Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Formação (in)comum e caminhos de sua produção: cenas
da residência multiprofissional em saúde

Georgia Silva Romcy

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e
Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Cleide Lavieri
Martins

São Paulo – SP

2018

Formação (in)comum e caminhos de sua produção: cenas de residência multiprofissional em saúde

Georgia Silva Romcy

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Cleide Lavieri Martins

Versão Revisada

São Paulo – SP

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

AGRADECIMENTOS

Em especial, **aos meus pais, Graça e Jorge**. Sem todo o apoio incondicional que vocês sempre me deram, não seria possível ter chegado até aqui. Foi nas nossas semelhanças e diferenças que a gente construiu o nosso amor, e ele faz grande parte de quem sou. E foram vocês que me ensinaram a ir construindo o meu caminho de acordo com o que me fizessem sentido. E **ao meu irmão e à minha cunhada, Eduardo e Carol**, que cuidam desses dois enquanto estou longe e me ensinam sempre que a cumplicidade é um importante ingrediente em qualquer encontro. Eu amo vocês!

À minha família, avós, avôs (*in memoriam*), tios, tias e primos, que me ensinam que é contando uns com os outros que a gente se torna mais forte. O que seria de mim sem todos vocês? Em especial, **à minha família paulistana, tia Claudia, Mila e Bia**, por toda acolhida e cuidado na mudança para São Paulo e por terem aberto a casa de vocês para mim. Com vocês, tudo se tornou mais leve e possível.

À minha orientadora, Prof.^a Cleide Lavieri. O nosso primeiro encontro, antes mesmo de saber que seria sua orientanda, já possibilitou viver um pouco do cuidado que você tem com o outro, cuidado este que foi sentido ao longo de todos esses meses. Você não só me acolheu enquanto orientanda, mas construiu comigo um processo de formação que me fez todo sentido e embarcou comigo em minhas viagens. Obrigada não só pelas orientações, mas por todos os nossos diálogos, cafés, momentos de confidencialidade e por dividir todos os dias a “nossa sala”. Cada palavra que você me disse deixou uma marca em mim.

À Prof.^a. Laura Feuerwerker, que durante a residência foi uma grande referência por meio dos textos lidos, mas que no mestrado, extrapolou esse muro, e se tornou uma grande parceira. Obrigada por todas as conversas, conselhos e trocas. As portas abertas, fosse da sua sala, da sua casa, do grupo de estudo, das pesquisas, sempre foram um grande convite para que eu fosse entrando e não só me encontrando, mas encontrando a tanta gente. A generosidade com que você me acolheu jamais será esquecida.

À minha banca, Profs.^a Rossana Baduy e Ângela Capozzolo. Gratidão por todo o cuidado não só na leitura de vocês, mas em todas as contribuições (a)efetivas e enriquecedoras para elaboração da dissertação.

Aos Programas de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina, em especial, à Carla Bertuol e à Josiane de Lima, por toparem o convite inicial para que a pesquisa fosse realizada no programas que coordenam e por abrirem as portas para que o convite fosse feito aos demais atores.

Às Secretarias Municipais de Saúde de Santos e de Londrina, pela permissão de que a pesquisa de campo fosse realizada em seus serviços.

Aos residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista e de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina, em especial, aos que fizeram parte das equipes-guia. Obrigada por aceitarem o convite, pelas trocas e aprendizados. Por permitirem que eu estivesse com vocês, acompanhando durante às 60h, mas também pelo encontros para além disso (caronas, almoços, estadias, afetos).

À minha outra família paulistana, composta pelos meus cearenses. **Isabella, Sarah, Nati, Liana e PV.** Vocês tornam a morada em São Paulo não só leve e divertida, mas cheia de amor, cumplicidade e afetos. Também **aos dois irmãos que ganhei nesse processo, Felipe e Ananda.** Desde o primeiro dia de aula até hoje, vocês dois foram fundamentais não só nas obrigações institucionais do Mestrado (aulas, trabalhos, burocracias), mas ainda mais nos processos de vida que a gente foi construindo.

Ao Grupo de Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde, da FSP/USP. Pelas leituras, aproximações com novos autores, pesquisas e pelas potentes trocas, não só intelectuais, mas de vida. Gratidão em especial, à **Mari Leite, à Paula Siqueira e à Helô,** que acolheram essa cearense de forma tão intensa, me permitindo fazer parte da vida de vocês. Que nunca nos falte Heineken para brindar.

Aos encontros construídos nesses dois anos em São Paulo, com os também “de fora”. **Léo, João, Paula Etlinger, Antônio, Thereza e Luan**. A FSP/USP foi só o local dos nossos encontros, mas os nossos afetos extrapolam aqueles muros. Gratidão pela amizade e por quem vocês se fazem em minha vida.

Todos vocês me ensinaram que existe amor em SP. Mas também existe no Ceará.

Aos meus amigos cearenses, que me fizeram sentir que a distância não muda em nada os amores e afetos. **Isabela, Lorena, Carol, Taís, Liana, Márcia, Lucas e Rafael**, vocês, que já estão em mim a tanto tempo, continuam se fazendo tão presentes. Obrigada por entenderem as ausências, por toda amizade e carinho, por todas as boas energias que vocês sempre me transmitiram.

À RIS-ESP/CE, por ter sido uma experiência transformadora de vida, mas que também me possibilitou conhecer pessoas que fazem parte de mim. **Itanna, Bárbara Xavier, Bárbara Braz, Marília, Shalana, Nathália e Rafaela**, tudo o que a gente viveu nesse período e depois dele estão aqui comigo e à vocês eu só posso agradecer pela intensidade de vida. Também desse processo, outras gentes são importantes até hoje. **Ana Paula, Pedro e Manoela**, as nossas conversas e reflexões são sempre impulsionadoras de vida.

Aos movimentos sociais em que me inseri ao longo de minha trajetória. Nos encontros produzidos por eles, eu aprendi que a luta é transformadora de vida.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela apoio financeiro concedido por meio da bolsa de Mestrado.

ROMCY, G.S. **Formação (in)comum e caminhos de sua produção: cenas de residência multiprofissional em saúde**. 2018. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

RESUMO

Este estudo discute a formação em saúde, utilizando como cena os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), modalidade de pós-graduação *lato sensu*, com duração de 2 anos e caracterizada pela multiplicidade de arranjos de seus processos formativos. Entendemos a RMS como uma invenção, e por isso a discutimos a partir de um exercício genealógico, reconhecendo as forças que se apropriam de determinados conceitos, as disputas produzidas e os valores construídos em diferentes contextos. Além disso, discutir outros modos de formação significa pensar em novas apostas, de forma que dialogamos neste estudo sobre o que estamos chamando de Formação (In) Comum, utilizando conceitos-ferramentas: transversalidade, trabalho vivo em ato e produção do comum. Assim, esta pesquisa tem por objetivo compreender como o processo formativo de residência multiprofissional em saúde, está sendo construído e vivenciado, na perspectiva da produção do comum, tendo como campo de pesquisa os Programas de Residência em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista e de Residência em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina. A abordagem utilizada foi a cartografia, enquanto uma estratégia de encontro com o(s) outros(s), ao experienciando, construindo percursos acompanhados dos efeitos que eram causados na pesquisadora, nos sujeitos, no campo e na própria produção da pesquisa. O principal sujeito de pesquisa foi a “equipe-guia”, em cada um dos programas que se constituem como campo de pesquisa, no qual o processo formativo das residências multiprofissionais em saúde será investigado acompanhando esses sujeitos, suas histórias, suas relações, suas escolhas e seus caminhos. Foram realizadas conversas com residentes, preceptores, tutores e coordenadores, da observação participante, acompanhando o cotidiano desses atores nesse processo formativo, em seus mais diversos espaços e da análise de documentos. Construímos três analisadores, a partir da vivências e do diário de campo, para discutir a produção do comum nos programas de RMS: os cenários de prática em que as residências acontecem, incluindo aqui a preceptoria; os próprios programas em si e seus instituídos e instituinte; e os dispositivos de produção do comum produzidos em cada programa. Por entendermos que não somente cada programa se configura de forma distinta, mas que a Saúde Mental e a Saúde da Família se configuram de formas singulares, os serviços e seus arranjos também se apresentam assim, bem como as apostas dos programas e a própria vivência formativa. Entendemos que as cenas de produção do comum nos programas de RMS são fortemente marcadas pelos cenários de prática, sendo essa produção de subjetividade da equipe-guia da RMRAPS/UNIFESP marcada pela desinstitucionalização, a luta antimanicomial, a construção de equipe e o usuários e a da equipe-guia da RMSF/UEL pelo território, as ações programáticas, a criticidade dos processos e a comunidade. Além disso, outras forças presentes em ambos os processos formativos, cada uma a sua forma, são a necessidade de saúde dos usuários/comunidade, a produção do cuidado e a defesa pelo processo formativo. Neste sentido, os processos de formação da residências multiprofissionais em saúde podem potencializar produção de subjetivação não somente atravessada pelos princípios do SUS e pelos saberes dos núcleos profissionais, mas também pelos campos de atuação.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde; Formação em Saúde; Produção do Comum; Residência Multiprofissional em Saúde.

ROMCY, G.S. (In) **Common training and paths of their production: scenes of multi-professional residencies in health**. 2018. Dissertação – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2018.

ABSTRACT

This study discusses health education, using as a scene the Multi-professional Health Residency (MHR) Programs, a two-year post-graduation program, characterized by the multiplicity of arrangements of its training processes. We understand MHR as an invention, and so we discuss it from a genealogical exercise, recognizing the forces appropriating certain concepts, the disputes produced, and the values constructed in different contexts. In addition, discussing other modes of formation means thinking about new bets, so that we dialogue in this study about what we are calling (In) Common Training, using tool concepts: transversality, live work in action and production of the common. Thus, this research aims to understand how the residency training process multi-profession in health, is being constructed and experienced in the perspective of production of the common, having as research field the Programs of Residency in Psychosocial Care Network of the Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista and Residence in Family Health of the Universidade Estadual de Londrina. The approach used was cartography, as a strategy of meeting with the other(s), experiencing, building paths accompanied by the effects that were caused on the researcher, the subjects, the field and the production of the research itself. The main subject of research was the "guide team", in each of the programs that constitute a field of research, in which the training process of multi-professional residencies in health will be investigated under the eyes of these subjects, their histories, their relationships, your choices and your ways. Talks were held with residents, preceptors, tutors and coordinators, participant observation, accompanying the daily life of these actors in this training process, in their various spaces and document analysis. We constructed three analyzers, from the experiences and the field diary, to discuss the production of the common in the MHR programs: the practice scenarios in which the residencies happen, including here the preceptory; the programs themselves and their institutions and institutions; and the production of the common devices produced in each program. Because we understand that not only are each program configured in a different way, but that Mental Health and Family Health are configured in unique ways, services and their arrangements are presented as well, as well as the bets of the programs and the formative experience itself. We understand that the scenes of production of the common in the MHR programs are strongly marked by the scenarios of practice, and this production of subjectivity of the RMRAPS/UNIFESP "guid team" marked by deinstitutionalization, the antimanicomial fight, the team building and the users and the of the RMSF/UEL "guide team" by the territory, the programmatic actions, the criticality of the processes and the community. In addition, other forces present in both formative processes, each in its form, are the health needs of the users/community, the production of care and the defense by the formative process. In this sense, the processes of formation of multi-professional residencies in health can enhance the production of subjectivity not only crossed by the principles of the SUS and the knowledge of the professional nuclei, but also by the fields of action.

Keywords: Health Training; Multi-professional Health Residency; Permanent Education in Health; Production of the Common.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ABNT – Associação Brasileira de Normas e Técnicas
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ANEPS – Associação Nacional de Educação Popular em Saúde
AT – Acompanhante Terapêutico
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEPE – Comitê de Ética em Pesquisa
CESP – Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
CF – Constituição Federal
CIRH – Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos
CNRHS – Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde
CREAS – Centro de Referência Especializados da Assistência Social
DAB – Departamento de Atenção Básica
DBA – Programa de Braços Abertos
DEGERTS – Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ENSP-FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
FCRS – Fórum Cearense de Residências em Saúde
FENTAS – Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde
FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
FNRS – Fórum Nacional de Residentes em Saúde
FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
HD – Hospital Dia
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NDAE – Núcleo Docente Assistencial Estruturante
PA – Pronto Atendimento

PAR – MP/MS/SP - Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública
PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente
PNH – Política Nacional de Humanização
PPP – Projeto Político Pedagógico
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PS – Pronto Socorro
PSF – Programa de Saúde da Família
PTS – Projeto Terapêutico Singular
R1 – Residente do primeiro ano
R2 – Residente do segundo ano
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RIS - Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará
RM – Residência Médica
RMS – Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RMRAPS – Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial
SEHIG – Secretaria de Higiene e Saúde
SESU/MEC – Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SM – Saúde Mental
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TAS – Treinamento Avançado em Serviço
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UECE – Universidade Estadual do Ceará
UEL – Universidade Estadual de Londrina
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UNIFOR – Universidade de Fortaleza
VER-SUS – Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

DOS CAMINHOS PARA CHEGAR ATÉ AQUI	13
1. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: fabricação de outros modos de formar profissionais para o SUS	21
Uma história anterior, que faz parte de sua construção.	22
E com o SUS, novas visibilidades são produzidas... ..	24
Residência Multiprofissional em Saúde e os caminhos de sua fabricação	29
2. DE QUE PROCESSO DE FORMAÇÃO ESTAMOS FALANDO?	35
O que estamos chamando de Formação (In)Comum?	36
3. OBJETIVO	43
4. CAMINHOS QUE TRILHAMOS NA PESQUISA	44
4.1 OS CAMPOS EM QUE NOS AVENTURAMOS	45
4.2 CARTOGRAFIA E AS PRODUÇÕES DE ENCONTROS	49
4.3 SOBRE OS SUJEITOS IMPLICADOS: a equipe-guia e as vozes desta pesquisa.	56
4.4 CUIDADOS ÉTICOS.....	59
5. FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: que cenas foram produzidas e o que emerge delas.	61
5.1 O(s) SUS(s) COMO CENÁRIO(s) DE APRENDIZAGEM: um pouco de como se constitui em Santos e em Londrina.....	62
5.1.1 O SUS em Santos: o Núcleo de Atenção Psicossocial como cenário de prática	63
5.1.2 O SUS em Londrina: a Unidade Básica de Saúde como cenário de prática ..	68
5.1.3 Preceptorial e a constituição de um sujeito-interseção do processo de formação nos serviços.....	72
5.2. OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: que roupa veste cada um deles	75
5.2.1 O Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da UNIFESP Baixada Santista: entre o instituído e o instituinte	76

5.2.2 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL: entre o instituído e o instituinte	79
5.3 A CONSTRUÇÃO DE PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO E A EQUIPE-GUIA: cenas da Saúde Mental e da Atenção Básica.	82
5.3.1 Dispositivos de Produção do Comum na RMRAPS/UNIFESP	83
5.3.2 Dispositivos da produção do comum na RMSF/UDEL	97
5.4 PRODUÇÃO DO COMUM NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: processos de subjetivação produzidos nas residências multiprofissionais em saúde.	110
6. TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	114
7. REFERÊNCIAS	118
8. ANEXOS	124
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	125
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO	127
ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA	132
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS	135
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA	136
ANEXO F – CARTA DE ACEITE DA PESQUISA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA UNIFESP CAMPUS BAIXADA SANTISTA	137
ANEXO G - CARTA DE ACEITE DA PESQUISA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA UNIFESP CAMPUS BAIXADA SANTISTA	138
ANEXO H – CURRÍCULO LATTES DA PESQUISADORA.....	139
ANEXO I – CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA	140
9. APÊNDICES	141
APÊNDICE A – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	141

DOS CAMINHOS PARA CHEGAR ATÉ AQUI

As histórias podem ser contadas a partir de diferentes olhares, as ciências podem ter distintas perspectivas, os conhecimentos podem ser produzidos por diversos sentidos. E partindo disso, acredito que as pesquisas são inventadas por uma diversidade de motivos, podem tomar os mais diferentes caminhos e produzir uma série de resultados... Até mesmo porque seria muito chato se todo mundo pensasse igual, tivesse sempre o mesmo olhar e produzisse da mesma forma.

