não tá fazendo. Agora assim, isso é a maior furada, porque nós aqui, nós não estamos em uma instituição fechada e o indivíduo ele não mora aqui, ele vem aqui esporadicamente, e a vida dele ele vai fazer o que ele quer da vida dele. (P)

De modo geral, a produção do trabalho em saúde e o modo como os usuários demandam as ações de saúde está imersa num imaginário hospitalar (CECCIM e FERLA, 2008), pautado pela lógica da doença, pelo conforto dos diagnósticos e pela saúde como um valor de mercado. Trabalhar na perspectiva da produção de autonomia requer que os trabalhadores de saúde e as equipes produzam deslocamentos desde este lugar, no sentido de combater a medicalização e afirmar que é na produção de vida, com seus momentos de felicidade e de tristeza, que o sujeito se produz enquanto capaz de exercita-se a si mesmo e coletivizar-se. Estar em imanência o alívio do sofrimento e a produção de autonomia é o desafio para as práticas cuidadoras.

Cecilio e Matsumoto (2006) refletem sobre a produção de autonomia enquanto um tema aprofundado pelo campo da Educação em Saúde e apoiados nas ideias de Stotz (1991). Aqueles autores irão arguir que este é tomado por ideias comportamentalistas, que aliam a clínica e a epidemiologia na busca pela reversão dos comportamentos individuais que levam à doença. Este paradigma ainda precisa lidar com o efeito de culpabilização dos indivíduos. A linha é tênue: entre a compreensão dos processos singulares de adoecimentos, imersos numa malha social, cultural, política, econômica e pedagógica, e a mobilização necessária para

---

<sup>86</sup> O acolhimento, neste sentido, é analisado não só como um lugar específico de recepção aos usuários que chegam à unidade de saúde. A organização do SSC dá este lugar ao acolhimento, mas aqui me posicionei para pensar que a partir deste 'lugar' o processo de acolhimento ganhe movimento quando é articulado aos demais espaços de cuidado nos campos-equipes. Ou seja, acolhimento transversaliza o trabalho em saúde, não sendo possível fixá-lo a um lugar estabelecido. Trabalhar na lógica de acolhimento a partir do acesso é poder transbordar a lógica – tanto do acesso quanto do acolhimento – para as outras ações de saúde.

<sup>87</sup> Algo como uma 'prevenção' à medicalização social.

produzir mudanças junto a estes usuários. Como produzir recursos que expressem a autonomia como elemento presente nas práticas de cuidado, que produza legitimidade e reconhecimento sobre as escolhas “do modo de andar a vida” (CANGUILHEM, 2000)?

Aí o nosso papel enquanto profissional é estar incidindo para que ele tenha tanta informação, pra que esse autocuidado ajude ele a vencer os eventos de saúde, então, ele tem uma doença crônica, eu preciso que ele esteja muito bem informado sobre o que é que causa, o que é que evita, o que ele tem de fazer pra sair da questão da doença crônica. Agora, tu trabalhar [com autonomia] é tu devolver pra ele uma coisa, a de que a saúde é dele e se ele não quiser caminhar, porque ele não quer, se ele não quer parar dede fumar, ele continua sendo teu usuário. Não adianta tu dizer pra ele: 'não adianta tu vir aqui, porque tu não faz' porque a gente ouve isso, 'não adianta tu vim, não adianta ele vim, ele não faz o que eu mando (!) não adere ao tratamento, e eu já falei tudo o que tem de falar, mas ele não adere ao tratamento'. (P)

Esta fala é um exemplo de culpabilização do usuário por ele não se encaixar no tratamento prescrito. Neste caso, a prática cuidadora reveste-se da sua antípoda (AYRES, 2011): a produção de vulnerabilidade através da estigmatização. Para a produção de práticas cuidadoras, há que afirmar a capacidade dialógica como elemento ético na formação profissional. Aqui, nós, profissionais de saúde, somos desafiados a nos desterritorializar do nosso lugar fixo de “educadores sanitários” (CECÍLIO e MATSMUTO, 2006), tomados pelas certezas epidemiológicas – e morais - presentes em nossas ações junto aos sujeitos. As certezas epidemiológicas e os tratamentos prescritos que dela advêm precisam ser redimensionados, ressignificados de uma ideia de trilho para a ideia de trilha. Algo próximo da ideia de deixar-se afetar pelo encontro com o usuário, assumindo que este “radicalmente outro” aproxime nossa prática da vida como ela é. Aproximar o saber popular do científico, não o colonizando, mas produzindo conhecimentos nesta aderência.

A gente tem uma questão pra equipe de saúde, mas nem todo mundo trabalha nessa perspectiva [da produção de autonomia]. As pessoas ficam mais no bom, eu vou fazer a minha parte. As coisas são muito automáticas aqui, a pessoa vem, vai pro acolhimento, vai, tá resolvido. É muito isso. E no acolhimento eu acho que é uma possibilidade de fazer isso, só que ele tem uma proposta que não consegue ser garantida aqui no serviço ainda. A gente está ali no acolhimento com a pessoa, que é pra ser uma escuta qualificada, que é pra ser [...] mas daí a gente sabe que lá tem mais 10 fichas esperando, que tem horário pras consultas médicas pra passar, que tem não sei quem, então acaba te engessando muito. (R)

Com a fala desta residente, trago para a discussão o risco que se evidencia ao sugerir uma mudança no processo de acolhimento das unidades, centrado na qualificação da porta de entrada, diminuindo seu potencial de (re)organização do processo de trabalho em sua integralidade. Este fato abre a necessidade dos campos-equipes também pensarem em outros

funcionamentos que produzem atravessamentos no processo de acolhimento, no qual sua força instituinte é capturada pelo conhecido modo instituído.

De modo geral, as equipes, quando realizaram o processo de avaliação dos campos, conseguiram identificar que as fragilidades da instauração compulsória do acolhimento, como um qualificador do acesso às unidades, produz estranhamento aos processos instituídos, e as estruturas mostram-se defasadas para que a ideia possa ser reconhecida em sua potência.

Percebe-se que por vezes o acolhimento fica centrado na queixa clínica (queixa-conduta). Observa-se que isto é uma característica do SSC/GHC e este espaço poderia ser aprimorado enquanto um espaço também de educação em saúde, com enfoque para além das questões/queixas clínicas.

Modelo de Acolhimento da US é questionável.

Falta de profissionais, principalmente da enfermagem e espaço físico apropriado.

Modelo proposto pelo serviço não facilita a inserção de outros profissionais.

Dificuldade com a retaguarda médica (SUGESTÃO: Médico de retaguarda exclusivo para acolhimento).

Foi destacado por profissionais da unidade que é impossível outros profissionais se envolverem no acolhimento, já está sendo feito o máximo possível.

As equipes reconhecem a complexidade do processo de mudança no acesso às unidades, e que esta nova conformação afeta outras linhas de trabalho já instituídas, bem como toca nas limitações estruturais e de sobrecarga dos profissionais – tanto os da enfermagem (que assumiram o acolhimento e continuam realizando as demais atividades) quanto os demais contratados (a quem recaem também outros aspectos das diretrizes organizacionais).

Este é um processo que requer apoio às equipes, e os atores das residências em saúde estão ocupando uma posição interessante para a amplificação da noção de acolhimento, juntamente com os gestores das equipes e do SSC. Poder construir espaços de produção em que as singularidades dos trabalhadores sejam consideradas legítimas e produzam redes de conversações a fim de fortalecer a autoria das equipes. Não é tarefa simples, visto o peso do processo de trabalho e da configuração de equipes instituídas nos territórios há bastante tempo. A produção de metodologias criativas, provocadoras de desestabilização do acomodado, é um dispositivo para que os “os modos de cuidar” de cada equipe venham à tona e sejam colocados em análise, considerando a necessidade de mover as identidades já cristalizadas.

