

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

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

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

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

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

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

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

## Aprender a gerir um Programa de Residência Multiprofissional: A cogestão na formação para o sistema único de saúde<sup>1</sup>

*Analice de Lima Palombini  
Rosemarie Gartner Tschiedel*

### INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde constituem importante estratégia na construção do SUS, como processo de formação em serviço que, ao lado dos PET-Saúde e VER-SUS<sup>2</sup>, faz, da rede de serviços de saúde, uma rede de ensino-aprendizagem pela experiência em ato, no exercício do trabalho, acompanhado e compartilhado. (CECCIM, 2004/2005; SILVA; CABALLERO, 2010)

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

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

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

Saúde da Criança: Vulnerabilidades e Violência<sup>3</sup>. Dentre esses Programas, o de Saúde Mental Coletiva (RIS-SMC) é o mais antigo, tendo sua primeira turma de residentes, com apoio do Educasaúde, nos anos 2004-2005, e, a partir de 2008, em turmas consecutivas, sob gestão do EducaSaúde, alcançando, em 2016, a sua nona edição. (CECCIM et al., 2010)<sup>4</sup>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## PERCURSOS NA GESTÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

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

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

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

participativa.

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

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

Ao mesmo tempo, e em contrapartida, escutamos

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

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

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

A leitura do texto “Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores”, de Emerson Merhy (2004), foi disparadora da discussão que, primeiramente, reuniu cada segmento em torno à conversa orientada por um conjunto de perguntas que requeria respostas<sup>8</sup>; após, no grande grupo, foi feita a apresentação e breve discussão das respostas construídas coletivamente por cada segmento. Num segundo encontro, com as respostas organizadas

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

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

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

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

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

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

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

Dentre os movimentos gerados no processo de avaliação participativa, a par do interesse na diversificação dos cenários de prática, constatou-se a necessidade de uma maior aproximação da RIS-SMC com os mesmos<sup>9</sup> e de maior participação do corpo docente e técnico da Universidade nas funções docente-assistenciais, impulsionando as mudanças exigidas pelos novos agenciamentos que se desenhavam.

<sup>9</sup>Produzindo mais mediações do que polarizações entre Universidade e serviços.

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

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

---

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

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

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

## EXERCÍCIOS DE COGESTÃO NA FORMAÇÃO PARA O SUS

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS

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

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

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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