Porém, isso não acontece de forma aleatória, por acaso, e nem só porque “é chato”. Pesquisar também é disputar projeto de vida e de mundo, e isso diz muito de quem está produzindo a pesquisa. Por isso, para começar a falar dessa pesquisa, preciso contar um pouco dos caminhos que percorri para chegar até aqui e que projetos de vida e de mundo atravessam essa pesquisa.

Acho que até eu mesma fui me construindo, desconstruindo e me construindo de uma outra forma ao longo desse processo, e em todas as vivências foram deixadas marcas em mim. Se há uma certeza que tenho depois disso é que eu não finalizo esse processo da mesma forma que eu o iniciei.

Sair de Fortaleza e vir para São Paulo, chegar à Universidade de São Paulo, à Faculdade de Saúde Pública, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, ao Departamento de Política, Gestão e Saúde remonta construir e desconstruir várias Georgias, atravessadas pelas diversas experiências que me formaram, não só como profissional, mas como multiplicidade (militante, mulher, cidadã, pesquisadora, experimentadora de vidas) e que me atravessam em cada espaço em que me faço presente.

Escrever esse texto me fez refletir e pensar em todo o meu percurso até aqui. E para falar sobre ele, me veio fortemente a imagem do cajueiro, na verdade, primeiro me veio a imagem do caju, tão presente em terras cearenses e tão simbólico. Deleuze e Guattari¹ trazem o rizoma como a forma em que o pensamento se constrói, com suas

¹ DELEUZE, G. e GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2. Vol.1. São Paulo: Ed. 34, 2011 (2ª edição).

raízes que crescem como linhas e não como estruturas, que vão criando seus caminhos. Também aqui eu não vou falar da árvore, nem de articulações ou hierarquias, mas quero falar de seus frutos, os agenciamentos mais significativos de cada experiência vivida, que atravessam meu modo de operar a vida.

É usando do caju, como metáfora, que quero falar dessa história. Se muitos pensam naquela polpa suculenta, e que eu nem gosto, como o fruto do caju, é preciso saber que seu verdadeiro fruto está mais escondido. A castanha-de-caju, que eu tanto trouxe para São Paulo ao longo do mestrado, ela sim é o fruto. E se uma árvore dá vários frutos, aqui vou falar dos meus cajus, que com suas polpas e castanhas, me agenciaram na produção dos meus caminhos até aqui.

O primeiro fruto vem da Graduação em Psicologia, na Universidade de Fortaleza (UNIFOR), na qual tive minhas primeiras leituras e aproximações com o campo da saúde coletiva e da saúde mental (e hoje percebo que, apesar de superficiais, foram de extrema importância para os meus caminhos) estão em mim até hoje. Foi também nesse mesmo período e nesse mesmo lugar que iniciei minha incursão no mundo da pesquisa, ao fazer parte, enquanto iniciação científica, do Laboratório de Psicopatologia e Psicoterapia Humanista-Fenomenológica Crítica – APHETO.

A graduação tem como polpa o diploma que me qualifica enquanto psicóloga. Mas seu verdadeiro fruto, minha castanha desse momento, foi o fato é que nela me foi potencializado o gosto pela leitura, além de uma primeira aproximação com Foucault, Deleuze, Guattari, Nietzsche e com autores do campo da saúde mental. Além disso, me fez ter um olhar mais crítico sobre o mundo, me ensinou não só palavras e conceitos, mas me fez viver a empatia, o acolhimento, o trabalho em equipe.

Me ensinou também coisas duras, como currículo lattes e normas da ABNT. Me fez ter uma pequena (bem pequenina) proximidade com os serviços do SUS. E me incentivou a enviar os primeiros trabalhos para congressos, fazer minha primeira pesquisa de campo, publicar meu primeiro artigo. Mas uma formação fechada em si, sem comunicação com os outros cursos da universidade, com a grande maioria das disciplinas tendo apenas discentes da psicologia, o núcleo sempre imperou nesse processo.

Depois disso, eis que me atravessa um dos períodos mais estranhos pra quem sempre fez um monte de coisas ao mesmo tempo. A pós-formatura e o período de quase um ano de limbo profissional. Até que por intermédio de um amigo querido, a primeira oportunidade de trabalho me é possibilitada: ser psicóloga em um Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), no município de Fortaleza. Primeira oportunidade de trabalho, primeiro salário.

Porém, mais do que uma oportunidade de trabalho, eu mal sabia que ao aceitar esse convite teria uma das experiências que mais me marcariam e que me faria de fato “sair da bolha”. Até então, o pouco que eu conhecia da política de Assistência Social vinha das superficiais aproximações durante o tempo de graduação. Foi no CREAS que me encontrei cada vez mais nas discussões sobre políticas públicas (na verdade, não só discussões, mas vivenciando todos os dias), sentindo a necessidade de produzir comunicação com outros serviços (sem nem saber muito bem sobre o conceito de intersetorialidade) e experienciando, pela primeira vez, processos de trabalho que envolviam equipe multiprofissional. E disso o primeiro deslocamento, sair de uma formação voltada, exclusivamente, para o núcleo profissional e precisar construir, em mim, do zero a multiprofissionalidade que o trabalho me pedia.

Foi também nesse período que saí de minha bolha, que conheci minha cidade de uma outra forma, que adentrei as periferias e pude me encontrar com o que me era tão distante, a desigualdade social, a extrema pobreza, as várias faces com que a violação de direito pode se apresentar. Minha castanha nesse período, para além de todas as questões que envolviam o trabalho, foi ver/viver situações, que me marcaram em diferentes aspectos, não só como observadora, mas da forma como foi possível me misturar em cada situação. O CREAS me foi uma escola sobre e de vida.

Além disso, no mesmo período em que estava no CREAS, ingressei no Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade Estadual do Ceará (UECE), pois sentia a necessidade de continuar em processo de formação, principalmente, para atuar nas situações de violação de direitos, mas também porque a saúde mental sempre fora um dos meus campos de interesse desde a graduação. Com a especialização, podia estar de uma certa forma juntando a escola que o CREAS me vinha sendo no cotidiano do trabalho e as discussões mais teóricas num processo formativo tradicional. Mais um diploma (mais

uma polpa), sextas a noite e sábados o dia inteiro em sala de aula, um monte de troca, conhecer gente que estava nos serviços, assim como eu, e umas duas castanhas de amizade que trago até hoje para a vida.

Eis então que após quase um ano de CREAS e no meio da especialização, passo no processo seletivo do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará – RIS-ESP/CE. Todos os cajus, suas polpas e castanhas, tinham um gosto diferente, mas esse caju aqui, ah esse caju...

Das experiências que vivi desde o início da graduação, lá em 2007, até a conclusão da residência, esse foi o caju que me proporcionou uma intensidade de vivências que marcam meu corpo fortemente até hoje. Foi na RIS² que me foi possível vivenciar uma das ações que a Educação Permanente em Saúde (EPS)³ preconiza e, consequentemente, entranhar-me em uma formação no SUS, para o SUS e com o SUS.

Além disto, a ativação de um envolvimento político durante esse processo, não somente a partir da vivência da política pública de saúde, em seus mais diversos âmbitos, mas também com a participação tanto no Fórum Cearense de Residências em Saúde (FCRS), como no Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) possibilitaram processos nos quais afetei e me deixei afetar, que provocaram transformações que me impulsionam a necessidade de investigar mais sobre este processo formativo.

Ingressante na ênfase de Saúde Mental⁴, durante esse período experientei estar nos serviços da RAPS de Fortaleza, fazendo acolhimento, atendimento, grupos, ações temáticas, construindo espaços durante a Semana da Luta Antimanicomial e na Semana da Saúde Mental, realizando atividades intersetoriais no território e até mesmo em um Centro Educacional do Estado. Mal sabia que o estágio eletivo durante 15 dias no

² Chamarei de RIS o Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará – RIS-ESP/CE. Esta foi a forma como ela é conhecida nas terras cearenses, foi assim que sempre a chamei até mesmo nos dias de hoje.

³ Um sentimento de falta sempre me é presente quando penso que só na residência fiz essas aproximações. Me pergunto, às vezes, como teria sido vivenciar o PET-Saúde, o VER-SUS... Mas foi o que construímos e é com isso que eu posso lidar.

⁴ O programa conta com 11 ênfases, sendo 10 multiprofissionais e 1 uniprofissional, divididas em dois componentes: 1) Comunitário - Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde Mental; 2) Hospitalar: Cancerologia, Pediatria, Infectologia, Cardiopneumologia, Neurocirurgia e Neurologia, Urgência e Emergência, Obstetrícia e, a única uniprofissional, de Enfermagem Obstétrica.

Programa De Braços Abertos (DBA)⁵, para além de toda a vivência no programa, seria também um período de teste sobre como era viver em São Paulo.

Na residência extrapolei os muros do meu campo, as implicações no processo me possibilitaram participar de reuniões da CIES, da CIB e do CESAU (instâncias de gestão); participar da convocação da Assembleia Geral, no ano de 2015; estar em dois Encontros Nacionais de Residências em Saúde (2014, em Recife e 2015, em Florianópolis); construir e participar do IV Encontro Cearense de Residências em Saúde, em 2015. Foram muitas as afecções. Apesar de em todos os processos vividos até então eu me afetar e afetar ao outro, esse me atravessa radicalmente.

Muito do vivido na RIS suscitou as mais diversas questões que me instigaram a ir construindo o problema desta pesquisa. De tão imersa nesse processo, inclusive para além das 60 horas semanais, com tantas gentes encontradas e tantas afetações, ficou impossível não problematizar sobre o que de fato diferencia a EPS da formação tradicional.

Um dos textos mais lidos durante esse período traz uma frase que instiga essa dissertação, Ceccim e Feuerwerker (2004) afirmam que “a formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS” (p.43), o que me faz entender a residência não só como uma adestramento técnico e começar a questionar que processos de produção de subjetividade são construídos nessa vivência.

E não só isso, mas como de fato esse processo formativo é vivenciado por seus atores? Reconhecendo aqui que essa vivência é singular, e que, portanto, não só um modo será experienciando, mas, sim, diferentes modos. Como é estar nesse lugar complexo de formação, que ocorre de diversas formas nos diversos espaços? Se essa experiência possibilita uma transformação, ou até mesmo ruptura, do processo formativo no campo da saúde, que já está tão entranhado nos modos de fazer?

⁵ Programa do município de São Paulo, implementado em 2014, com o objetivo de, a partir de ações intersetoriais entre 15 secretaria municipais, promover a reabilitação psicossocial de pessoas em situação de vulnerabilidade social e que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, propondo que propõe o cuidado em meio aberto, operando sob a lógica da redução de danos

Além da própria vivência, a residência também provocou aproximações teóricas no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Mental. Ricardo Ceccim, Laura Feuerwerker, Milton Santos, Emerson Merhy, Tulio Franco, Jairnilsom Paim, Rosana Onocko-Campos, Gastão Wagner, Paulo Amarante, Monica Nunes, Maurice de Torranté, Ana Pitta, dentre outros, se tornaram figuras presentes em minhas leituras.

A residência me proporcionou um outro diploma, alguns trabalhos apresentados em congressos e até mesmo a aprovação de um artigo a ser publicado na Revista *Tempus Acta em Saúde Coletiva*⁶, mas a minha deliciosa castanha aqui são todas as marcas, boas e ruins, que ela deixou em meu corpo. E são muitas delas que vêm comigo para São Paulo.

São essas experiências, da psicóloga, trabalhadora do CREAS, especialista em saúde mental e residente, mais todo o apoio recebido em casa, que me possibilitaram viver o Mestrado da forma tão intensa quanto ele foi. Muitas Georgias produzidas pelos agenciamentos proporcionados pelos diversos espaços em que circulei durante esses dois anos no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da USP, institucionais ou não.

As aulas, que não foram espaços só de cumprimento de créditos, mas de muita aprendizagem e troca; o grupo de estudo de Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde, que provocara o retorno e aprofundamento em autores já conhecidos, mas que também me apresentara novos autores, como Antonio Negri, Michael Hardt, Eduardo Viveiros de Castro, Espinoza, dentre outros, e novas pessoas, que passaram a fazer parte da vida além muros. O estágio PAE⁷ e uma primeira aproximação com a docência, espaço de construção coletiva e de total liberdade para me posicionar. A tutoria e as monitorias no Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) da FSP/USP e o contato com uma outra forma de docência, a EAD. As participações e apresentações de trabalhos em congressos. A implicação nas pesquisas do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e em Educação na Saúde e o tanto de espaço de construção e troca produzido por ele, tanto aqui em São Paulo, quanto no encontro de Campo Grande.

⁶ ROMCY, G.S., FROTA, A.C, VASCONCELOS, A.P.S.M. Quando Cada Quadrado Fala Sobre Si: escritos sobre os núcleos de residência multiprofissional em saúde. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**. 2018 (no prelo).

⁷ PAE: Programa de Aperfeiçoamento de Ensino

Além desses espaços, digamos, mais institucionais, os agenciamentos provocados em mim: durante o movimento de greve/paralisação em junho de 2016 e a proximidade que estar nesse espaço me proporcionou tanto com docentes quanto com os discentes da faculdade; na aproximação com a APSP⁸, timidamente durante a promoção dos ciclos de debates em 2016, sendo mais forte em 2017, quando participei da organização do congresso estadual, resultando na minha atual participação na coordenação estadual; e em todas as idas às manifestações, fossem na Paulista, na República ou em São Bernardo, o último dos lugares em que me fiz presente.