Para ler ao som de *Todo Cae*, de Jorge Drexler:

Todo cae  
Tarde o temprano  
A pesar de que por un lapso de tiempo  
El suelo parezca infinitamente lejano  
Todo cae, todo caerá hacia su centro  
Todo cuerpo por mas ingenioso  
Viaja al encuentro  
De su reposo  
Todo cae  
Quién lo diría  
Cuando en un breve lapso  
De levedad  
Tu amor vence a la gravedad y a la entropía  
Todo cae  
Todo caerá y sin embargo  
Flota  
Mientras tanto esta nota  
En algún pentagrama  
Leve  
Y al compás de ese breve sonido un planeta  
Gira  
Y una planta respira y el aire caliente  
Sube  
Y el vapor de una nube destila una gota  
Que oscila un instante reacia  
Y hacia el suelo cae  
Tarde o temprano<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=rHhPquVy5LU#>>.

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Complexa tarefa de colocar ponto final, mesmo que paradoxalmente provisório, num produto que faz parte de uma realidade em processo. O ato de pesquisar produziu uma conclusão em mim, talvez a única: estou saindo dele com mais perguntas do que capacidade de respostas. Fui movida do lugar de enfermeira que responde para o lugar de pesquisadora que produz perguntas. A potência de olhar para as práticas sem se preocupar em encontrar ‘as’ verdades está na possibilidade de construir saberes e fazeres múltiplos e produtores de movimento. Nesta busca, pude perceber a complexidade que está no campo da produção de aprendizagens no trabalho, no sentido de ser isso mesmo, de não haver ressentimento nem cansaço nisto: é apenas complexo.

Ao aceitar isso, penso que podemos seguir adiante com mais tranquilidade, já que nada é simples, natural ou está dado. Esta produção acontece não somente no agora, no imediato, mas no devir, na co-construção de projetos (terapêuticos singulares, de felicidades) centrados na pessoa. Este processo é tomado por uma dimensão pragmática que estabelece uma organização da assistência e esta tem alguns objetivos, assim como estabelece uma organização da formação e seus objetivos. Todos legítimos e necessários. O campo que movimenta esta pragmática é o dos encontros de sujeitos que se afetam, que produzem suas práticas enquanto atores, não apenas executores. Sujeitos que sentem e produzem sentidos, produzem estranhamentos.

Esta dissertação buscou trazer os elementos que compõem as práticas pedagógicas dos preceptores nos campos-equipes (unidades de saúde), destacando que estas são criadas a partir do universo de experiências de cada sujeito, que singularmente se encontram nos coletivos. As sínteses aqui realizadas não se pretendem universais, ou seja, valer-se para todos os preceptores, ou virar prescrição de como ser preceptor. Preocupei-me em fazer emergir os modos como a preceptoria produz-se, no sentido de dar visibilidade para este ator social. A atualização de suas aprendizagens está no contato com o residente enquanto ator social, portanto coletivo, e com a movimentação que a residência produz junto aos campos-equipes. Há no preceptor uma vontade replicante de contagiar com responsabilidade o processo de aprendizagem do outro, por meio do seu compromisso com a formação de trabalhadores do SUS.

Fazer a preceptoria funcionar é assumir que a produção de conhecimento no mundo do trabalho acontece na mediação entre o ideal, o real e o possível; as condições que produzem aprendizagem não são objetos controlados. Também não são representações do conhecimento

científico descoladas da realidade. São muito mais influenciadas pelos modos das equipes produzirem-se, pelo usuário e seus pertencimentos, também pelos regramentos da organização saúde e educação e pelas aberturas ocupadas para produção de diferenças e resistências. Num cenário de produção de vida, aprender a cuidar faz-se em trilha, com escuta atenta às narrativas e aos elementos que impedem a fruição da vida.

Faz-se necessário um olhar cuidadoso para o processo de aprendizagem do residente, quando se projeta nesta formação uma imagem pesada do mundo do trabalho. Isso é perceptível dentro do campo de pesquisa e potencializado pelas cargas horárias dos programas estudados (quase 60 horas semanais). O desenho das residências precisa produzir espaços mais abertos de elaboração sobre o mundo do trabalho, que procurem refletir sobre a busca da resolutividade do cuidado, sobre o que acontece nos encontros intercessores entre trabalhadores-residentes e usuários, com vistas a dar sentido para este símbolo do campo da saúde.

Neste sentido, a mediação entre a matriz curricular e a necessidade do residente é fundamental, não somente nas ênfases estudadas. Se a proposta das residências é formar para o SUS profissionais bons não só tecnicamente, precisamos de inovação para qualificar o trabalho na integração das redes de saúde e das redes intersetoriais. É imperativo que se mantenham espaços de diálogo entre os coletivos que produzem as residências (preceptores, residentes, equipes, gestores) para que estas necessidades – que tensionam a ampliação do campo – sejam valorizadas. Aceitando que a residência produz mais dispositivos do que objetivos.

Sobre a abertura ao diálogo, talvez o exercício necessário para avançar na formação esteja na aproximação com a dimensão da participação social, constituinte do SUS. Sobre esta temática, não foi possível fazer maiores aprofundamentos, mas é perceptível que se faz necessária a reflexão sobre a interface formação e participação social, no contexto das residências em saúde. Discutir a formação com as instâncias de controle social é manter o campo da especialidade poroso e aberto às demandas dos espaços de controle social. Fica como sugestão para as próximas investigações.

Acredito que foi possível refletir sobre os objetivos inicialmente elencados, alguns com maior intensidade que outros, tendo em vista as forças presentes no campo de pesquisa, e o deixar-se ir para onde o campo apontava. Produzir pesquisa também é abrir-se ao que o campo mostra como potência, fomentando assim a desconstrução de hipóteses antes pensadas, como foi o caso do desejo de descoberta das práticas de preceptorias comuns.

Entretanto, não deve ficar somente a cargo das residências a produção dos necessários instituintes nos campos-equipes. Visto que nem todos os trabalhadores envolvem-se diretamente na formação e que a agenda das residências – o que está na pauta, na ordem do dia – difere das pautas que chegam para as equipes. Aqui se abre outra tematização necessária ao campo: investigar a interface equipes e educação permanente em saúde, perguntando-se o que se demanda da educação permanente? Qual o espaço que as equipes têm para pensar-se (colocar-se em análise) e para produzir processo de trabalho autenticamente criados por si e para si? Como os demais atores – gerência, gestão do trabalho e da educação, controle social – envolvem-se nesta produção?

Foi parte deste processo a conexão com várias sensações, e em determinados momentos senti-me uma clandestina em zona de fronteira, por estar colocando em suspenso as verdades do instituído. Senti-me como se colocasse a função residente para funcionar. Mais importante que fazer uma residência talvez seja manter-se em devir residência, com a qualidade de quem está sempre produzindo aprendizagens, tocado por aquilo que o trabalho vivo mobiliza em nós.

Aos coletivos de preceptores e residentes, há que continuar na luta pela qualificação permanente dos espaços e, principalmente, pelo reconhecimento do tempo que a aprendizagem demanda para sua existência, tempo para encontro e para produção dos sentidos que revestem os trabalhadores do SUS.

## REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. G.C. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P (Org.). **Processos de Ensino na Universidade: pressupostos para estratégias de trabalho em aula**. Joinville: UNIVILLE, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho e Mesquita. Revisitando D. Violeta, nos caminhos do Cuidado. In: PINHEIRO, Roseni et al. **Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.

\_\_\_\_\_. O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes (Org.). **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC, 2011.

\_\_\_\_\_. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: PINHEIRO, Roseni; LOPES, Tatiana Coelho (Org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CAPESC-IMS/UERJ; ABRASCO, 2010.