Além disso, a intensificação de um dos meus incômodos, desde o período em que ainda era residente, se fez mais presente durante o mestrado: ao pesquisar sobre residência multiprofissional em saúde me deparar ainda com muitas produções que se constituíam a partir de uma pesquisa sobre os núcleos profissionais. A questão de como um espaço tão potente, que reunia tanta gente, ainda conseguia ser pensado de forma tão fragmentado inquietava constantemente.

Pereira e Ramos (2006) afirmam que “o trabalho não é mercadoria, o trabalhador não é recurso e a educação não é o método” (p.109). Eu acrescentaria que a formação não é só o título ou os seus produtos concretos provenientes dela (monografias, dissertações, trabalhos em congressos, artigos, dentre outros), mas é todas as marcas que o processo deixa em nossos corpos, todos os processos de subjetivação produzidos, nos encontros e desencontros da vida.

Tudo isso me faz entender essa dissertação como a polpa do meu caju, suculenta, de uma forma que a faz ser muito minha, apesar de que essa construção não se dá sozinha. Ela é produzida em todos os espaços em que estive, nos encontros cotidianos dentro e fora da FSP/USP, nos cafés tomados no departamento, nas cervejas bebidas nos bares ao redor da faculdade, nos vinhos apreciados em casa ou na casa dos queridos e também dos muitos incômodos que cada caju da minha experiência de vida produziu.

Assim, a polpa desse caju, este texto, está organizado em seis capítulos: no primeiro, intitulado de “*RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: fabricação de outros modos de formar profissionais para o SUS*”, buscamos discutir a invenção

⁸ APSP: Associação Paulista de Saúde Pública

desse processo formativo, a partir de um exercício genealógico⁹ que realizamos no Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e em Educação na Saúde. No segundo capítulo, “*DE QUE PROCESSO DE FORMAÇÃO ESTAMOS FALANDO?*”, buscamos discutir sobre o que estamos chamando de Formação (In)Comum e quais conceitos-ferramentas compõem a construção dessa ideia.

No terceiro capítulo, apresentamos o “*OBJETIVO*” dessa pesquisa, para no capítulo seguinte falarmos sobre os “*CAMINHOS QUE TRILHAMOS NA PESQUISA*”, no qual discorremos sobre os campos da pesquisa, a aposta na cartografia como abordagem para o encontro e os sujeitos implicados, com a produção de uma equipe-guia, além de apresentarmos os elementos constituintes dos cuidados éticos.

No quinto capítulo, “*FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: que cenas foram produzidas e o que emerge delas*”, apresentamos os analisadores construídos ao longo da pesquisa, com suas potencialidades para a produção do comum nesse processo de formação. Finalizamos essa produção “*TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES*”.

⁹ Chamamos de exercício genealógico por compreendermos que nele não realizamos uma genealogia de fato, mas que realizamos uma aproximação.

1. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: fabricação de outros modos de formar profissionais para o SUS

Foucault (2002) defende que o conhecimento é uma invenção, não tem uma origem, não é natural, mas é uma produção a partir das práticas sociais, das relações de poder, é um efeito. Da mesma forma, pensaremos a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) enquanto uma fabricação, que não surge do nada. E discutiremos essa invenção, tendo por base a discussão que realizamos no Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e em Educação na Saúde¹⁰ (FEUERWERKER et al., 2018), olhando o problema a partir de outros planos analíticos, em que buscamos produzir um exercício genealógico sobre a residência multiprofissional em saúde

Essa aproximação que produzimos, primeiramente, reconhece que em diferentes contextos, sentidos diferentes são produzidos sobre um determinado conceito, não se devendo transpor sentidos ou imaginar sua evolução linear. Partimos do entendimento de que essa seria uma interessante maneira de reconhecer as forças que se apropriam de dele, as disputas produzidas e os valores construídos nos diferentes contextos (FOUCAULT, 2005; DELEUZE, 2001 e NIETZSCHE, 2009 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

O trabalho realizado utilizou documentos oficiais (legislação – leis, decretos, portarias, resoluções), documentos não oficiais e resultados de pesquisas prévias (produções científicas e acadêmicas), agregando uma entrevista com uma fonte que, além de estudar o tema, vivenciou parte do processo de regulamentação da residência médica e da criação e regulamentação inicial da residência multiprofissional (FEUERWERKER et al., 2018).

Expomos sobre como a residência, enquanto processo de formação, é inventada na saúde, sendo apropriada, inicialmente, pela medicina e, posteriormente, tomada pelas outras profissões da saúde como um outro(s) modo(s) de formar profissionais para o SUS. Dessa forma, falaremos sobre: a construção da Residência Médica (RM) e suas implicações; as questões, no campo da formação, que se tornam mais visíveis com a criação do SUS; e por fim, a invenção da RMS.

¹⁰ CHAMADA MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde.

Uma história anterior, que faz parte de sua construção.

A polissemia da palavra *residência* nos faz ressaltar que seu conceito, ligado à área do ensino na saúde, está relacionado à concepção de moradia, na qual o candidato desse tipo de curso deveria residir na instituição em que ocorre o programa de educação em serviço, estando integralmente a sua disposição. Ferreira e Olschowksy (2010) afirmam que “os primeiros programas de Residência (foram propostos) dentro de instituições hospitalares e em regime de internato” (p.24), escolha que não se dá de forma aleatória, mas que está relacionada à força que o hospital tinha (e ainda tem), com toda a sua complexidade enquanto instituição produtora dos atos de saúde (FEUERWERKER e CECÍLIO, 2007).

Assim, a ideia de residência que reconhecemos é a de uma estratégia de formação que transpõe as cadeiras das salas de aula e se efetiva em um mergulho intensivo na prática. O campo da saúde é pioneiro em propor a ideia de formação em serviço, seguindo o compasso das corporações de ofício, com a proposição da Associação Médica Americana, em meados do século XIX, de um sistema de instrução médica baseada no ensino clínico nos hospitais (ELIAS, 1987 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

Assim, ao discutirmos sobre a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) reconhecemos, antes de mais nada, que residência era um conceito em disputa antes da proposição do arranjo multiprofissional, tendo em vista que, no Brasil, historicamente, a residência, enquanto modalidade de ensino em serviço foi relacionada à Medicina, inclusive por esse núcleo profissional ser pioneiro no processo formativo no anos de 1940, sendo regulamentada para esses profissionais na década de 1970, acompanhando o crescimento dos programas de RM e o *boom* da especialização e do assalariamento na medicina (FERREIRA e OLSCHOWSKY, 2010) (BRASIL, 1977; BRASIL, 1989; ELIAS, 1987 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

A residência, para os médicos, enquanto processo de especialização, agregava valor, tendo em vista que é um momento em que há uma intensificação da competição no mercado de trabalho, produzida pelo processo de assalariamento da corporação e esse mesmo mercado começa a contratar os profissionais médicos de acordo com suas especialidades (COHN, 1980; DONNANGELO, 1975 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

Reconhecer isto diz sobre as disputas e forças que constituem a Residência Médica, pois ela se constrói por dentro da lógica interna da corporação e do mercado de trabalho, orientada por uma formação especializada dentro dos hospitais. As residências médicas foram sendo produzidas dentro da lógica de cada especialidade, com as atividades que faziam sentido dentro de cada especialidade, como parte do processo de inserção dos médicos mais jovens nos grupos especializados, mas também foram produzidas como parte do itinerário para adentrar certos nichos do mercado de trabalho pelas mãos do professor, do chefe da clínica. (ELIAS, 1987; SCHRAIBER, 1993; FEUERWERKER, 1998 *apud* FEUERWERKER et al., 2018),

Entretanto, cabe ressaltar que apesar da RM se construir por dentro da lógica da corporação médica, suas relações de poder e seus prestígios e pelo valor agregado pelo mercado à especialização, havia o reconhecimento, dentro da formação médica, de que a prática era fundamental nesse processo (SCHRAIBER, 1993; FEUERWERKER, 1998 *apud* FEUERWERKER et al., 2018). E o local dessa formação era o hospital, que desde esse período, “cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação - técnica, de graduação e de pós-graduação” (FEUERWERKER e CECÍLIO, 2007, p.966)

Além disso, apesar de uma construção corporativista e alinhada ao mercado, havia resistência, no início de sua regulamentação, principalmente dos residentes, para que houvesse articulação entre a formação médica, as necessidades de saúde da população e as políticas públicas de saúde do país, havendo inclusive a abertura de vagas de RM nas chamadas áreas básicas. Entretanto, logo em seguida, há a expansão de programas com distribuição de vagas de especialidades que não correspondiam às necessidades de saúde regionais da população. Essas questões têm efeitos na regulamentação da RM, em 1977 e na criação e composição da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O processo formativo e sua regulação se fazem em compasso a essas forças (BRASIL, 1977; BRASIL, 1984; MATTOS e MOURA, 1973; BACHA, 1975; FEUERWERKER, 1998 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

Durante esse período, apesar da RMS não ser assim denominada, experiências foram sendo produzidas pelo país. Segundo o Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, “a instituição de programas de

residência para profissionais não médicos no Brasil vem ocorrendo de maneira informal desde a década de 60” (BRASIL, 2009a, s/p), de forma que a Residência em Enfermagem do Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, criada em 1961, é considerada a primeira experiência nesse âmbito, apesar de ser uniprofissional, porém é caracterizada por seguir os mesmos preceitos da Residência Médica (FERREIRA e OLSCHOWSKY, 2010).

No campo multiprofissional, outras experiências são consideradas pioneiras na década de 1970, como o Treinamento Avançado em Serviço (TAS), da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ), o Programa de Residência em Saúde Comunitária, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS e Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP), criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (RAMOS *et al.*, 2006; BRASIL, 2009a; FERREIRA e OLSCHOWSKY, 2010).

Entretanto, nenhuma dessas experiências têm o significado/peso que a Residência Médica produz no campo da formação desta categoria. A medicina, ao longo desse período, conquistou o posto de única categoria profissional da saúde, até então, que tem uma formação na modalidade ensino em serviço transformada em política, regulamentada e financiada com recursos públicos. E entendemos que a **força** que se apropriara do tema residência, até então, era o **modelo médico-hegemônico**, produzindo como **valor** a **formação hospitalar e especializada, orientada para o mercado** (FEUERWERKER, 1998 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

E com o SUS, novas visibilidades são produzidas...

O Movimento da Reforma Sanitária, no período de redemocratização do país, mobiliza e influencia, diretamente, não só no processo de reestruturação da Saúde Pública brasileira, mas também atravessa, profundamente, a formulação da Constituição Federal (CF) de 1988 e do novo sistema de saúde do país, no qual a saúde alcança o *status* de direito social no Brasil (BRASIL, 1988).

O Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado na Lei 8.080/1990, propõe uma nova formulação política e organizacional na área da saúde, tanto pública quanto privada, de forma a reorganizar as ações e serviços neste campo, sendo estabelecido com os mesmos princípios doutrinários e organizativos para todo o país, respeitando as necessidades *loco* regionais (BRASIL, 1990).

Portanto, fica legislado que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), sendo a universalidade, a equidade e a integralidade os princípios doutrinários em que se baseia o SUS. O atendimento integral aos usuários torna-se “um importante balizador para construção de novas concepções a serem aplicadas no trabalho assistencial e de gestão” (OLIVEIRA E GUARESCHI, 2010, p. 94). Além disto, desde a CF de 1988, fica sendo responsabilidade do SUS o ordenamento de seus recursos humanos, ou seja, ao SUS compete a formação de seus trabalhadores.

Oliveira e Guareschi (2010) ainda apontam que com a legitimação desse sistema, há uma ressignificação no conceito de saúde, o que ocasiona em “novas formas de compreender e valorizar as práticas que são propostas, assim como desenhos de gestão técnico-assistenciais em maior consonância com os conceitos a serem desenvolvidos e aplicados na organização e desenvolvimento do SUS” (p.94), sendo necessária a renovação da formação de profissionais para atuarem no campo da saúde, que sejam balizados pelos princípios doutrinários supracitados.

Porém, vale ressaltar que essa radicalidade de ressignificar conceitos, práticas e modelos tecnoassistenciais ficou mais na ordem do desejo e enquanto uma aposta do Movimento da Reforma Sanitária do que numa real efetivação.

Além disso, a criação do SUS não significou uma mudança imediata na formação profissional em saúde, tendo em vista que por mais de uma década não foram criadas políticas públicas que ativassem essa transformação, principalmente, em decorrência da movimentada disputa de projetos-políticos nessa área.

Os desencontros entre a formação dos profissionais de saúde e as necessidades do SUS, em todos os seus campos de cuidado, começaram a ser reconhecidos pelos gestores, em específico, tendo em vista que outros atores já vinham mobilizando mudanças no campo da formação. No campo da saúde da família, em específico, esse reconhecimento

se dá também pela política hegemônica no momento, de expansão e municipalização da atenção básica. A oferta de cursos introdutórios e especializações foram uma tentativa inicial de preparar/formar as equipes de saúde da família (CAMPOS e BELISÁRIO, 2001; REDE UNIDA, 2001; FEUERWERKER, 2002 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

A efetivação dessas estratégias potencializam o reconhecimento da necessidade de adoção de outras modalidades de formação, o que faz com que em 2002, juntamente com o lançamento do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) para municípios com mais de 100 mil habitantes, que visava qualificar e capacitar as equipes de saúde da família (BRASIL, 2003 *apud* FEUERWERKER et al., 2018), seja produzida a primeira iniciativa do Ministério da Saúde de fomento à RMS, com a criação de 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculados às instituições de ensino superior “com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde” (BRASIL, 2006, p.6).

Entretanto, apesar do financiamento federal e do já consolidado reconhecimento da Residência Médica junto ao MEC, a RMS fica relegada a titulação de especialização *lato sensus*, sendo autônomo as universidades a sua criação e titulação (FEUERWERKER et al., 2018)

Em 2003 é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde, que assume o papel de gestão, em nível federal, “no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde” (BRASIL, 2004a, p.6). Organizada em dois departamentos, Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), a decisão política de criação desta secretaria visava dar conta de duas questões ainda em aberto com o advento do SUS, a formação e o planos de cargos, carreiras e salários para trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

A equipe que compõe o DEGES neste momento é formada por pessoas com compromisso ético-político de mudança na formação dos profissionais de saúde, nos

âmbitos do ensino superior e técnico e da educação popular e contando com os mais diversos atores para essa composição (estudantes, trabalhadores, movimentos sociais, trabalhadores, secretarias estaduais e municipais de saúde). Havendo também uma ampliação das discussões sobre integração ensino-serviço, a partir de suas políticas e ações, mobilizando, principalmente, atividades locais (CARVALHEIRO e GUIMARÃES, 2001; REZENDE, 2013 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

Cabe ressaltar que além dos tensionamentos com o MEC, que em boa parte das situações pendia para o lado dos médicos, em função das relações e elos políticos construídos ao longo do tempo, as relações da então equipe do DEGES com a CNRM eram difíceis, não havendo permeabilidade para se adotar qualquer medida regulatória, que promovesse reorientação da expansão e perfil das residências médicas no sentido das necessidades do sistema de saúde. Havia polêmica na discussão em torno das RMS, já que nesse período a Lei do Ato Médico estava em plena ebulição (FEUERWERKER et al., 2018).

A corporação médica, salvo algumas instituições, se opunha fortemente à perspectiva de que modalidade “residência” fosse compartilhada com outras categorias da saúde e não admitia a possibilidade de que os médicos participassem de programas de residência junto com outras profissões da saúde (FEUERWERKER, ROMCY, REIS e BERTUSSI, 2018).

No período de 2003 a 2005, período em que essa equipe do DEGES esteve no Ministério da Saúde (MS), diversas foram as ações lançadas, dentre elas: entre 2003 e 2004, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS); o AprenderSUS, em 2004, o EnsinaSUS, também neste período; a criação, em 2004, do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS); no começo de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); a formação de facilitadores de educação permanente em saúde; os municípios colaboradores da educação permanente em saúde; o apoio à constituição da Associação nacional de educação popular em saúde (ANEPS) (DIAS, LIMA e TEIXEIRA, 2013).

Sobre a construção da Política Nacional de Educação Permanente, em específico, tanto as Conferências Nacionais de Saúde, principalmente da sétima à décima segunda, quanto as Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), que,

posteriormente, passaram a ser chamadas de Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde foram espaços importantes para as discussões sobre a temática da formação de recursos humanos na saúde, havendo registros em seus relatórios sobre a “estreita associação entre a área de recursos humanos e a consolidação do SUS” (BRAVIN, 2008, p.42).

Porém, as CNRHS que aconteceram nesse período pautavam sobre a capacitação dos profissionais, sem qualquer menção à educação permanente (BRASIL, 1986; BRASIL, 1994). É a SGTES, através das pessoas que compunham o DEGES no período de 2003-2005, até a saída de Humberto Costa do Ministério da Saúde, que esteve envolvida em trazer a ideia da educação permanente em saúde enquanto política e disputou a produção da PNEPS.

É então, com a instituição da Portaria GM/MS nº 198/2004, que cria, legalmente a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que a Residência Multiprofissional em Saúde alcança o *status* de ação preconizada por uma política de Estado (BRASIL, 2004b). E isso não significa dizer que não houve disputas. O uso do termo *residência*, principalmente no campo da saúde, durante muito tempo, teve um único “dono”. E não somente isso, um nova força e novos valores são produzidos nesse campo de formação na saúde, que não segue mais a lógica do corporativismo e do mercado, como na criação da residência médica.

A RMS é criada por meio de uma Medida Provisória sobre Juventude¹¹, que já estava em negociação. Sendo tomada por essas forças de mudança, tomou emprestado da Residência Médica o nome e o precedente de haver um processo de especialização em serviço, reconhecido pelo MEC e com bolsas pagas com recursos públicos. Cabe ressaltar a equipe que compunha o DEGES nesse período acumulou forças para fazer esse enfrentamento a resistência, principalmente do MEC, com relação a residência multiprofissional, ao apresentar um estudo sobre a falta de médicos especialistas e a má distribuição desses profissionais no país. Foi então que essa equipe elaborou uma proposta de “serviço civil”, por meio da abertura descentralizada de programas de residência médica e outras proposições referentes à formação da graduação em Medicina

¹¹ Medida Provisória nº238/2005.

(BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005e; BRASIL, 2005f; BRASIL, 2005g *apud* FEUERWERKER et al. 2018).

Foi então que foi possível que só foi possível incluir a criação da residência multiprofissional. O serviço civil era tema prioritário no início do governo Lula, vista a necessidade de enfrentar o assunto do provimento de médicos no país. Portanto, como mexer com a Residência Médica virou prioridade nesse período, foi possível “encaixar” um enfrentamento menor, que era a RMS, frente ao enfrentamento com a corporação médica, que interferia (e ainda interfere) diretamente na orientação da formação médica (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b; BRASIL 2005c; BRASIL, 2005e; BRASIL, 2005f; BRASIL, 2005g *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

Assim, além da iniciativa de 2002, novos programas de residência multiprofissional foram sendo produzidos com apoio do Ministério da Saúde (MS), não somente no âmbito da saúde da família, mas também em outras áreas em que o sistema e as políticas de saúde necessitassem explicitamente de equipes: saúde mental, saúde do idoso, intensivismo, urgência e emergência, etc. Mas permanecia o problema da titulação e só poderia ser resolvido em negociação com o MEC, que tinha relações tensas com o MS, em específico com o DEGES, sendo o tema dos hospitais de ensino o único em que a cooperação interministerial conseguia ser construída com menos dificuldade (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2012 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

A aposta olhava para **necessidades de saúde da população**, para as necessidades das políticas orientadas à **integralidade**, que pedem **equipes multiprofissionais**; olhava para a **mudança do modelo tecnoassistencial**, sem qualquer sentido corporativista; apostava na produção de um contingente de profissionais combativos, ativos batalhadores pelo SUS e pela integralidade. Portanto, esses eram os valores criados pela **força necessidades de saúde**, que disputa o conceito de residência com a força modelo médico hegemônico (FEUERWERKER et al., 2018)

Residência Multiprofissional em Saúde e os caminhos de sua fabricação

Em 2005, tanto a Residência , Multiprofissional em Saúde é regulamentada, como a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) é criada, ambas por meio da Lei 11.129/ 2005, na qual a RMS é caracterizada como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, de dedicação exclusiva, “destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica” (BRASIL, 2005, Art.13º), sendo considerada, portanto, uma especialização com caráter de residência, composta pelas treze categorias profissionais que, por meio da Resolução nº287/98, possuem assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), acrescida dos profissionais graduados em Saúde Coletiva e Física Médica (BRASIL, 2014a).

Cabe ressaltar a não inclusão da categoria médica nesse processo formativo, que já possuía regulamentação própria, mediante o Decreto nº80281/1977, apesar dos movimentos de luta pelas residências multiprofissionais preverem que esta categoria também compusesse esse processo formativo. Esse tensionamento se deu, principalmente, pelo bloqueio da corporação médica, que impôs ao MEC essa demanda/condicionamento (DALLAGRAVE, 2008; FERREIRA e OLSCHOWSKY, 2010; FEUERWERKER et al., 2018). Porém, isso não significa haver total distanciamento entre as residências, muito pelo contrário, em muitos serviços elas coexistem, apesar de operarem sob lógicas diferentes.

Instituída na Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESU/MEC), a CNRMS se consolida enquanto uma instância regulatória, disciplinada pela parceria interministerial entre Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), que “tem por finalidade atuar na formulação e execução do controle dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional de Saúde”, sendo, portanto, um órgão deliberativo deste processo formativo. É composta por membros natos (representantes dos ministérios) e não natos (representantes das instâncias de controle social, das instituições de ensino, dos conselhos profissionais e dos atores que compõem os programas de RMS) (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010; BRASIL, 2014b).

A RMS, então, foi criada no bojo de uma política inteira de formação pelo trabalho, que articularia graduações em saúde, extensão e especialização, com um forte vetor de interprofissionalidade. No entanto, antes da regulamentação da lei ser efetivada,

houve troca de Ministro da Saúde, no processo de reconfiguração do governo Lula para fazer frente à desestabilização criada a partir do mensalão¹². Com o novo Ministério, houve troca imediata da equipe dirigente do Departamento de Gestão da Educação e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (FEUERWERKER et al., 2018).

Essa mudança provoca uma guinada na política de gestão da educação para o trabalho. As mudanças que haviam sido aprovadas no âmbito da Comissão Nacional de Residência Médica no sentido da ampliação e descentralização dos programas de residência, com ênfase nas prioridades identificadas pelo SUS, ficaram congeladas. O tema da RM só voltou a ser pautado vários anos depois, em 2009, quando foi criado o Pró-Residência (BRASIL, 2009; FEUERWERKER, 2014 *apud* FEUERWERKER et al., 2018). A Residência Multiprofissional entrou em compasso de espera. Lei aprovada, vários programas novos financiados pelo Ministério da Saúde em pleno funcionamento, mas nada de avançar na regulamentação desse processo.

Os novos atores forjados pela política de educação permanente em saúde do período anterior entraram em cena - residentes, estudantes da área da saúde, docentes, trabalhadores, movimentos sociais. Inicialmente mobilizaram-se em favor da manutenção de vários aspectos da política construída no período imediatamente anterior: VER-SUS, Educação Permanente, Residência, apoio à mudança articulada das graduações na saúde, apoio aos movimentos populares de educação na saúde, tudo isso foi claramente expresso na III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em março de 2006 (cujo relatório nunca foi amplamente divulgado) (BRASIL, 2007b *apud* FEUERWERKER et al., 2018)

Os Fóruns de Residentes, Coordenadores e o de Preceptores e Tutores dos programas de residência multiprofissional então existentes entraram em ação e, em forte composição com o Conselho Nacional de Saúde (particularmente por meio da CIRH - Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos e do FENTAS - Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde), pressionaram para tirar a regulamentação da Residência Multiprofissional do papel. Nesse processo, foram realizados dois Seminários

¹² Mensalão: nome dado à operação da Polícia Federal, que resultou numa crise política nos anos de 2005 e 2006, que tinha como mote a corrupção e a compra de votos parlamentares.

Nacionais de Residência Multiprofissional em Saúde; o primeiro em dezembro de 2005 e o segundo, durante o Congresso da ABRASCO, em agosto de 2006, no Rio de Janeiro. Nesses seminários foram produzidas as primeiras formulações a respeito da regulamentação das residências multiprofissionais (FEUERWERKER et al., 2018)

Depois dessas intensas movimentações, em 2007, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e Área Profissional em Saúde (CNRMS) foi instituída, sendo composta por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), das universidades, do Conselho Nacional de Saúde e dos Fóruns de Coordenadores, de Preceptores, de Residentes e das Associações de Ensino da Área da Saúde. Nessa composição inicial, a força necessidades de saúde, produzindo os valores mudança na formação e no modelo tecnoassistencial à luz da integralidade e da produção compartilhada do cuidado, era mobilizada por todos os componentes da Comissão, embora com reticências pelos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007c *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

Foram tantos tensionamentos entre Ministérios e demais componentes da CNRMS, que, em determinada altura, em 2009, os Ministérios resolveram dissolvê-la. Nas discussões que se seguiram, os Ministérios queriam eliminar os Fóruns da Comissão e tentaram que a representação de residentes, coordenadores e preceptores dos programas fosse escolhida por meio de lista tríplice, sendo que a decisão final ficaria a cargo dos Ministérios, porém não houve acordo em relação a esse ponto. Depois de um tempo suspensa, em fevereiro de 2010 a Comissão foi reinstituída com nova composição, sem lista tríplice, mas efetivando o afastamento de muitos dos atores que mobilizavam os vetores de mudança, particularmente os Fóruns. Foi reinstituída em fevereiro, para ser novamente dissolvida em agosto do mesmo ano e voltar efetivamente a se reunir somente em 2014 (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010B; Brasil, 2014 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

A partir de 2011, primeiro governo Dilma, houve renovação da composição política no Ministério da Saúde, que não correspondeu, como visto, a mudanças significativas em relação à política para as Residências Multiprofissionais, apesar de haver vetores favoráveis às residências multiprofissionais. Isso, presumivelmente porque,

apesar de ser solidário à força necessidades de saúde, no período de 2011 a 2016, o Ministério da Saúde priorizou o assunto Médicos em seus confrontos políticos com o Ministério da Educação e com a força modelo médico-hegemônico. Grandes tensionamentos e composições foram necessários para finalmente se construir o Programa Mais Médicos. Daí a Residência Multiprofissional não entrar na agenda de tensionamentos (FEUERWERKER et al., 2018)

Assim, enquanto modalidade de pós-graduação, a Residência Multiprofissional em Saúde, ao propor uma formação que procura “integrar diversas áreas de conhecimento (mais ou menos claramente associadas à saúde) e diferentes profissionais, além de implicar de maneira indissociável educação, trabalho e gestão com o processo cuidador” (SILVA e CABALLERO, 2010, p.65), proporciona, pelo menos em teoria, uma multiplicidade de criações e encontros tanto no campo do saber quanto do fazer.

Segundo Rosa e Lopes (2010), “a Residência Multiprofissional em Saúde deve constituir-se como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS” (p.487), sendo, portanto, uma estratégia de educação permanente que visa o fortalecimento do SUS e de seus princípios, a partir da formação em serviço.

Dallegrave (2013) citando Fajardo (2011) contextualiza a RMS enquanto *um lugar do entre*, no qual “a residência não é só trabalho, nem só formação; que o residente não é só trabalhador, nem só estudante; e que o preceptor não é só profissional da assistência, nem só professor” (p. 18), não mesclando essas diferenças, mas estabelecendo um meio entre elas, de forma esta seja uma das formas de demonstrar a complexidade de definições e relações que envolvem esse processo formativo.

O modelo de Projeto Político Pedagógico (PPP) para as RMSs deve ser “orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (BRASIL, 2012, Art.5º, §2º), preconizando três eixos norteadores:

- 1) Eixo transversal do programa, que é comum a todas as áreas de concentração e profissões do programa, que contempla conteúdos práticos e teóricos;

- 2) Eixo transversal da área de concentração, que é comum a todas as profissões e que contempla conteúdos específicos de determinada área de concentração;
- 3) Eixo específico das profissões, que é específico de cada profissão dentro de cada área de concentração

A carga horária de 5.760 horas durante o período de dois anos, que caracteriza as RMS, segundo a Resolução CNRMS 05/2014, deve ser cumprida numa divisão de 80% em atividades práticas (treinamento em serviço para a prática profissional) e os 20% sob formas de estratégias teóricas (aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo) e teórico-prática (aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, dentre outros) (BRASIL, 2014b).