\_\_\_\_\_. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 43-62, jan/abr. 2007.

\_\_\_\_\_. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.3, p. 16-29, set/dez. 2004.

\_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001 .

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Félix Guatarri, 2002. 5ª Edição.

BARROS, Maria Elisabeth Barros de. De amoladores de facas e cartógrafos: a atividade do cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

\_\_\_\_\_. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

BARROS, Maria Elisabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 641-658, dez. 2011.

BARROS, Maria Elisabeth Barros de; HECKERT, Ana Lúcia C. **Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações**. Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde. 1º Ed. ABRASCO. Rio de Janeiro, 2010.

BARROS, Fabrícia da Silva; PINHEIRO, Roseni. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p.111-128.

BARROSO, Vera Lúcia Maciel. Memórias do Hospital Cristo Redentor e do bairro operário de Porto Alegre. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 25., 2009, Fortaleza. **Anais do XXV Simpósio Nacional de História – História e Ética**. Fortaleza: ANPUH, 2009.

BAUMANN, Zygmunt. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BENEVIDES, Regina, PASSOS, Eduardo. Humanização: um novo modismo? **Interface**, São Paulo, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago. 2005.

BERLINCK, Manoel Tosta. **O que é psicopatologia fundamental**. Disponível em: <<http://www.uff.br/spac/arquivos/O%20que%20e%20Psicopatologia%20Fundamental.pdf>> Acesso em: 5 out. 2014.

BIBLIOTECA Virtual em Saúde. **Dicas em Saúde: Acolhimento**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>> Acesso em 2 set. 2014.

BONET, Octavio. Educação em saúde, Cuidado e Integralidade. De fatos Sociais Totais e Ética. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005.

BRASIL. **Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade**. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2014a.

BRASIL. Sistema de Informações em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SIS-SSC) **Boletim Informativo Mensal Indicadores de Saúde Julho de 2014**. Org: Monitoramento e Avaliação. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária, 2014b.

BRASIL. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. In: **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. **Manual do residente**, 2013a. 35 p., Escola GHC.

BRASIL. **Relatório do Processo de Avaliação dos Campos de Prática dos Programas de Residência Médica e Integrada em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição**. Elaborado por Camila Funk e Felipe Anselmi. Documento interno ao SSC/Escola GHC. 2013b.

BRASIL. **Plano de Ensino da Ênfase de Saúde da Família e Comunidade**, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2013c.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde, 2012a.

BRASIL. **Orientações para a organização da assistência nas unidades de saúde do SSC**. Grupo Hospitalar Conceição, 2012b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 02 de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília, 13 de abril de 2012c.

BRASIL. **1º Oficina para equipes multidisciplinares do Serviço de Saúde Comunitária**. 2011<sup>a</sup>, Porto Alegre.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Acolhimento à demanda espontânea**: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2)

BRASIL. **Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde**, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2008a.

BRASIL. **Regimento interno do Serviço de Saúde Comunitária**. Ministério da Saúde, Grupo Hospitalar Conceição. 2008b

BRASIL. **Memórias do Hospital Cristo Redentor: 50 anos**. GHC, Porto Alegre: EST, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Conhecimento em Gestão Participativa**: relatório e pesquisa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS**: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 1.ed., 1.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 04/78**. Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento da Residência Médica. Brasília, 9 de novembro de 1978.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 844-846, maio 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **PAIDÉIA E GESTÃO**: Um ensaio sobre o Apoio Paidéia no trabalho em saúde. s/d Disponível em <[http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat\\_view/6-artigos](http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/cat_view/6-artigos)> Acesso em: 5 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulações ampliada do trabalhador em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. 2ª Edição

\_\_\_\_\_. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 3, n. 1 e 2, p. 51-74, jan/dez. 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CARVALHO, Iara Maria; CECCIM, R.B. Formação e Educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. 2ª Edição

CECCIM, Ricardo Burg. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus Actas**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 253-277, jun/set. 2012.

\_\_\_\_\_. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

\_\_\_\_\_. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan/jun. 2008a.

\_\_\_\_\_. A difusão da dimensão cuidadora da saúde, a invenção de mundos e a comunicação do conhecimento como superfícies de contágio. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 24, mar. 2008b.

\_\_\_\_\_. Invenção da Saúde Coletiva e do Controle Social no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidade à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v. 33, n. 1, p. 29-48, jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005a.

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005b.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria. Ensino da saúde como projeto de integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni;

ARAÚJO, Ruben de Mattos (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg et al. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, out. 2008.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, vol.6, no.3, p.443-456, 2008.

\_\_\_\_\_. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 211 – 225.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; KREUTZ, Juliano André; MAYER JR, Manoel. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. In: PINHEIRO, Roseni; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (Org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PÍNHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.469-478, jul/set. 1997.

CECILIO, Luis Carlos, MATSUMOTO, Norma F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS R. A. (Org.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio Grande do Sul: EdUCS/IMS/UERJ:CEPESC, 2006. Cap. 3, p. 37-50.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S7-s16, 2008.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** Campinas: UNICAMP, 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) -- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2004.

DALLEGRAVE, Daniela. **Encontros de aprendizagens e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no país das maravilhas**. Porto Alegre: UFRGS, 2013. 65f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DALLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. A invenção da residência multiprofissional em saúde. In: FAJARDO, Ananyr; PASINI, Vera Lúcia; ROCHA, Cristianne Maria Famer (Org.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2010.

DALPIAZ, Luiza Helena. Método de problematização de práticas sociais e formação profissional. **Revista Temas Sociais e Expressão**, Frederico Westphalen, v. 4, n. 4, p. 67-82, 2005.

DIERCKS, Margarita Silva; PEKELMAN, Renata et al. O Currículo Integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade. In: FAJARDO, Ananyr Porto; PASINI, Vera Lúcia; ROCHA, Cristianne Maria Famer (Org.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2010.

DONNANGELO, Maria Cecília F; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas cidades, 1976.

DREXLER, Jorge. **Todo Cae**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=rHhPquVy5LU#>> Acesso em: 23 set. 2014.

ELIAS, Carime Rossi; AXT, Margarete. Quando aprender é perder tempo.... Composto relações entre linguagem, aprendizagem e sentido. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 17-28, dez. 2014.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. **Dos programas de medicina comunitária ao SUS: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. Rio de Janeiro: UERJ, 2005. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

FAJARDO, Ananyr Porto. **Os tempos da docência em Residência em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições escolas na saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2011. 200f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

FAJARDO, A. P.; PASINI, Vera Lúcia et al. Residência Integrada em saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS. In: FAJARDO, Ananyr Porto; PASINI, Vera Lúcia; ROCHA, Cristianne Maria Famer (Org.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2010.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, Território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Ra'EGA**, Curitiba, v.17, n. 1, ano 13, p. 31-41, 2009

FERREIRA, Silvia Regina; OLSCHOWSKY, Agnes. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, Ananyr Porto; PASINI, Vera Lúcia; ROCHA, Cristianne Maria Farmer (Org.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2010.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo et al. **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup 2):2115-2122, 2008.

FRANCO, Tulio Batista. Produção de cuidado e produção pedagógica: integração dos cenários do SUS. In: FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson (Org.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013a.

\_\_\_\_\_. Prefácio. In: FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson (Org.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

\_\_\_\_\_. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p; 345-353, abr/jun. 1999.

FRANCO, Tulio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.15, nº 2, p. 345-353, 1999.

FRANCO, Tulio Batista et al (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança no modelo tecnoassistencial com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson (Org.). **Trabalho, produção de cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GRUPO Hospitalar Conceição. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=4>> Acesso em 5 out. 2014.