Muitas das residências continuam formando militantes para o SUS. Esse efeito não é automático, é claro, depende das propostas e apostas dos programas, do modo como se produzem e problematizam os encontros entre os residentes, com os trabalhadores, com os usuários, com os preceptores e tutores. Assim, há programas que agenciam proatividade, equipe, integralidade. Outros, ficam mais grudados nos instituídos das políticas, das lógicas corporativas. A rigor, todos esses agenciamentos estão presentes em todos os programas, então também depende de como preceptores, tutores, residentes e trabalhadores lidam com as oportunidades e com as armadilhas com que se defrontam cotidianamente (BRASIL, 2006 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

Em todo esse período, o Fórum de Residentes, sobretudo, mas também o Fórum de Coordenadores de Programas, o Fórum de Preceptores e Tutores e o Conselho Nacional de Saúde, mantiveram -se mobilizados, pressionando pelo enfrentamento dos já cronificados problemas e limites da Residência - carga horária excessiva, (falta de) regulamentação, (falta de) avaliação dos programas, (falta de) certificação, entre outros. (Fórum Nacional de Residências em Saúde, 2014; Fórum Nacional de Residências em Saúde, 2015; Fórum Nacional de Residências em Saúde, 2016 *apud* FEUERWERKER et al., 2018).

2. DE QUE PROCESSO DE FORMAÇÃO ESTAMOS FALANDO?

Ao discutirem sobre a formação em saúde, Passos e Carvalho (2015) apontam que “os processos de formação devem ser entendidos como um importante recurso de capilarização das diretrizes ético-políticas do SUS na rede de saúde, multiplicando rapidamente agentes sociais que se engajem no ‘movimento susista’” (p.96), não somente mediante a sensibilização e teoria, mas a partir do próprio ato de experienciar os processos de trabalho. Portanto, formar no cotidiano das práticas abre possibilidade para uma formação que tenha os preceitos do SUS¹³ como norteadores.

Assim, os processos formativos, sob essa perspectiva, envolvem uma complexidade que extrapola a lógica é então hegemônica no campo da saúde, que parte da “ideia de que os processos de formação e de pesquisa são determinados pelo princípio de que [...] produzimos conhecimentos a serem aplicados a uma suposta realidade já dada” (PASSOS, 2013, p.222), para operar sob uma lógica que devemos experienciar as produções de vida singulares e coletivas, já que não há um único modo de fazer, e sim modos que considerem as especificidades de cada território, sujeito, instituição, dentre outros aspectos.

Propor um processo de formação assim é contra hegemônico no campo da saúde, que tem em seu histórico um acúmulo nas graduações de um ensino centrado em conteúdos, uma pedagogia de transmissão, e não participativa, sem conexão entre os conteúdos, sem equidade na carga horária dos conteúdos (preconizando alguns em detrimento de outros), dentre outras questões (CARVALHO e CECCIM, 2006).

Abraão e Merhy (2014) propõem que se pense “em uma formação que permita a produção centrada na articulação de diferentes saberes, conhecimentos e aprendizados, e no território da vivência/experiência do aluno, partindo desse como sujeito da problematização da própria formação” (p.314), um processo pedagógico que seja para além do saber científico aplicado hegemonicamente nas instituições de ensino. Assim, pensar em novos modos de formação significa pensar em novas apostas e é o chamamos aqui de Formação (In)Comum.

¹³ Universalidade, Equidade e Integralidade

Franco (2013) ao discutir sobre a produção do cuidado e produção pedagógica partem de três pressupostos sobre a educação: 1) que ela não é um objetivo em si mesma, mas que se educa para um desejo; 2) que a ela mobiliza sujeitos; 3) que nela, o trabalho é uma medida relacional. E apesar de ratificarmos os pressupostos desse autor, partiremos de outros conceitos-ferramentas para discutirmos sobre o que chamamos de Formação (In)Comum, sendo eles: a transversalidade o trabalho vivo em ato e a produção do comum.

O que estamos chamando de Formação (In)Comum?

Nessa perspectiva, um primeiro conceito-ferramenta que discutimos refere-se à transversalidade, uma maneira de atravessar, sejam as relações entre corpos ou até mesmo entre os conhecimentos. Guattari (1977) define que

é uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e sobretudo nos diferentes sentidos (p.96)

Abrahão e Merhy (2009), ao debaterem sobre a formação em saúde e outras formas de configurá-la, apontam que a “transversalidade incorpora um intenso movimento entre os territórios das disciplinas. Transversalidade em oposição a uma verticalidade e a uma horizontalidade, que constituem os processos de subjetivação” (p.315), em um processo que nos transporta para além daquilo que está instituído e nos leva a caminhos de construção coletiva.

Portanto, acreditamos que os eixos transversais preconizados no processo formativo das RMS, segundo a Resolução CNRMS nº02/2012, alinha-se ao que afirmam Passos e Carvalho (2015), de que “o conceito de transversalidade é um princípio metodológico complementar aos princípios-meta do SUS” (p.94), ou seja, uma possibilidade a busca por uma unidade, por algo que seja comum dentro da diferença.

Sobre essa diferença, Pasche e Passos (2008) apontam que o reconhecimento desta diferença “implica em acatá-la em suas especificidades. Reconhecer especificidades é deslocar-se de centralidades, para uma multiplicidade de centros, que conformam redes,

cujos nós disformes/não uniformes são justamente o que as potencializam” (p.2), assim, reconhecer as diferenças nos leva a transpor a fragmentação, a especialização, a disciplina. Passos (2013), ao falar sobre a formação de trabalhadores do campo da saúde, ratifica essa ideia de questionar a formação disciplinar nesse campo, que é definida em um certo território e identidade e corre perigo de isolamento.

Essa aposta põe em disputa a questão da formação disciplinar, já tão difundida e enraizada em nossos processos formativos, tendo em vista que, segundo Albuquerque et al. (2009) a disciplina “apresenta os conhecimentos fragmentados e fora de contexto, induz a uma formação reducionista, recortada e procedimento-centrada dos profissionais de saúde, além de favorecer o pensamento unidimensional” (p.265).

A proposta disciplinar, portanto, não está somente relacionada a uma questão da fragmentação do conhecimento, mas também uma questão de poder. E mesmo as proposta de multi, inter e transdisciplinaridade não superam e rompem totalmente com a questão disciplinar, bem como apontam Gallo (2000) e Albuquerque et al. (2009).

Assim, acreditamos que a superação deste modelo se dá por uma educação não disciplinar, como apresenta Gallo (2000), ao propor uma nova proposição de produção do saber, a partir da transversalidade rizomática que “aponta para o reconhecimento da pulverização, da multiplicização, para o respeito às diferenças, construindo possíveis trânsitos pela multiplicidade dos saberes, sem procurar integrá-los artificialmente, mas estabelecendo policompreensões infinitas” (p. 33).

No campo da saúde, a transversalidade, enquanto conceito da análise institucional, aparece com destaque na Política Nacional de Humanização (PNH), que a reconhece como sendo um de seus princípios e aponta que ela é “reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável” (BRASIL, 2013, p.6).

Nossa primeira aposta é problematizar a transversalidade como algo constitutivo também dos processos formativos da RMS, tendo em vista a complexidade de encontros que os envolvem, pois bem como apontam Ramos et al. (2006), essa modalidade de ensino propõe em seus desenhos que haja

atividades e experiências a que todas as profissões envolvidas devem estar expostas em conjunto e outras que são específicas para cada uma delas. Ou seja, campo e núcleo devem estar articulados para o desenvolvimento de competências comuns, por um lado, e de competências específicas, por outro (p. 380).

Uma segunda questão compreende a afirmação de Passos e Carvalho (2015) de que “não basta haver a garantia constitucional do direito à saúde, é preciso também a sua efetiva realização nas práticas concretas do SUS” (p. 93), e é partindo disto que acreditamos que discutir práticas significa discutir processos de trabalho em saúde, considerando que os modelos de formação em saúde que apontam para o ensino em serviço estão intrinsecamente envolvidos nisto.

Assim, partimos da concepção de que a RMS, ao se realizar no cotidiano dos serviços os quais os residentes estão inseridos, envolve pensar que “o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agência o modo como se produz o agir em saúde” (FRANCO e MERHY, 2014, p.152), ou seja, pensar que os processos de trabalho e, conseqüentemente, os processos formativos que envolvem a tríade ensino-serviço-comunidade, se dão a partir do *trabalho vivo em ato*, trabalho este que ocorre no momento em que ele está acontecendo, no momento do encontro (MERHY, 2002).

Ou seja, “o trabalho vivo é o trabalho em ato, no seu exato momento de produção, criação, portanto se realiza na atividade do trabalhador” (FRANCO e MERHY, 2012, p. 154), de forma que os encontros proporcionados no cotidiano dos trabalhadores agenciam experiências que envolvem a complexidade dos serviços de saúde e proporcionam no seu agir uma liberdade em suas ações.

Essa perspectiva vai ao encontro da afirmação de que “o modelo de atenção centrado na oferta de atendimentos médicos, de procedimentos e medicamentos, com intervenções restritas ao biológico se mostrou ineficaz para intervir nos problemas de saúde” (BRASIL, 2005b, p.60), ou seja, operar somente sobre o corpo biológico se mostra ineficaz, é imprescindível considerar as necessidades e interesses dos usuários.

Consideramos, portanto, esse modo de produção do trabalho em saúde do que Merhy (1997) denomina de *trabalho morto*, que caracteriza-se por “todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos- ou como ferramenta ou como matéria-prima

[...]- e que são resultado de um trabalho humano anterior” (p.83), um trabalho pautado na materialidade.

Será, então, na relação e nos jogos de capturas entre o trabalho vivo e o trabalho morto que o trabalho em saúde se dará, entretanto a sua potência estará, primordialmente, no primeiro, pois é nele que a criatividade do trabalhador pode ser agenciada de diversas maneiras, de forma que Merhy (2002) enfatiza que “o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto” (p.49), porque ele acontece em relação, principalmente, entre trabalhadores e usuários.

Merhy (2013) ainda aponta que o agir micropolítico do trabalho vivo em ato “municia a noção de que o ato precede o saber, que o acontecimento no encontro precede a intenção e o conhecer *a priori*” (p.29), colocando em xeque, portanto, a crença de que o científico deve ditar sobre a experiência e nos fazendo crer que a partir dos encontros no cotidiano dos serviços é possível construir uma fazer saber, ao invés de um saber fazer.

Assim, a aposta no trabalho vivo em ato nos processos formativos da residência multiprofissional em saúde, que se dão muito mais no dia-a-dia dos serviços do que em aulas teóricas sobre temas em saúde, envolvendo pessoas e práticas, conforme a Resolução CNRMS nº05/2014.

E o cotidiano do trabalho ao qual pautamos refere-se ao cotidiano de uma sociedade capitalista contemporânea, pós-fordista, que opera sob a lógica do trabalho imaterial, que “não se reproduz (e não reproduz a sociedade) na forma de exploração, mas na forma de reprodução da subjetividade” (LAZZARATO e NEGRI, 2013, p.54). Assim, o trabalho nessa nova égide não está mais pautado somente na questão do bem material ou da mais-valia, mas produtor de “novos bens”, como pautado na subjetividade dos trabalhadores.

Lazzarato e Negri (2013) ainda afirmam que “o ciclo do trabalho imaterial é pré-constituído por uma força de trabalho social e autônoma, capaz de organizar o próprio trabalho e as próprias relações com a empresa” (p.50), portanto, o trabalho não mais está pautado na organização daquilo que se põe como instituído, mas opera sob a lógica da intelectualidade das massas, ou seja, uma intelectualidade autônoma e afetiva.

Hardt e Negri (2016) apontam que

o trabalho vivo voltado para a produção de bens imateriais, como no caso do trabalho cognitivo ou intelectual, sempre ultrapassa os limites a ele impostos, postulando formas de desejo que não são consumidas e formas de vida que se acumulam. Quando a produção imaterial se torna hegemônica, todos os elementos do processo capitalista precisam ser encarados sob um novo prisma, às vezes em termos completamente invertidos em relação às análises tradicionais do materialismo histórico (p.40).

O trabalho imaterial apresentado por Lazzarato e Negri (2013) e Hardt e Negri (2016) se diferencia do trabalho material/industrial, sendo, portanto, um ponto de possibilidade de uma transformação social. O trabalho é compreendido enquanto intelectual, cognitivo, linguístico, social.

Merhy et al. (2011) nos apresentam as aproximações entre o trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial, na qual partem da afirmação de que “o mundo do trabalho imaterial faz da posição do trabalho vivo um terreno de disputa vital” (p.89), e, portanto, terreno de possibilidades para novos caminhos e de produção de modos de agir coletivos, não exclusivamente da ordem material, tendo em vista que o trabalho imaterial evidencia as disputas.

Teixeira (2015) ratifica essa perspectiva ao apresentar que o trabalho em saúde é um caso exemplar de trabalho imaterial, ou, em suas palavras, trabalho que envolve a produção de conhecimento, afetos, relações, formas de comunicação e de vida, ou seja, trabalho cognitivo-afetivo e biopolítico. Portanto, ponderamos que a potência no trabalho vivo em ato também parte de “considerar a produção do comum como imanente à organização do trabalho contemporâneo” (p. 38).

O que entenderemos como comum parte da discussão de Hardt e Negri (2016) de referirem a ele como

à riqueza comum do mundo material – o ar, a água, os frutos da natureza e todas as dádivas da natureza – [...] Mais ainda, também consideraremos parte do comum os resultados da produção social que são necessários para a interação social e para mais produção, como os conhecimentos, as imagens, os códigos, os afetos e assim por diante (p.19).

Em obra anterior, os autores supracitados apontam que “o comum não se refere à noções tradicionais da comunidade ou do público; baseia-se na comunicação entre singularidades e se manifesta através dos processos sociais colaborativos da produção” (HARDT e NEGRI, 2014, p.266). Ou seja, o comum se torna um espaço de expressão das singularidades dos sujeitos.

Problematizar a produção de comum na formação em saúde também é buscar superar o modo privatizante o qual estamos constantemente sendo capturados, bem como aponta Teixeira (2015) de que “vivemos num mundo e segundo um modo de existência em que a percepção desse comum encontra-se criticamente ofuscada” (p.30), compreendendo as transformações sociais, econômicas e políticas agenciadas pelo capitalismo contemporâneo, que faz uma expropriação de menos serviços, menos possibilidade e, conseqüentemente, menos vida.

O que remete à terceira questão que discutimos: a problematização sobre formação em saúde, a qual Merhy (2013) aponta a produção do comum como potência nesse campo e afirma que este “antecede qualquer núcleo de definição de uma profissão qualquer” (p.31), ou seja, um processo sem dono, mas que todas as profissões podem, diante de suas diferenças, produzir encontros e cuidado.

Passos e Carvalho (2015), ao apresentarem uma discussão sobre a formação para o SUS e a produção do comum, afirmam que esse “é o terreno de ninguém e que, por isso, pode e deve ser habitado por todos. Como cuidamos do comum? Com a escuta, com a conversa, com o acolhimento; acolhendo a alteridade; fazendo vínculo; trabalhando em equipe; compondo e fazendo associações...” (p.100).