GUARESCHI, Neusa; HÜNNING, Simone. O que estamos construindo: especialidades ou especialismo? **Psicol. e Soc.**, v. 17, n. 1, p. 89-92, jan/abr. 2005.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. **Império**. Rio de Janeiro: Record, 2001. 3ª Edição

HECKERT, A.L.C. Ética e técnica: exercício e fabricações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

HECKERT, A.L.C; NEVES, C.A.B Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In. PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro:

IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007.

LANCETTI, Antonio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LARROSA, Jorge. Experiência e alteridade em educação. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 19, n. 2, p. 04-27, jul/dez. 2011.

LOPES, José Mauro Ceratti. **A pessoa como centro do cuidado: A abordagem centrada na pessoa na produção do cuidado médico no Serviço de Saúde Comunitária**. Porto Alegre: UFRGS, 2005. 223f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

LOURAU, René. René Lourau: Analista institucional em tempo integral. In: Sônia Althoé (Org), São Paulo: Hucitec, 2004.

LUZ, Madel T.. Fragilidade Social, Espaços Públicos e Novas Práticas de Cuidado em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, 2005.

\_\_\_\_\_. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson. **A avaliação do Projeto Vida e do Acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-03.pdf>> Acesso em: 8 set. 2014.

MATTOS, Ruben Araujo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Org.). **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. 1ª Edição.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim. **A Residência Integrada em cenas: a torção dos discursos de formação universitária para a formação do profissional da saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2011. Tese (Doutorado em Educação) -- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Artigo de revisão atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.12, n 02, p. 204-213, abr/jun. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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

MERHY, Emerson Elias. **Como fatiar um usuário: ATOmédico + ATOenfermagem + ATOx +...+ ATOy.** s/d. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy>> Acesso em: 20 set. 2014.

\_\_\_\_\_. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araújo. **A construção Social da demanda.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec; 2007.

\_\_\_\_\_. **Modelo de atenção à saúde como contrato Social.** 2000. Trabalho apresentado no 11. Congresso Nacional de Saúde, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-11.pdf>> Acesso em: 5 out. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3° Ed. Hucitec: São Paulo. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regimentos internos e organogramas básicos, 2010.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias/leia-mais-estrutura-e-competencias>> Acesso em 5 out. 2014.

MONCEAU, Gilles. Implicação, sobreimplicação e implicação Profissional. **Fractal, Rev. Psicologia,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan/jun. 2008.

NOVAES, H. M. Bases conceituais: os relatórios Flexner e Dawson. In: \_\_\_\_\_. **As Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS.** São Paulo: Pioneira, 1973. p.15-26.

OLIVEIRA, Maria Conceição de. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. **Rev. bras. educ. med.,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, jul/set. 2008.

PAULON, Simone Mainieri. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicol. Soc.,** Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, set/dez. 2005.

PASCHE, Dário Frederico. A saúde coletiva: novo campo de reflexão crítica da saúde. In: PASCHE, Dário F.; CRUZ, Ivana B. M. Da (Org.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos.** Ijuí: Unijuí, 2005.

PASINI, Vera. **Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS.** PUCRS: Porto Alegre: 2010. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

PEKELMAN, Renata. **A construção da interdisciplinaridade na atenção primária à saúde através da experiência do Currículo Integrado.** Porto Alegre: UFRGS, 2010. 37f. Monografia (Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

ROCHA PITTA, Pedro. **Residência em Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,

2014. 54f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2014.

ROSSONI, Eloá. **Formação multiprofissional em serviço de Atenção Básica à Saúde: processos educativos em tempos líquidos**. Porto Alegre: UFRGS, 2010. Tese (Doutorado em Educação) -- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

SAÚDE NO BAIRRO JARDIM LEOPOLDINA. 2009. (9min. 58s.). Disponível: <<https://www.youtube.com/watch?v=52uBxnSOG4I>> Acesso em 28 set. 2014.

SCHWARTZ, Yves. A Experiência é Formadora? **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, vol. 35, n. 1, p. 35-48, jan/abr. 2010.

SENA, Roseni Rosângela de et al. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. **Interface**, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 23-34, mar. 2008.

SILVA, Quelen T. A.; CABALLERO Raphael M. S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, Ananyr Porto; PASINI, Vera Lúcia; ROCHA, Cristianne Maria Farmer (Org.). **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora Conceição, 2010.

SILVA, Quelen Tanize. Residência Multiprofissional em Saúde: o estar-junto na formação dos residentes em saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2011. Dissertação (mestrado). Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

SILVA JR., Aloísio Gomes; ALVES, Carla. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CORBO, Anamaria D'andrea (Org.) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Cap. 1, p. 27-42.

SILVA JR., Aluisio Gomes et al. O cuidado como categoria analítica de ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2005.

SOUZA, Ana Celina de. **A formação de si e o processo de construção de conhecimento: análise da experiência do Currículo Integrado**. Porto Alegre: UFRGS, 2013. Monografia (Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Necessidade de Saúde: mediações de um conceito**. Rio de Janeiro: ENSP, 1991. 765f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006. Série Sala de Aula nº 3. Disponível em: <[books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf](http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf)> Acesso em: 05 out. 2014.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

\_\_\_\_\_. LUZ, Madel Terezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

TOURAINÉ, Alan. **Crítica da Modernidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

TOURAINÉ, Alan; KHOSROKHAVAR, Farhad. **A busca de si: diálogos sobre o sujeito**. Rio de Janeiro: Bertrand, 2004.

VASCONCELLOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dario Frederico. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013. 2ª Edição

VECHIA, Marcelo Della. **Trabalho em equipe na APS: Fundamentos históricos políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JUNIOR, Benilton. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1859-1868, jan/jun. 2014.

## APÊNDICE A - Carta de aprovação do CEP/GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trein, 566  
CEP 91250-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.2000  
CNPJ: 02.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Rado, 20  
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357.4100  
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FEMINA S.A.  
Rua Mostardiro, 17  
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314.6200  
CNPJ: 92.663.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 14 de maio de 2014, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 14-053

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

ANA CELINA DE SOUZA

IZABELLA BARISON MATOS

**Título:** Entre a Saúde e a Educação: o ensino de práticas cuidadoras nas Residências em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Porto Alegre, 14 de maio de 2014.

Daniel Demétrio Faustino da Silva  
Coordenador-geral do CEP-GHC

**APÊNDICE B- Roteiro de Entrevista Semiestruturada**

(Preceptores)

Categoria profissional:

Sexo:

Formação:

Local/Instituição de formação:

Quando (ano) se deu a formação:

Tempo de função preceptoria:

- Fale de sua experiência na preceptoria, o que te motivou/motiva?
  - Descreva sua prática de ensino relativa às práticas cuidadoras na equipe/unidade de saúde.
  - Quais práticas pedagógicas são comuns entre as profissões no aprendizado das práticas cuidadoras.
  - Como é transitar entre os espaços de campo e de núcleo?
  - Quais as potencialidades deste modelo de formação?
  - Quais os desafios deste modelo de formação? Como superá-los?
  - Que noção de usuário está perpassada nas práticas das Residências?
  - Relate uma cena/um episódio no contexto da residência que marcou.

**APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semiestruturada - RESIDENTES**

Categoria profissional:

Sexo:

Tempo de prática profissional:

- Fale sobre a sua experiência como residente, o que te motiva nesta formação?
- Como você descreveria seu processo de aprendizagem na equipe/unidade de saúde?
- Como é transitar entre os espaços de campo e de núcleo?
- Quais as potencialidades e os desafios deste modelo de formação? Como superá-los?
- Que noção de usuário está perpassada nas práticas das Residências?
- Conte alguma cena significativa da residência?

## Apêndice D - Roteiro de Entrevista Semiestruturada - Gestores

Categoria profissional:

Sexo:

Tempo de gestão da ênfase:

- Como é facilitar a coordenação de uma Residência?
- Como você transita entre os espaços de campo e de núcleo?
- Quais as potencialidades e os desafios que você apontaria deste modelo de formação?  
Como superá-los?
- Que noção de usuário está perpassada nas práticas das Residências?
- Você gostaria de relatar alguma cena marcante na sua trajetória?