Hardt e Negri (2014) partem de um reconhecimento de que “a produção de subjetividade e a produção do comum podem formar, juntas, uma relação simbiótica em forma de espiral” (p.247), no qual consideram que produzir subjetividade é produzir novas formas de cooperação e comunicação, ou seja, produzir comum, que também produzem novas subjetividades.

Passos (2013) apresenta a potência em se discutir a transversalidade nos processos formativos, pois “no traçado deste eixo transversal, no exercício de um método inclusivo, participativo, constitui-se uma experiência do comum” (p.225), pensar, portanto, a produção de um comum, uma unidade, não significa criar um homogêneo, mas é a “ideia de comum como prática de, para, com, através de qualquer um” (p.227).

Franco (2013) aponta que uma ação pedagógica dispara processos de subjetivação, que contribuem para a produção de sujeitos. Portanto, nessa perspectiva, discutir a produção de comum na formação em saúde, nesse trabalho, portanto, é buscar superar as relações de poder que a perspectiva disciplinar e suas derivantes (multidisciplinaridade,

interdisciplinaridade e transdisciplinaridade) acabam por produzir, é buscar compreender uma perspectiva democrática e coletiva que construção de conhecimento, práticas e vidas, ou seja, ao discutirmos sobre uma Formação (In)Comum estamos falando de um processo de produção de subjetividade por instâncias individuais, coletivas e institucionais, conforme aponta Guattari (2012).

3. OBJETIVO

Compreender como o processo formativo de residência multiprofissional em saúde está sendo construído e vivenciado, na perspectiva da produção do comum, nos Programas de Residência em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista e em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina.

4. CAMINHOS QUE TRILHAMOS NA PESQUISA

Não nos dispomos nesta pesquisa a produzir crença ou verdade sobre aquilo que queremos discutir, mas nos arriscamos a dialogar sobre os encontros produzidos no campo e a trazer cenas vividas em suas realidades, pois bem como afirmam Cerqueira et al. (2014), “o conhecimento que se contrapõe a vida é porque expressa um modo de vida que contradiz a própria vida, uma vida reativa que encontra no conhecimento sua força de conservação” (p.31). Assim, esta pesquisa buscou, ou pelo menos tentou buscar, uma produção de conhecimento que não dita sobre a realidade, mas que produz certas visibilidades às suas cenas cotidianas.

Esta pesquisa se propõe a ser de natureza qualitativa, tendo em vista que ela trabalha com o ser humano, incluindo sua história, valores, crenças, representações, hábitos, atitudes, aspirações e opiniões, sendo estes “produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, p.57). É justamente a experiência que os sujeitos da pesquisa têm em seus processos e encontros que foi o nosso foco, buscando compreender a complexidade das relações que as pessoas estabelecem.

Partimos dos apontamentos de Cerqueira et al. (2014) sobre as provocações da relação pesquisador-objeto de pesquisa, tendo em vista que os direcionamentos das pesquisas, por vezes, centram-se em processos de não implicação e de afastamento de seu objeto, primando por uma dita neutralidade científica na produção de conhecimento.

No nosso processo, não partimos desse primado, mas entendemos que pesquisar envolve encontro consigo e com o outro, envolve afetação a partir das vivências, sem o dito afastamento entre pesquisador e “objeto”, inclusive desconstruindo essa relação sujeito-objeto.

E encontro ao qual nos referimos diz respeito à possibilidade de afetarmos a nós mesmos e ao outro, ou bem como afirma Baduy (2010) citando Deleuze (2002), “um encontro com corpos cuja natureza se compõe com a minha, corpos que me afetaram pela alegria, encontro que adicionou desejo e ampliou a potência de agir” (p.18).

Assim, para falarmos dos encontros produzidos nesta pesquisa, neste capítulo buscamos relatar como se deu a escolha dos campos de pesquisa em que nos aventuramos,

explicar a opção de produzir uma cartografia enquanto possibilidade de encontro e de produção de conhecimento e explicitar quem foram os sujeitos implicados.

4.1 OS CAMPOS EM QUE NOS AVENTURAMOS

Na proposta de se aproximar da produção do comum na formação em saúde, optamos que os campos de pesquisa fossem programas de residência multiprofissional em saúde, entendendo que, como afirma Dallegrave (2008), “os programas de Residência têm vestido diversas roupagens, experimentando modos diferentes e pensar/fazer e assumido conceitos de formação semelhantes, porém polissêmicos” (p.24), ou seja, não podemos falar de um modelo de configurar as residências multiprofissionais, mas em diferentes modos de produzir essa formação.

Assim, realizamos este estudo em dois campos diferentes, no Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista e no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina (UEL)¹⁴.

A escolha por dois campos se deu tanto por inquietações pessoais, mas também pelo entendimento de que a saúde da família e a saúde mental, enquanto campos de atuação da Saúde Coletiva, apresentam necessidades diversas, provocações e acumulações distintas e, conseqüentemente, cenas diferentes. Decisão não tomada de forma individual, muito menos unilateral, mas discutida, conversada, ponderada, colocando em diálogo questões referentes a opção de se desenvolver uma pesquisa em dois campos.

Um dos critérios de não escolha para os programas era referente aos que tivessem como cenário de prática instituições hospitalares, mesmo reconhecendo que o hospital ocupou e ainda ocupa nos dias de hoje um importante lugar na formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER e CECILIO, 2007).

¹⁴ Para fins didáticos, ao longo do texto, estaremos nos referindo aos programas pelas siglas RMRAPS/UNIFESP e RMSF/UEL, respectivamente.

Propusemos como escolha, programas de residência que tivessem a atenção básica e/ou a rede de atenção psicossocial enquanto espaços de formação, por possibilitarem a produção do cuidado sob a perspectiva da necessidade de saúde da população, ampliando as concepções de saúde e corpo, desconstruindo o diagnóstico como guia único do processo de intervenção, levando em consideração o protagonismo do usuário no processo. Portanto, que tivessem por valores o cuidado longitudinal e para além da doença, apesar de entendermos que nem sempre o que os programas trazem em seus discursos, PPP e diretrizes se efetivam ou são traduzidos em suas práticas.

Assim, a escolha do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial, inicialmente, se deu tanto pelo Projeto Político Pedagógico (PPP) da UNIFESP *campus* Baixada Santista ser orientado por princípios como a interdisciplinaridade e a integração com a comunidade, quanto pela proposta do desenho apresentado pela graduação, que é dividido em quatro eixos, no qual um é direcionado para formação específica de cada categoria profissional (*Aproximação a uma prática específica em saúde*), enquanto os outros três (*O ser humano em sua dimensão biológica*, *O ser humano e sua inserção social e Trabalho em saúde*) misturam alunos dos diferentes cursos da área da saúde do *campus*, independente do núcleo (FEUERWERKER e CAPOZZOLO, 2013).

A respeito do último eixo citado, esse tem como marco central a busca de uma clínica comum entre as profissões, partindo da compreensão de Feuerwerker e Capozzolo (2013) de que há “um eixo comum a todas as profissões, que atravessa a formação, envolve docentes de diversas áreas e coloca em questão o tema do trabalho em saúde” (p. 56), no quais as discussões sobre *trabalho vivo em ato*, encontros na diferença e questões transversais se tornam imprescindíveis.

Assim, esta perspectiva busca “formar profissionais com capacidade para realizar uma clínica que possa acolher e compreender a complexidade inerente às necessidades de atenção, e pensar intervenções que superem a fragmentação dos atos profissionais” (FEUERWERKER E CAPOZZOLO, 2013, p.51), de forma que a escuta e o diálogo promovam uma forma de manejar da melhor forma possível as questões que envolvem o usuário.

Partindo dessa experiência das graduações em saúde da UNIFESP *campus* Baixada Santista, retratada principalmente no livro *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*¹⁵, que envolve a participação ativa de seus docentes na constituição desse outro modo de formar profissionais de saúde, e da relação estabelecida entre essa instituição de ensino e o município de Santos, tendo em vista a inserção, desde o primeiro semestre, dos alunos de graduação nos serviços de saúde do município e seus territórios, acreditamos na possibilidade de que a experiência da Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial não esteja capturada pela tendência de fragmentação da formação promovida pelas especificidades das categorias profissionais, embora não descartando a possibilidade contrária, de que o processo formativo estava capturado pela lógica hegemônica.

A escolha do segundo campo, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Estadual de Londrina, ocorreu a partir dos relatos publicados sobre a integração entre o processo de municipalização e mudança no modelo de atenção dos serviços de saúde do município de Londrina e a Universidade, bem como pela significativa mobilização que o Projeto Uni¹⁶ produziu tanto na universidade quanto no município (SILVA, 1999; SOARES E PINTO, 2008; DOMINGOS, 2012).

Carvalho, Lima e Baduy (2006) relatam a experiência de constituição da RMSF da UEL junto aos serviços de saúde de Londrina, na qual consideram que “esta construção desde o início deveria caracterizar-se pela criação de espaços de conversa entre as categorias profissionais propostas e entre os indivíduos das duas instituições envolvidas, a universidade e o serviço municipal de saúde” (p.232), a partir da realização de oficinas de trabalho para elaboração dos perfis dos atores que compõem esse processo formativo.

Soares e Pinto (2008) afirmam que a inserção da RMSF nos serviços de atenção básica no município de Londrina teve “o propósito de promover uma maior reflexão das práticas de intervenção, incorporando no cotidiano dos serviços a interação entre os

¹⁵ CAPOZZOLO, A.A., CASETO, S.J. e HENZ, A.O. (orgs.). *Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

¹⁶ Projeto Financiado pela Fundação W. K. Kellogg, no início da década de 1990, que tinha por objetivo “proporcionar uma maior integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade” (SILVA, 1999).

trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade entre os diferentes saberes” (p. 91), direcionamento este que condiz com o que a EPS se propõe.

Domingos (2012), ao desenvolver pesquisa sobre o olhar dos trabalhadores dos serviços com relação à RMSF da UEL, aponta que esses consideram que a inserção dos residentes nas unidades promoveu a inclusão de novas categorias no serviço e avanço no trabalho em equipe multiprofissional, bem como houve reconhecimento da residência como uma estratégia de fortalecimento das ações nos serviços de atenção básica.

Diante dos estudos dessas autoras, nos quais o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da UEL aparece como vetor ativo no processo de construção da rede de saúde em Londrina e demonstra a relação aproximada entre o município e a Universidade, acreditamos que a construção coletiva e a potencialidade que o processo formativo do referido programa demonstrava, poderia ser uma boa aposta (situação que durante o campo se mostrou diferente).

Desta forma, concordando com a afirmação de Feuerwerker (2014) que, ao citar pesquisa realizada por Mishima *et al* (2009), aponta que esta “revelou a existência da convivência e conformação de múltiplas formulações e arranjos para efetivar o que se chama de EPS no SUS” (p.90), acreditamos que, os programas de residência multiprofissional em saúde, espalhados pelo país, apresentam uma multiplicidade de arranjos, que por vezes potencializam, mas que nem sempre garantem o processo formativo o qual se propõem. Entre aquilo que os programas e seus PPP se propõe e como se efetivam na prática, há muita disputa de projeto, uma série de atravessamentos institucionais (das universidades, das gestões municipais) e também pessoais (os próprios projetos individuais dos residentes, preceptores, tutores, coordenadores e trabalhadores dos serviços).

Por isso, tentar expor essas questões referentes a esses programas é uma forma de explicar como chegamos a essas escolhas, já que são diversos os arranjos de programas de residências multiprofissionais existentes no país, mas também é uma forma de justificar algumas das perguntas que mais permearam esse processo, “Por que não escolher um programa na Região Metropolitana de São Paulo?”, “Por que não ir fazer a pesquisa em algum programa no Ceará?”, Por que dois campos tão distantes?”.

Assim, acreditar nas potencialidades que esses dois programas demonstravam, seja pelo que tínhamos lido na produções científicas e bibliográficas publicadas, seja pelo que escutamos falar (com as opiniões da Laura e da Rossana sobre os campos, na conversa inicial com os coordenadores dos programas), foi o que nos levou a optar por nos aventurar em Santos e em Londrina e nos processos e encontros que os dois programas poderiam facilitar.

Cabe dizer também que apostar nesses dois campo foi adentrar dois territórios desconhecidos, tanto no que concerne aos serviços, por não ter qualquer vivência na rede de qualquer um dos dois municípios, quanto no que diz respeito aos programas, por não ter qualquer aproximação prévia com eles, nem mesmo com os residentes quando fiz parte do FNRS e participei dos encontros nacional de residências em saúde.

E a aproximação tanto com o Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da UNIFESP Baixada Santista como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL iniciou a partir de trocas de e-mails com os coordenadores dos referidos programa, na qual agendamos uma conversa presencial com a coordenação do programa da UNIFESP Baixada Santista e uma conversa virtual com a coordenação do programa da UEL.

4.2 CARTOGRAFIA E AS PRODUÇÕES DE ENCONTROS

Experimentar a cartografia nesta pesquisa não ocorre de forma aleatória ou sem intencionalidade, e essa é a única parte deste estudo em que falarei na primeira pessoa do singular, pois a intencionalidades e desejos marcam esta escolha. Inclusive, prefiro dizer que realizamos uma aproximação cartográfica, um estudo ainda aprendiz,

Desde sua concepção esse era o modo fazia sentido ir a campo. Isso se deu muito pela influência dos caminhos produzidos para chegar até aqui, pela participação no Grupo de Estudo de Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde, pela implicação no Observatório Microvetorial de Políticas Públicas de Educação e Saúde, pela leitura de produções bibliográficas e acadêmicas produzidas dessa forma (BADUY, 2010;

LOBATO, 2010; CERQUEIRA et al., 2014; FEUERWERKER, BERTUSSI e MERHY, 2016; MERHY et al.2016) e pelo próprio *devoir militant* que perpassa esse estudo.

Merhy (2004) afirma que “a produção da validação de um saber militante, como conhecimento legítimo e saber para os outros, passa também pela própria exposição dos interlocutores acadêmicos ou científicos nas suas implicações, não só nos seus interesses” (s/p). Assim, não só as inquietações desta pesquisa, o traçar de seus caminhos envolve todo meu percurso enquanto residente multiprofissional e a militância nos coletivos em defesa deste processo formativo, as produções de militância que se fizeram não só durante esse momento, mas que se fazem hoje também.

E nesse ponto talvez tenha surgido a primeira inquietação desta pesquisa, como eu, enquanto sujeito militante, implicada e que ainda sentia no corpo todas as marcas de ter sido residente me afastaria disso para me tornar pesquisadora?

Foi preciso entender que não teria como afastar; todas as marcas das vivências que já tive iam constituir esta pesquisa. O que foi necessário fazer foi manter o foco, não me deixar capturar pelos discursos dos residentes (aqueles que foram meus pares e a quem sempre defendi) ou pela tentação de avaliar os programas e suas dinâmicas. E os processamentos se constituíram como um dos principais espaços para isso. Ter um espaço, entre as idas aos campos, em que era possível falar e problematizar sobre as marcas que cada cena ia deixando em mim, pondo em análise minhas interações com os campos de pesquisa foi de extrema importância.