### APÊNDICE E

Sistematização das diferentes nomenclaturas utilizadas para significar a Atenção primária à saúde no Brasil

NOMENCLATURA	ORIGEM no campo da Saúde
<b>Estratégia de Saúde da Família (ESF)</b>	Iniciou em 1994, no governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002), como Programa de Saúde da Família (PSF) na busca pela reorientação do modelo tecnoassistencial (Conill, 2008); inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é organizada pelo território adscrito e tem como estratégia de indução o aporte financeiro por parte do MS para os municípios que fizerem a adesão a este modelo. Em 2006, passou a ser considerada Estratégia de Saúde da Família (ESF), conquistando status de principal estratégia para capilarização da atenção básica no Brasil. A equipe da ESF é composta por quatro agentes comunitários, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira e um médico. Mais recentemente, agregou odontólogo e técnico de saúde bucal na composição mínima. Em foi, a ESF, começou contar com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dispõe de 19 categorias profissionais para atuação junto às equipes, a partir da lógica do apoio matricial.
<b>Atenção Primária em Saúde (APS)</b>	Nomenclatura originária dos desdobramentos do documento da Conferência de Alma Ata, em 1978. Foi traduzido na política de saúde brasileira como Atenção Primária em Saúde, mas o termo em inglês, <i>Primary Health Care (PHC)</i> , carrega o sentido do <i>Care</i> (cuidado), ao invés do <i>Health</i> (saúde). Mello <i>et al.</i> (2004) relatam que a expressão PHC surgiu na década de 1970, nas páginas do jornal da Comissão Médica Cristã, nos EUA, chamado <i>Contact</i> . Essa entidade foi responsável pela apresentação dos resultados desta modalidade de assistência médica, que se dá em nível local e com presença de agentes de saúde, à Organização Mundial de Saúde (OMS); a partir de então, ganhou visibilidade internacional em Alma Ata. O relatório Dawson, em 1920, já propunha uma organização administrativa que trazia a nomenclatura centros de saúde primários, originando a ideia de hierarquização dos sistemas de saúde (Novaes, 1973).
<b>Atenção Primária (AP)</b>	Termo construído por Starfield (2002) que sintetiza elementos do primeiro nível de atenção. Nesta proposta, os serviços primários são a porta de entrada do sistema de saúde, fornecendo atenção para a pessoa – em contraposição à atenção à doença – em acompanhamento longitudinal em todos e quaisquer problemas de saúde que venha apresentar. A AP é modelada em quatro pilares: primeiro contato, abrangência, coordenação do cuidado e longitudinalidade. Starfield (2002) é uma autora expoente no campo da Atenção Primária e, em sua principal produção, não acoplou o termo “à Saúde” à

	<p>nomenclatura (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009).</p> <p>Considerando a crítica excessiva às generalizações de Alma Ata e a dificuldade de visualizar-se projetos objetivos que garantissem segurança aos investidores, o ‘conglomerado’ OMS e Unicef, junto a outras instituições internacionais, como a Fundação Rockefeller e o Banco Mundial, organiza-se para buscar alternativas. Assim, nasce a ideia batizada de AP seletiva, que se foca no atendimento das principais causas de mortalidade e morbidade, com melhor relação custo-benefício. Essa corrente é criticada pelos defensores de uma compreensão mais integral, ampliadora do olhar para a participação comunitária e para a determinação social do processo saúde/doença (Mello; Fontanella; Demarzo, 2009). Em nível mundial, destacam-se duas experiências desse modelo/filosofia/nível de atenção (Starfield, 2002): no Canadá (na província do Québec) e na Inglaterra (Conill, 2008).</p>
<p><b>Atenção Básica</b></p>	<p>No Brasil, termo utilizado pelo Ministério da Saúde, que agrega vários elementos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012a). Numa perspectiva polissêmica, pode ser visualizada como um nível de atenção à saúde, localizado num esquema piramidal: a AB seria a base, na qual se incorporam elementos da AP, como a porta de entrada preferencial para o SUS, por exemplo. Incorpora elementos presentes no território de moradia das pessoas, a partir da epidemiologia, características socioculturais, critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e acolhimento de todas as necessidades de saúde, demandas e sofrimento (Brasil, 2012a). Dentre as ações realizadas nos territórios, além de preferencialmente indicar a ESF como tática de consolidação desta política, a PNAB agrega o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), as Equipes do Consultório na Rua, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Saúde na Escola (PSE), além de incentivos direcionados para populações específicas (segundo critérios de vulnerabilidade e Índice de Desenvolvimento Humano) (Brasil, 2012a).</p>

**APÊNDICE F – Sistematização dos documentos relativos ao ensino nas residências estudadas**

<b>DOCUMENTO</b>	<b>PRECEPTORIA</b>	<b>OBJETIVOS/HABILIDADES/METODOLOGIAS</b>	<b>ATIVIDADES DA ATENÇÃO, ASSISTÊNCIA OU CUIDADO</b>
<p align="center"><b>Programa de Residência Médica em MFC 2012/2013 – Programa de ênfase (BRASIL, 2013b)</b></p>		<p>O modelo de formação está baseado no modelo de Vigilância à Saúde e nos princípios da APS, para isso é necessário o domínio do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).</p> <p>A metodologia, dividida em três etapas (conhecimentos de núcleo, de campo e os métodos de ensino e aprendizagem), do programa capacita para os conhecimentos de campo e de núcleo.</p> <p>Sobre os conhecimentos de campo o documento fala que “os conhecimentos de campo são vistos em duas atividades distintas: SC e CI” (p. 8), tendo como objetivo “aprofundar os conceitos fundamentais para a prática de APS, para que haja a apropriação de ferramentas e instrumentos para tal prática, construindo uma visão interdisciplinar sobre os problemas e intervenções.”.</p> <p>Já em conhecimentos de núcleo, são três espaços destinados a estas atividades: reunião clínica na US, PTN (programa teórico de núcleo) e aulas sobre temas clínicos. “O eixo do PTN é cuidado, este sendo definido como exercício de</p>	<p>Para as habilidades específicas: estar capacitado para cuidar das pessoas, famílias e comunidade; domínio da prática clínica com conhecimentos que incluam os problemas de saúde prevalentes, respeitando as especificidades de cada área geográfica e/ou região, atuando principalmente em cuidados primários com alta resolutividade; e integrar-se às rotinas das AP’s do SSC; realizar VD’s de características clínicas (vigilância e prevenção); planejar, organizar e conduzir grupos;</p> <p>Aqui as atividades de núcleo falam especificamente em cuidado. O lugar da formação é núcleo. As “atividades do programa” são: atividades na US, atividades na comunidade, atividades nos níveis secundário e terciário e as atividades teóricas, dois deles especificamente voltados para o cotidiano da atenção básica. Nas</p>

		compreensão, colocar-se no lugar do outro, abrangente, continuado e contextualizado, preferentemente no âmbito da equipe multiprofissional e resolutivo” (p.8).	atividades da US consta: consultas agendadas, consultas do dia, atividades em grupo, reuniões de equipe, acompanhamento e coordenação de programas de vigilância à saúde.
<b>Regimento do PRMFC (2013) (BRASIL, 2013b)</b>	Atribuições dos preceptores a eles compete “estar disponíveis para supervisão dos		

	médicos residentes no melhor do seu conhecimento, de acordo com a legislação vigente, em todos os campos de atuação do médico residente”		
<b>Extrato da resolução CNRM 02/2006 que dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. (BRASIL, 2013b)</b>		<p>Os requisitos mínimos são divididos em atividades em nível individual, família e coletivo, planejamento e administração e habilidades em ensino e pesquisa.</p> <p>Neste documento há uma descrição volumosamente importante que se dedica a listar as capacidades que o médico especialista em medicina de família e comunidade deve ter dentre eles a centralidade na pessoa, cuidado e continuidade do cuidado e o estímulo à participação e a autonomia das pessoas, família e comunidade.</p> <p>A equipe de saúde é mencionada no item habilidades em ensino e pesquisa: “desenvolver e participar da orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal de vários níveis e de educação continuada para a equipe de saúde” (p. 40)</p>	O local privilegiado para a produção de cuidado é a prática individual.
<b>DOCUMENTO</b>	<b>PRECEPTOR</b>	<b>OBJETIVOS/HABILIDADES/METODOLOGIA</b>	<b>ATIVIDADES DA ATENÇÃO, ASSISTÊNCIA OU CUIDADO</b>

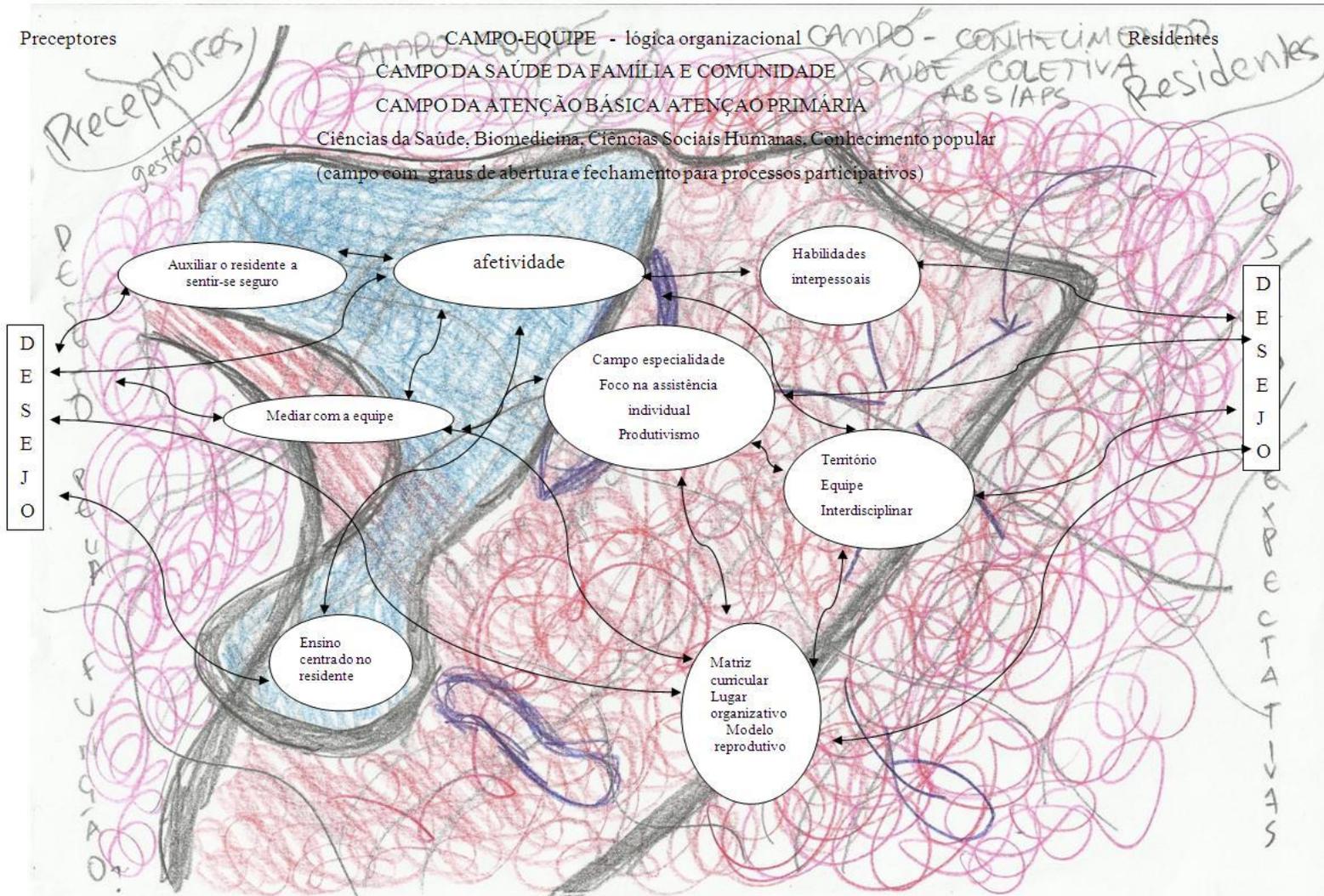
<p style="text-align: center;"><b>PPP/RIS 2009 (Brasil, 2008a)</b></p>	<p>Referencia para o residente Promover a integração Responsáveis pela orientação dos conhecimentos de campo e de núcleo Pré-requisitos 2 anos de experiência na área de ênfase ou residência/pós-graduação completa; Disponibilidade e disposição Conhecer a proposta da RIS Conhecimento sobre SUS As atribuições serão estabelecidas no Regimento da RIS/GHC.</p>	<p>Campo e núcleo como referência conceitual. Marca de sua criação: contexto. Formação para qualificar profissionais para o olhar e escuta ampliados quanto ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida. A RIS propõe a agregação de outras bases de produção de conhecimento, através da inclusão das ciências sociais e humanas à temática da formação em saúde, resultando numa produção inovadora de ensino em serviço. Princípios orientadores: integralidade, trabalho em equipe, humanização e educação permanente -&gt; desafio é a alteração dos modos de fazer, de trabalhar, de produzir, sintonizar o que fazer com o como fazer. Mudança nos processos de subjetivação: produção de saúde e produção de sujeitos. Benefício indireto: qualificar as equipes que produzem os campos da residência. Descreve seus 12 objetivos e o perfil do egresso.</p>	<p>Texto que se posiciona na transformação paradigmática do modo de fazer e pensar a saúde, donde impreterivelmente é preciso reconstruir subjetividades, através do reconhecimento que cuidado e gestão são faces conectadas desta mudança. Aponta para uma formação preocupada com as injustiças sociais. E considera que estes processos são permanentes, polidialógico, no qual os atores sociais desta formação possam estar abertos à problematização de suas práticas e posicionamentos.</p>
<p><b>Plano de Ensino da ênfase SFC (BRASIL, 2013c)</b> (segundo o PPP: em função da apropriação pelos</p>	<p>Não define</p>	<p>Atualização dos profissionais para atuarem no paradigma da saúde coletiva e saúde da família; compreensão do indivíduo: agente no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Formação construída da ótica da interdisciplinaridade e humanização.</p>	<p>Para analisar o ensino de práticas cuidadoras, pegarei como analisadores o conjunto de modelagens presentes neste documento, a começar pela inscrição no paradigma da saúde coletiva/saúde da família; a prática alicerçada em</p>

<p>serviços nos quais as residências foram inseridas, cada área de ênfase desenvolveu planos de trabalho contemplando as suas especificidades)</p>		<p>O <b>programa de ênfase da RIS/SFC</b> vai definir os objetivos da formação acontece um afinamento da diversidade:</p> <p>OE2) qualificar profissionais para atuarem na assistência, gerando novas tecnologias e modos de cuidar adequados ao modelo proposto;</p> <p>OE6) estimular o desenvolvimento da prática alicerçada na concepção de <b>vigilância em saúde</b>.</p> <p>No perfil do egresso também aparece o desenvolvimento da prática alicerçada na concepção de vigilância à saúde; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco, conforme protocolos de cuidados em saúde pública.</p> <p>As atividades práticas (formação em serviço) são descritas como: ambulatórios, visita domiciliar, controle social, acolhimento, vigilância e educação em saúde (R1). E para os R2: ambulatório, VD, Controle Social, Vigilância e Saúde Mental.</p>	<p>vigilância à saúde e o acolhimento como espaço de prática para o currículo do R1.</p>
--	--	---	--

Fontes: Programa de Residência Médica em MFC 2012/2013 – Programa de ênfase (BRASIL, 2013b); Projeto Político Pedagógico/RIS, (BRASIL, 2008a); Plano de Ensino RIS/Saúde da Família e Comunidade (BRASIL, 2013c).