Ao mesmo tempo que uma espécie de mantra pessoal perpassava cada ida ao campo, de sempre deixar claro para todos que a ideia não era fazer comparações ou uma avaliação dos programas, mas a de entender como as cenas iam se produzindo em cada um deles, por vezes, eu me pegava avaliando-os, principalmente, em situações relacionadas aos residentes. Isso muito em decorrência da minha total identificação com os residentes. Essa talvez tenha sido a minha maior captura ao longo do processo. A residente produzida em meu corpo não esteve fora da pesquisa, e por isso foram extremamente necessários os processamentos realizados, pela minha necessidade de trabalhar algumas das marcas que eu já trazia da minha vivência enquanto residentes, mas também as que os campos iam produzindo em mim.

É com a possibilidade desse sujeito militante realizar pesquisa que apostamos na cartografia como o modo pelo qual poderemos trilhar nossos caminhos, tendo em vista que “traçar determinados caminhos e produzir conhecimento a respeito de algo pressupõe a adoção de um método” (CERQUEIRA et al., 2014, p. 31), um modo que acreditamos fazer sentido para as aventuras que apostamos.

A cartografia é introduzida por Deleuze e Guattari (2011) na obra *Mil Platôs*, ao afirmarem que “escrever nada tem a ver com significar, mas com agrimensar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir” (p.19), a partir do que eles definem como rizoma para explicar a complexidade que envolvem os fenômenos, no qual uma de suas principais características seja a de ter múltiplas entradas.

Bertussi et al. (2016) apontam que a cartografia desses autores propõe “acompanhar um processo, deter-se em acontecimentos que se tornam visíveis, ponderá-los, ir além, atrás de novos encontros, pensar sobre eles, sentir as suas afecções e ir caminhando e produzindo pensamento atrás de sentidos para o cartógrafo” (p.56), produzir, então, uma geografia dos afetos.

Prado Filho e Teti (2013) partem da ideia de que “existem tantas cartografias possíveis quanto campos a serem cartografados” (p.46), ou seja, uma multiplicidades de modos de entradas no mundo cartográfico. Entretanto, Sueli Rolnik, na apresentação do livro *Micropolítica: cartografias do desejo*, apresenta um comum nas diferentes cartografias que realiza, que é “a busca de saídas na constituição de outros territórios, para além dos territórios sem saída, outros espaços de vida e de afeto” (ROLNIK, 1996, p. 14), um caminhar sem regras, mas que traça percursos a partir das afetações cotidianas.

Nos inspiramos, portanto, nesta pesquisa, ao que Bertussi et al. (2016) apresentam sobre suas viagens cartográficas, as quais

o modo das pesquisas produzidas é o cartográfico na medida em que busca mostrar o que é visível tão somente ao sensível. Nestas pesquisas a processualidade interessou muito mais do que o produto e houve um envolvimento e um acolhimento dos fatos cotidianos, buscando compor formas de compreensão e de visibilidade para os sentidos de produção da vida e do mundo. O problema de pesquisa não era estranho às sensações das pesquisadoras, isto é, pertencia a elas. O problema passou a se apresentar, então, à pesquisa para revelar a mutabilidade do mundo como ação política e vontade ética de inventar mundos para si e para os outros (p.48).

Assim, mais do que propor um método de pesquisa, com palavras de ordens e regras pré-definidas, apontamos a cartografia como uma estratégia de encontro com o(s) outros(s), ao que Passos, Kastrup e Escóssia (2015) afirmam que “a cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*” (p.10), ou seja, ao invés da lógica de caminhos produzidos por regras e metas, cartografar aposta na experimentação, na construção de percursos acompanhados dos efeitos que causam no pesquisador, nos sujeitos, no campo e na própria produção da pesquisa.

É, portanto, apostando nesta experimentação do cotidiano, no espaço do não saber, mas sim de viver e produzir sentidos, que a potência da cartografia se faz. Investigá-lo, portanto, é, segundo Bertussi et al. (2016), “colocar em análise uma realidade em construção, móvel, sem começo, meio e fim, mas com várias entradas, tratá-lo como um campo de problematização, proporcionando novas possibilidades de apreensão e de produção do real” (p. 54), e assim, propor uma pesquisa que não pensa em fechar-se em si mesma, mas que se abre para caminhos, para as possibilidades.

E falando sobre isso, vem uma outra questão que atravessou, principalmente o início, desta pesquisa. Desde seu projeto, a proposta nunca foi realizar uma comparação entre os dois campos, pois o entendimento de que as cenas apresentadas nos dois programas seriam diferentes e que os analisadores para discutirmos sobre a produção do comum também seriam era fundamental para que estivesse aberta para todas as possibilidades produzidas nos campos. A segunda ida à UNIFESP Baixada Santista me deixou uma das inquietações que por muito tempo eu senti necessidade de falar: a de que a proposta não era fazer uma avaliação ou comparação entre os programas, e sim trazer suas cenas, fossem elas semelhantes ou diferentes.

Longe da pretensão de me colocar como expertise da cartografia, mas partimos da premissa de Libermam e Lima (2015) de que “todos podem experimentar um corpo de cartógrafo já que o ato de pesquisar é inerente a vida” (p.184) para propormos uma experimentação na arte de cartografar.

O corpo cartógrafo ao qual Libermam e Lima (2015) se referem está pautado em cinco guias atravessadas de pluralidade, que segundo essas autoras, são: a compreensão do que pode um corpo, reconhecendo que esse tem a capacidade de afetar e ser afetado pelo outro; o reconhecimento do corpo como pulso, que se contrai e expande; a afirmação

da potência da materialidade dos corpos; o colocar-se à espreita, como possibilidade de exercício para o encontro; e, a invenção de práticas e dispositivos de produção de um corpo de cartógrafo.

Bertussi et al. (2016) apontam que a prática do cartógrafo “requer abertura do pesquisador para o novo, com disponibilidade para ver, escutar e deixar-se tocar pelos processos originados na investigação” (p.57) e assim sentir no próprio corpo os efeitos e afetos dos encontros com o(s) outro(s), com o campo, com as inquietações e dilemas, com as surpresas do cotidiano.

Assim, este corpo, que é matéria viva do trabalho de quem arrisca em aventurar-se em viagens cartográficas, possibilita assim que o trabalho do cartógrafo seja “assim um trabalho de produção de si, na experimentação de um corpo que, continuamente, se configura nos encontros com outros corpos” (LIBERMAM e LIMA, 2015, p.190). E assim acredito que seja a forma como, pelo menos, tentei ir os campos, aberta aos encontros e às possibilidades.

Assim, o corpo cartógrafo que se fez nesta pesquisa pretendeu buscar o visível tão somente ao sensível, como já citado anteriormente, e dar voz às diferentes cenas, utilizando como estratégias de investigação o diário de campo e seus registros, bem como a observação direta, tendo em vista que como afirmam Pozzana e Kastrup (2015), “sempre que o cartógrafo entra em campo há processos em curso. A pesquisa de campo requer a habitação de um território que, em princípio, ele não habita” (p.56), e portanto, é necessário o contato direto com o cotidiano em que se estabelecem os encontros.

Cabe ressaltar que esse corpo cartografo também tinha suas próprias questões ao iniciar os campos da pesquisa.

As idas ao campos que eu não tenho nem ideia (na verdade, tenho uma ideia por aquilo que li e escutei, mas não por uma experiência minha) de como são ou funcionam. Municípios que eu nunca nem visitara que não sei realmente como operam seus serviços. Programa de residência que não tive qualquer contato direto, nem mesmo nos tempos de militância enquanto era residente (não tive qualquer contato com residentes ou quaisquer outros atores desses programas). Essas questões inquietavam,

*mas não imobilizaram para o início e, posteriormente, continuidade das
experimentações nos campos.*

*Mas sim, a sensação inicial era de uma estranha que ia adentrando a casa dos
outros e que ia dando cada passo de uma vez.*

*(Afecções¹⁷ relatadas no diário de campo no dia 01 de
dezembro de 2017)*

Assim, a proposta da cartografia foi de acompanhar tanto os processos que ocorriam nos cenários de prática em Santos e Londrina e, portanto, estar junto nos espaços de formação prática, principalmente, dos residentes, como acompanhar os encontros que se estabelecem nas Universidades, UNIFESP e UEL, nos espaços de formação teórica.

Entendo que o campo desta pesquisa se inicia desde os primeiros contatos por e-mails com os coordenadores dos programas, as idas a Santos e Londrina para realizar o convite aos residentes, preceptores e tutores e coordenadores, para conversar com as coordenações dos serviços, para entregar os documentos solicitando autorização das secretarias municipais de saúde e para ir me aproximando, já que eu era um sujeito estranho em cada um dos programas.

Assim, após esses encontros, permaneci durante 14 dias em cada um dos programas, durante os meses de outubro e novembro de 2017, em uma “ponte aérea” semanal entre Santos e Londrina, com paradas estratégicas em São Paulo para os processamentos. A permanência no campo era intercalada, uma semana em um programa, na seguinte no outro.

As idas ao campo ficaram distribuídas da seguinte forma: 1ª Quinzena- 3 dias em Santos; 2ª Quinzena- 3 dias em Santos e 5 em Londrina; 3ª Quinzena - 3 dias em Santos e 5 em Londrina; 4ª Quinzena - 5 dias em Santos e 4 dias em Londrina. A distribuição dos dias e semanas em cada campo havia sido previamente planejada, porém, como na vida ocorrem intercorrências, durante esse percurso não foi diferente, fosse por questões

¹⁷ Chamamos de afecções aqui “o estado de um corpo quando ele sofre a ação de outros corpos, é uma ‘mistura de corpos’ em que um corpo age sobre outro e este recebe as relações características do primeiro” (DELEUZE *apud* EPS EM MOVIMENTO, 2014).

EPS EM MOVIMENTO. Caixa de Afecções. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/caixa-de-afeccao>. Acesso em 10 de abril de 2018.

pessoais, fosse pelos feriados que aconteceram nesse período, houve necessidade de reorganizar o período em cada lugar, de forma que ambos os programas fossem contemplados com um período de vivência igual ou próximo.

Entre o contato inicial com os coordenadores dos programas, ainda por e-mail, em fevereiro de 2017 até o período de permanência nos programas, no final desse mesmo ano, algumas mudanças aconteceram. No programa de RMRAPS/UNIFESP houve mudança da coordenação do programa, quem assumiu foi a, até então, vice coordenadora. No caso do programa de RMSF/UEL, a relação entre os residentes e os profissionais do serviço foi se desgastando, de forma que no início do campo já havia uma conversa sobre a possibilidade de mudança de cenário de prática do programa, o que acabou por se concretizar no final de novembro/início de dezembro, essa situação, em específico, repercute nas percepções sobre o campo em Londrina.

Durante esse período nos campos, assim como já se configura a distribuição de carga horária na residências, passei a maior parte do tempo nos cenários de prática dos residentes, o NAPS/CAPS no caso do programa de RMRAPS/UNIFESP e a UBS no programa de RMSF/UEL, entrando e saindo dos serviços junto com eles. Além dos serviços, também estive junto com os residentes nos momentos teórico-prático e teórico, que em ambos os cenários aconteciam nas instituições formadoras, porém, ao longo desse período, principalmente, esse primeiro momento, em ambas as instituições, foi atravessado por outras questões, muitas vezes se fazendo novos arranjos sobre aquilo que se tinha planejado.

Além da observação, também foram realizadas conversas no cotidiano, com residentes, preceptores, tutores, coordenadores, trabalhadores dos serviços e usuários, pois era impossível estar ali diariamente e não produzir diálogo com quem se encontrava nos serviços. Foram acompanhados, em ambos os programas, atendimentos individuais e compartilhados, as atividades em grupo facilitadas pelas equipes-guia junto aos usuários, as reuniões de equipe dos serviços, as atividades teórico-práticas e teóricas (reuniões, supervisões e aulas que aconteciam nos ambientes das universidades). Além disso, atividades cotidianas como almoçar, tomar café, caronas, pegar ônibus junto às equipes-guia também aconteceram. As conversas, quando possível, foram gravadas, com as devidas autorizações.

Nesse processo, o diário de campo foi o principal instrumento produzido. Baduy (2010) citando estudo de Azevedo e Carvalho (2009) sobre o uso do diário de campo, afirma que ele pode ser utilizado “como ferramenta para dar visibilidade a movimentos no campo de estudo, outro como um puro levantamento e agrupamento de dados observados e a observar, ou o diário íntimo, e outro, o diário da pesquisa” (p.48). Nesse diário, para além de relatar sobre aquilo que era vivido em cada cenário, era nele que eu ia escrevendo sobre o que sentia, minhas inquietações, angústias, impressões. Também foi espaço de pôr minhas dúvidas, preocupações e inquietações. Ele foi um fiel companheiro em cada viagem de ônibus realizada ao longo desse percurso.

Além disso, utilizamos como ferramenta a análise de documentos, referentes aos programas de residência multiprofissional em saúde, principalmente, seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), regimentos, editais de seleção e Resoluções da Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde (COREMU) de cada programa, tendo em vista que são eles que dão os direcionamentos institucionais aos programas de residência. Encontrar-se com essas produções foi uma forma também de promover um maior encontro com as gestões dos programas de residências, com a coordenação e tutoria que estão nesse processo.

4.3 SOBRE OS SUJEITOS IMPLICADOS: a equipe-guia e as vozes desta pesquisa.

A opção por seguirmos uma experimentação na viagem cartográfica se alinha a perspectiva de Cerqueira et al. (2014), que afirmam sobre a possibilidade de se construir outros modos de produção de conhecimento, os quais pesquisador e objeto estão incluídos em um mesmo processo.

Esses autores ao apresentarem as apostas de sua pesquisa afirmam que “o usuário também é produtor de saber, contudo, saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção da vida” (CERQUEIRA et al., 2014, p. 29), e portanto, ter o usuário como um potente analisador.

Alinhados a isso, ao apresentarem a possibilidade de conceber o usuário dos serviços de saúde como guia de produção de saber e conhecimento sobre os processos de cuidado, Moebus, Merhy e Silva (2016) afirmam que a pesquisa “que coloque o usuário como guia deste percurso, persegue justamente outros pontos de vista, em um perspectivismo, que crie outras visibilidades para os encontros e acontecimentos de que são feitos a produção do cuidado e da saúde” (p.44), e, portanto, dão visibilidade e voz ao que comumente está invisível e mudo.