Elaboração própria da autora, maio de 2014.

APÊNDICE G - CROQUI DO MAPA ANÁLITICO



**APÊNDICE H – SISTEMATIZAÇÃO SOBRE O ITEM ACOLHIMENTO NA AVALIAÇÃO DOS CAMPOS DE 2013**

Unidade	Carga horária (mínima)		Potencialidades evidenciadas	Dificuldades encontradas
	Ris	Rm		
			Para desenvolver as reflexões relativas a cada um dos itens deste instrumento, gostaríamos que fossem consideradas as seguintes questões norteadoras: qual o papel do residente? Qual o papel do trabalhador contratado e da equipe enquanto campo de formação?	
	4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acesso dos usuários é facilitado</li> <li>- Importante espaço para conhecer os usuários e as demandas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duração do período do residente no acolhimento (muito longo)</li> <li>- Modelo de Acolhimento da US é questionável</li> <li>- Falta de profissionais, principalmente da enfermagem e espaço físico apropriado</li> </ul>
	4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço rico em conhecimento, com possibilidade de múltiplas aprendizagens.</li> <li>- Garante maior acessibilidade e equidade à população.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade de formalizar a participação dos residentes no acolhimento, com exceção do núcleo de enfermagem.</li> <li>- Modelo proposto pelo serviço não facilita a inserção de outros profissionais.</li> <li>- Necessidade de repensar alternativas ao processo de acolhimento que está instituído.</li> <li>- Adoecimento da equipe em relação à grande demanda e à carga de trabalho.</li> <li>- A prioridade são queixas agudas.</li> </ul>

4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O acolhimento da unidade está passando por um processo de reestruturação.</li> <li>- Disponibilidade e interesse dos residentes em inserir-se no acolhimento na forma em que está organizado o serviço. Vontade dos residentes de aprimorar e contribuir para o processo de acolhimento na unidade.</li> <li>- A equipe possui a postura acolhedora e acaba privilegiando as solicitações da população, como por exemplo disponibilizar as fichas dia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrecarga dos profissionais do acolhimento.</li> <li>- Dificuldade com a retaguarda médica (SUGESTÃO: Médico de retaguarda exclusivo para acolhimento).</li> <li>- Falta de sala apropriada para o acolhimento.</li> <li>- Dificuldade de inserção de todos os residentes da RIS no acolhimento.</li> <li>- A demanda excessiva prejudica este processo. Os fluxos nem sempre são seguidos por todos os trabalhadores, o que também prejudica o funcionamento da unidade e a educação da população em relação à organização do trabalho da equipe.</li> </ul>
4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os R2 tem mais experiência para fazer acolhimento</li> <li>- Todos os R1 estão fazendo acolhimento</li> <li>- Mudança do ano passado para este ano: a partir do acolhimento, não existe mais a fila desde cedo na frente da unidade, assim como não tem mais a venda de lugares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumenta a fila para acolhimento perto do meio-dia.</li> <li>- O acolhimento não acontece em todos os turnos – tem acontecido somente pela manhã.</li> <li>- Falta envolvimento de toda a equipe. Toda a equipe deveria se envolver.</li> <li>- A dificuldade é maior quando não tem consulta para oferecer.</li> <li>- Não tem como resolver tudo no acolhimento – necessário rever a “escuta” que está acontecendo pelas manhãs na sala do acolhimento.</li> <li>- Tudo passa pelo acolhimento.</li> <li>- Falta de espaço para conversar sobre acolhimento.</li> <li>- Foi destacado por profissionais da unidade que é impossível outros profissionais se envolverem no acolhimento, já está sendo feito o máximo possível.</li> </ul>
4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- R1 das duas residências participam do acolhimento em um turno por semana. Na residência médica, isto é computado na carga horária de ambulatório. Alguns acham fundamental, inclusive para RM . Equipe tem espaço instituído e discussão frequente sobre tema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depois de um tempo, passa a acrescentar pouco para a RM. Opiniões diversas sobre o tema.</li> </ul>

	4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das maiores queixas que requerem soluções (ex.: educação permanente).</li> <li>- Possibilidade de discussão sobre o atendimento entre os profissionais.</li> <li>- Espaço rico à aprendizagem do residente, considerando as múltiplas demandas para além do seu núcleo.</li> <li>- <i>Feedback</i> entre os profissionais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alterações sucessivas na forma de condução do acolhimento por parte da gerência (ex.: atual obrigatoriedade da presença da equipe de enfermagem).</li> <li>- Ausência de padronização na forma de abordagem e condução.</li> <li>- Queixa por parte dos usuários quanto à demora de ordem de atendimento.</li> <li>- Corresponsabilização do atendimento ao usuário (simplesmente passar o usuário sem discussão de caso multidisciplinar).</li> <li>- Sobrecarga de alguns profissionais.</li> </ul>
	4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A US não cumpre a carga horária proposta na matriz curricular. Acolhimento acontece em tempo integral (das 8h às 18h), com a experiência dos residentes inseridos na porta de entrada (durante dois meses).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir melhor o papel do residente no acolhimento. A residência (RIS) deve, através da matriz curricular, definir melhor a função do acolhimento e redefinir o tempo, facilitando a inserção do residente neste espaço.</li> </ul>
	4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evolui bastante, pois temos acolhimento, estamos felizes!</li> <li>- Os Rs estão gostando muito! Agora temos o espaço formalizado. A população está satisfeita, pois muitos elogiam.</li> <li>- Espaço em que dá para visualizar várias coisas. Quando o R esta junto, há uma troca, se sai um pouco do núcleo para perceber a complexidade da pessoa.</li> <li>- Atende-se de forma mais organizada.</li> <li>- A equipe está aprendendo muito!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processo em construção e precisa solidificar-se com o tempo.</li> <li>- Espaço para discussão sobre o turno, do final do mesmo.</li> <li>- Parar para pensar sobre.</li> </ul>
	4	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de acolhimento na US.</li> <li>- Está sendo válida (participação das residentes da RIS), tem muitas trocas, existe ajuda mútua. Acham que está bem intergrado. Residentes procuraram adaptar-se.</li> <li>- São válidas as discussões com a retaguarda médica.</li> </ul>	

	4	-	<p>- É uma avaliação da enfermagem: residentes médicos e de enfermagem têm mais contato/ fazem; equipe realiza de uma forma acolhedora e humanizada.</p> <p>-Não acontece no formato que era proposto pelo Serviço e pela Política.</p> <p>-Mesmo com as dificuldades, os pacientes são acolhidos pelos diferentes profissionais na unidade.</p>	<p>- Efetivação do acolhimento na forma prevista pela Política de Humanização.</p> <p>- Estrutura física precária.</p> <p>- Deve ser multiprofissional?</p> <p>-Espaço físico não consegue possibilitar o acolhimento correto aos pacientes, acaba por acontecer em qualquer local na unidade.</p>
	4	-	<p>- Acolhimento foi implantado em julho de 2013.</p> <p>- Residentes participaram de todo processo de implementação, discussões em equipe e com usuários; - Todos residentes da RIS realizam um turno de acolhimento semanal.</p>	

	4	<p>- Melhora visível neste ano do espaço de acolhimento, visto que está mais organizada a retaguarda em praticamente todos os turnos; os residentes participam para acompanhar os técnicos de enfermagem, que são os acolhedores oficiais, diferente do ano passado, em que os residentes assumiam o acolhimento sozinhos e muitas vezes sem retaguarda da enfermagem. Percebe-se que tais mudanças qualificaram o acolhimento enquanto um espaço de formação profissional em saúde.</p> <p>- Considera-se o acolhimento enquanto um espaço importante para a formação, pois proporciona a ampliação do olhar para além das especificidades de cada núcleo profissional, compreendendo os sujeitos em sua totalidade.</p> <p>- Tem sido resolutivo nas demandas trazidas pelos usuários.</p> <p>- Possui potencial enquanto um espaço de educação em saúde.</p> <p>- O residente consegue conhecer os fluxos da unidade e da rede de serviços, acompanhando alguns casos até sua resolução (do dia).</p> <p>- Os técnicos de enfermagem da equipe ressaltam que a participação dos residentes no acolhimento vem qualificando o espaço de escuta, contribuindo para um olhar mais ampliado à saúde, visto que há a diversidade de núcleos profissionais. Da mesma forma, vem constituindo-se enquanto um espaço importante de troca de saberes.</p> <p>- Percebe-se que mesmo com a sobrecarga dos profissionais, a equipe de enfermagem consegue ter um olhar ampliado para as demandas de saúde, indo para além da aferição dos sinais e procedimentos rotineiros.</p>	<p>- Com a nova organização do serviço, observa-se que a incorporação do acolhimento enquanto atribuição preferencialmente a ser realizada pela enfermagem ocasionou uma sobrecarga da enfermagem, com quadro de profissional insuficiente, acentuando-se ainda mais esta dificuldade quando algum profissional está afastado ou em férias. Está ressaltada a necessidade de mais profissionais da enfermagem na unidade, pois isto influencia diretamente o acesso e a qualidade do atendimento e dos serviços prestados.</p> <p>- Ainda há fragilidade na retaguarda do acolhimento, devido ao número insuficiente de profissionais.</p> <p>- Percebe-se que por vezes o acolhimento fica centrado na queixa clínica (queixa-conduta). Observa-se que isto é uma característica do SSC/GHC e este espaço poderia ser aprimorado enquanto um espaço também de educação em saúde, com enfoque para além das questões/queixas clínicas.</p>
--	---	--	--

**APÊNDICE I.** Construção própria adaptado do instrumento de avaliação dos campos de 2013. A categoria acolhimento refere-se a: Conjunto de ações oferecidas pelas unidades de saúde visando recepção de usuários, qualificação das necessidades apresentadas e proposição de resoluções para as dificuldades identificadas.

## ANEXO A

## MATRIZ CURRICULAR RIS/2013

## R1 – SFC

NÚCLEO	Seminário de núcleo	Supervisão de núcleo	Seminário de campo nas US	Seminário de campo (Currículo Integrado)	Seminário de campo (Gerenciamento – teórico)	Vivência em gestão de US (Gerenciamento – teórico-prático)	Formação em serviço (incluindo optativos)	Ambulatório (assistência em consultório)	Visita domiciliar	Controle social	Acolhimento	Vigilância (ações programáticas)	Educação em saúde (incluindo grupos)	Saúde Mental (excluindo matriciamento)	Estágios complementares de núcleo	Seminários Integrados	Trabalho de conclusão	Total
Odontologia	72	48	36	76,5	32	64	1160	528	88	44	176	132	176			53	264	2949,5
Farmácia	72	48	36	76,5	32	64	1160	528	88	44	176	132	176			53	264	2949,5
Nutrição	72	48	36	76,5	32	64	1160	528	88	44	176	132	176			53	264	2949,5
Serviço social	72	48	36	76,5	32	64	1160	528	88	44	176	132	176			53	264	2949,5
Enfermagem	72	48	36	76,5	32	64	1160	528	88	44	176	132	176			53	264	2949,5
Psicologia	72	48	36	76,5	32	64	1160	528	88	44	176	132	176			53	264	2949,5

	Odontologia	Farmácia	Nutrição	Serviço social	Enfermagem	Psicologia
<b>Teórica</b>	233,5	233,5	233,5	233,5	233,5	233,5
<b>Teórico-prática</b>	412	412	412	412	412	412
<b>Prática</b>	2304	2304	2304	2304	2304	2304

	Odontologia	Farmácia	Nutrição	Serviço Social	Enfermagem	Psicologia
% Teórica R1	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4

## R2 – SFC

NÚCLEO	Seminário de núcleo	Supervisão de núcleo	Seminário de campo nas US	Seminário de campo (Currículo Integrado)	Seminário de campo (Gerenciamento – teórico)	vivência em gestão de US (Gerenciamento – teórico)	Formação em serviço (incluindo contínuos)	Ambulatório (assistência em consultório)	Visita domiciliar	Controle social	Acolhimento	Vigilância (ações programáticas)	Educação em saúde (incluindo grupos)	Saúde Mental (excluindo matriciamento)	Estágios complementares de núcleo	Seminários Integrados	Trabalho de conclusão	Total
Odontologia	72	48	36	51			1320	528	88	44		132		16	176	44	264	2819
Farmácia	72	48	36	51			1324	528	88	44		132		16	172	44	264	2819
Nutrição	72	48	36	51			1328	528	88	44		132		16	168	44	264	2819
Serviço social	72	48	36	51			1336	528	88	44		132		16	160	44	264	2819
Enfermagem	72	48	36	51			1310	528	88	44		132		16	186	44	264	2819
Psicologia	72	48	36	51			1304	528	88	44		132		16	192	44	264	2819

	Odontologia	Farmácia	Nutrição	Serviço social	Enfermagem	Psicologia
<b>Teórica</b>	167	167	167	167	167	167
<b>Teórico-prática</b>	348	348	348	348	348	348
<b>Prática</b>	24	2304	2304	2304	2304	2304

	Odontologia	Farmácia	Nutrição	Serviço Social	Enfermagem	Psicologia
% Teórica R2	17,9	17,9	17,9	17,9	17,9	17,9

NÚCLEO	CH TOTAL	DIFERENÇA
Odontologia	5768,5	8,5
Farmácia	5768,5	8,5

CH total	5760
CH anual	2880
Nº semanas (2 anos)	96

Nutrição	5768,5	8,5
Serviço social	5768,5	8,5
Enfermagem	5768,5	8,5
Psicologia	5768,5	8,5

Nº semanas (1 ano)	48
CH semanal	60

**MODELO**

	<b>NÚCLEO</b>	Seminário de núcleo – 2h; 36 semanas	Supervisão de núcleo – 1h; 48 semanas	Seminário de campo nas US – 1h; 36 semanas	Seminário de campo (Currículo Integrado) – 3h; 17 semanas	(Gerenciamento teórico) – vivência em gestão de US (Gerenciamento – teórico-prático) – 8h; 8 semanas	Formação em serviço (incluindo optativos) – 48h; 48 semanas (soma)	AMBUATÓRIO (assistência em consultório) – 12h; 44 semanas	Visita domiciliar – 2h; 44 semanas	Controle social – 1h; 44 semanas	Acolhimento – 4h; 44 semanas	Vigilância (incluindo ações programáticas) – 3h; 44 semanas	Educação em saúde (incluindo grupos) – 4h; 44 semanas	Saúde Mental (incluindo matriciamento)	Estágios complementares de núcleo	Seminários Integrados – 5,5h mensais; 8 meses	Trabalho de conclusão – 6h; 44 semanas	Total
R1	72	48	36	76,5	32	64	1160	528	88	44	176	132	176			53	264	2949,5
R2	72	48	36	51			1512	528	88	44		132				44	264	2819
																		5768,5

% Teórica R1	22,4
% Teórica R2	17,9