Essa nova conformação desconstrói a perspectiva de se conceber os sujeitos da pesquisa como meros objetos a serem estudados, mas que utiliza o seu olhar para construir um saber e tem como desafio “tomar o usuário-guia como prática real de produção de si, escrita de si, estética da existência, produção de vida, autopoiese, e não como ferramenta, instrumento, o que resultaria um uso instrumental do mesmo” (MOEBUS, MERHY e SILVA, 2016, p.49). Demanda, portanto, que o pesquisador não seja capturado pela lógica das relações de objetificação dos sujeitos a qual pesquisa, que impera, tradicionalmente, no campo da produção do conhecimento.

Partindo dos caminhos que Moebus, Merhy e Silva (2016) apontam para a centralidade no usuário-guia enquanto produtor de conhecimento, sendo esta “uma aposta política, ético-estético-política de reafirmar que ele precisa estar no centro da produção do cuidado e do saber” (p.52), nos propomos nesta pesquisa a nos deslocarmos da produção de conhecimento a partir da potência do usuário para trabalhar com uma perspectiva de “equipe-guia”, tendo em vista que o objeto de pesquisa deste estudo é o processo formativo e a produção do comum, sendo difícil fazer essa discussão acompanhando apenas um residente.

A aposta foi em se pensar em uma “equipe-guia” em cada um dos programas que se constituem como campo desta pesquisa, no qual o processo formativo das residências multiprofissionais em saúde será investigado sob o olhar destes sujeitos, das suas histórias, suas relações, suas escolhas e caminhos.

A “equipe-guia” não se encontra isolada, mas em constante relação com os diversos atores que compõem os programas de residência multiprofissional em saúde, conforme preconizado em Brasil (2012), dentre os quais estão os demais residentes, preceptores e tutores, além dos profissionais dos serviços que são cenários de prática dos

programas. A proposta foi que o convite para a pesquisa fosse feito coletivamente para todos eles, e não somente para a “equipe-guia”.

Assim, no Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da UNIFESP Baixada Santista, o convite, realizado em uma atividade teórico-prática na universidade, foi feito aos residentes do primeiro ano (R1), por sugestão da coordenação do programa, na segunda ida à Santos, e a escolha da equipe-guia foi feita na visita seguinte. Já no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL, o convite foi feito nos cenários de prática, também durante uma atividade teórico-prática, a todos os residentes, tanto R1 quanto residentes do segundo ano (R2), na primeira ida à Londrina, e a escolha da equipe-guia também foi feita na visita seguinte.

Em ambos os programas, todos os residentes aceitaram o convite para que a pesquisa lá fosse realizada e disseram estar disponíveis para serem a “equipe-guia”. Os tutores e preceptores, presentes na reunião em que foi conversado sobre isso, também aceitaram, sem que houvesse qualquer restrição de qualquer ator. Assim como já havia uma aceitação das coordenações dos programas.

A “equipe-guia” em cada programa se constituiu de forma diferente. Na Baixada Santista, a “equipe-guia” acompanhada era constituída por um trio de residentes, sendo uma profissional do serviço social, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga. A escolha se deu tanto por essa ser a equipe com mais componentes, como pelo relato dos residentes sobre como estavam seus cenários de prática. A escolha do trio também se deu por uma questão de empatia, conectividade, acabou por serem as pessoas com que, após ser feito o convite da pesquisa, houve uma aproximação imediata.

Em Londrina, a “equipe-guia” era constituída tanto por R1 como por R2, tendo profissionais das seguintes categorias: enfermagem (2), psicologia (1), serviço social (1), nutrição (1), farmácia (1), fisioterapia (1), odontologia (2), educação física (1). A escolha dessa equipe ocorreu tanto pela aproximação com a tutora de campo que os acompanhavam, como também pelo fato de que a outra equipe encontrava-se em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que não era seu cenário de prática, pois o mesmo se encontrava em reforma.

Além disto, se entendemos que a residência multiprofissional em saúde é um processo formativo que ocorre no momento do acontecimento, constituído

prioritariamente pela prática, ou seja, pelo trabalho vivo em ato nos serviços e territórios que servem de cenários de prática dos programas, os encontros da “equipe-guia”, não só com os atores que compõem os programa de RMS, também com os usuários dos serviços também fizeram parte da análise.

Porém, outra voz também se fez presente ao longo da pesquisa, que foi a minha própria, e essa, em boa parte das vezes, se fez mais presente do que as outras vozes com as quais eu me encontrava no campo. Os registros das experimentações em campo, através das conversas gravadas e do diário de campo trazem um pouco das vozes, não só das “equipes-guia”, mas dos demais atores, porém a voz que mais ecoa é a dos meus afetos ao longo do processo. Inclusive, uma das limitações dessa pesquisa é que não há um registro mais forte do que o que as “equipes-guia” achavam que era produzido em comum.

4.4 CUIDADOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, em conformidade aos princípios da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEPE) da Faculdade de Saúde Pública da USP, através da Plataforma Brasil, por se tratar de um estudo envolvendo seres humanos, sendo aprovada por meio do Parecer nº 2.358.112/30 de outubro de 2017 (ANEXO A).

Por se tratar de uma pesquisa realizada em outras instituições, a referida foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, através da Plataforma Brasil, sendo aprovada por meio do Parecer nº 2.408.720 de 30 de novembro de 2017 (ANEXO B).

Já com relação ao Programa de RMSF/UEL, a dissertação foi incluída no Projeto “Atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde do Município de Londrina”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Londrina, também através da Plataforma Brasil, por meio do Parecer nº 1.154.455/20 de julho de 2015 (ANEXO C).

Além disso, foram solicitadas autorizações às Secretarias Municipais de Saúde de Santos, através da Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos

(COFORM-SMS), e de Londrina (ANEXO D) (ANEXO E). E cartas de aceite da pesquisa, tanto do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da UNIFESP *campus* Baixada Santista (ANEXO F), quanto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL (ANEXO G).

Durante as atividades de campo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) tanto pela equipe-guia como pelas demais pessoas entrevistadas (APÊNDICE A), após a explanação e leitura do referido pelo participante. Os TCLE foram assinados em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com a pesquisadora.

5. FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: que cenas foram produzidas e o que emerge delas.

Partindo da concepção de Deleuze e Guattari (2011) das multiplicidades, “que são a própria realidade, e não supõem nenhuma unidade, não entram em nenhuma totalidade tão pouco remetem a um sujeito” (p.10), mas nas quais os processos de subjetivações se produzem e aparecem nelas, nos propusemos a analisar cada cenário a partir de suas singularidades, partindo do entendimento que a própria construção dos campos da saúde da família e da saúde mental são diferentes.

E esse primeiro entendimento que trazemos fala um pouco sobre como construímos as cenas e análises dos campos. Falamos de cada um separadamente, não com o objetivo de compará-los, mas de apresentá-los em suas diferenças. Nos programas analisados, a produção do comum se dá de forma diferente, tanto pelo campo de atuação em que cada um produz como cenário de prática¹⁸, quanto pelas escolhas e apostas das gestões dos programas, como também da própria organização da rede e serviços de saúde dos municípios. Inclusive, porque as Políticas de Atenção Básica e de Saúde Mental convocam questões diferentes, tanto pela forma como se constroem quanto por como se constituem.

As vivências em cada campo produziram analisadores daquilo que estamos chamando de Formação (In)Comum, entendendo o analisador como “aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar” (LOURAU, 2014, p.303), ele revela, catalisa e produz visibilidade aos diferentes planos. No caso, as estruturas das organizações as quais nos remetemos são os processos formativos dos programas de residência que traremos como cenas, o qual exporemos aqui separadamente, entendendo que cada programa produz, em suas multiplicidades, cenas singulares.

Os analisadores que construímos ao longo da pesquisa, principalmente, a partir do diário de campo e dos processamentos sobre aquilo que foi vivido nos campos, têm a ver com: os cenários de prática em que as residências acontecem, ou seja, “os serviços”¹⁹ de saúde mental e de saúde da família de Santos e Londrina, respectivamente, entendendo

¹⁸ O que chamamos de cenário de prática aqui envolve não só um espaço físico onde a residência multiprofissional em saúde acontece, mas engloba todo o processo de trabalho dessa experiência.

¹⁹ Entendendo os serviços são unidades que fazem parte de uma Secretaria de Saúde, e que, portanto, a residência não acontece somente com o serviço, mas com o todo que perpassa essa organização.

que o processo de formação acontece ali em ato, no cotidiano do trabalho das equipes na unidades; os próprios programas em si e suas apostas de formação; e nos dispositivos produzidos em cada programa. Essa proposta de divisão não intenta fragmentar a análise, mas provoca o instituído e tem potencialidade de deslocar.

Além disso, entendemos que não buscamos somente contextualizar os municípios e suas redes, nem tão pouco os programas e as universidades as quais estão vinculados, mas compreendê-los enquanto analisadores, pois as vivências dos processos formativos também são constituídas por eles.

A construção dessa análise se dá através dos acontecimentos, que chamamos de cenas. Bertussi et al. (2016) apontam que as cenas são “os diários de campos já revisitados, trazem as vozes dos sujeitos do campo da pesquisa. Certamente a voz da pesquisadora está presente, misturada com a multiplicidade de vozes que produziram essas cenas” (p.55), de forma que com a cartografia buscamos a possibilidade de ampliar o modo de comunicar sobre o cotidiano, produzindo filmes de curta-duração, que não são lineares, mas que contam uma história.

Nesse caso, a construção das cenas foram recortes de situações que dizem sobre um momento específico e com a participação de determinados atores. Até mesmo porque não foram trazidas todas as cenas vividas... Nem todos os acontecimentos foram possíveis de serem discutidos, mas escolhemos trazer aqueles que marcaram visível e sensivelmente, que emergiram das experimentações no campo. As cenas também serão contadas de formas diferentes... seja pelas afecções que cada campo produz em nós, seja pela caixa de ferramentas que trazemos conosco. E essa análise não é construída em ordem cronológica.

5.1 O(s) SUS(s) COMO CENÁRIO(s) DE APRENDIZAGEM: um pouco de como se constitui em Santos e em Londrina.

Um dos mantras ao se falar sobre Residência Multiprofissional em Saúde é que ela é uma modalidade de formação em serviço no SUS e para o SUS, em que a maior parte do processo ocorrerá no que são chamadas de estratégias educacionais práticas de

aprendizagem em serviço. Porém, não podemos falar do Sistema Único de Saúde apenas no singular, o SUS se produz de diferentes formas, nos diferentes locais e pros diferentes sujeitos (FEUERWERKER, 2014).

Assim, consideramos que os cenários de prática são analisadores do processo de formação que estamos discutindo e falar de como se constrói e configura a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Santos e a Saúde da Família em Londrina, enquanto cenários de prática dos programas de residência, e são importantes não só para serem contextualizados, mas como aspectos que fazem parte do processo formativo, entendendo que a história dos lugares diz sobre como os processos se constituem e vão se constituindo.

Enquanto a Atenção Básica tem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) o *lócus* de suas equipes de profissionais (Equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Consultório de Rua), de forma descentralizada e capilarizada no território (BRASIL, 2012b)²⁰, a Rede de Atenção Psicossocial é composta pelas UBS, CAPS, Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento, leitos em hospitais gerais, dentre outros, não havendo equipes específicas, mas profissionais que atuam nos serviços sob os princípios da integralidade e do trabalho multiprofissional (BRASIL, 2011b).

No caso da equipe –guia da RMRAPS/UNIFESP, o cenário de prática é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e da equipe-guia da RMSF/UEL é a Unidade Básica de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e serão sobre esses locais que discorreremos a seguir.

5.1.1 O SUS em Santos: o Núcleo de Atenção Psicossocial como cenário de prática

Baixada Santista, Santos, cidade praiana, rodeada por morros. Uma primeira visibilidade sobre como São Paulo não está no nível do mar.

O porto e sua presença no território se fazem ver logo na chegada.

²⁰ Apesar da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ter sido lançada no ano de 2018, optamos nesse texto por utiliza como referência a PNAB do ano de 2012.

A rodoviária, localizada no centro, tem um entra-e-sai de ônibus, muitos dos quais fazem o trajeto Metro Jabaquara-Santos.

Santos e os recortes de notícias que se tem sobre ela: tem mar, tem futebol, tem um IDH alto (por mais que a gente saiba que IDH não quer dizer muito sobre a vida das pessoas), tem o porto, tem a UNIFESP, teve David Capistrano.

(Afecções relatadas no diário de campo em 14 de fevereiro de 2017)

O Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial tem como cenário de prática a RAPS de Santos, que se configura, atualmente, com 5 CAPS III, 2 Serviços de Residência Terapêutica, 1 CAPS AD, 1 Seção de Reabilitação Psicossocial, 1 Centro de Prevenção ao Uso de Substâncias Psicoativas, 1 CAPS ADij, 3 CAPSi, além de 32 Policlínicas (SANTOS, 2018). Apesar de não constar no Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa como composição da RAPS do município, o Pronto-Socorro da Zona Noroeste também se configurou como um importante *lócus* de formação da equipe-guia, desse programa, na rede.

Os cenários de prática dos residentes do primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da UNIFESP *campus* Baixada Santista são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou como, não só historicamente, mas também usualmente são conhecidos em Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). E o primeiro estranhamento no campo se dá aqui, nessa nomenclatura diferente utilizada pelo município. Por que chamar de NAPS e não de CAPS?

Entender isso perpassou compreender o processo de construção não somente da RAPS em Santos, mas a própria construção do SUS. Pimenta (1997) afirma que a implementação do Sistema Único de Saúde no município de Santos data do início do ano de 1989, com mudança de gestão municipal. Segundo a autora, há coincidências entre as histórias do SUS no município e a no país, tendo em vista que “coincide no tempo, na forma de receber os repasses, nas idas e vindas dos governos federal e estadual em relação à municipalização e na luta dos secretários municipais para garantir avanços no processo de descentralização” (p.29).

Nesse sentido, David Capistrano se torna figura central ao discutirmos sobre o SUS em Santos. Em um primeiro momento como secretário municipal de saúde (1989-

1992), ou no caso de Santos, da Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG) e, posteriormente, como prefeito do município, entre os anos de 1993 e 1996. Capistrano Filho (1995) afirma a tese de que “o governo municipal deveria extrapolar suas tradicionais funções de zeladoria da cidade, e credenciar-se cada vez mais como um indutor do desenvolvimento econômico local e como um prestador de serviços sociais” (p.82), sendo essa tese aplicada na saúde desde seu primeiro momento na gestão municipal.

No campo da Saúde Mental, no município, uma das primeiras intervenções, ainda em 1989, foi no Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, instituição manicomial privada que tinha convênio com o INAMPS. Tal ação foi desencadeada mediante denúncias de maus tratos e mortes de usuários que encontravam-se institucionalizados, que resultou em seu fechamento (CAPISTRANO FILHO, 1995; PIMENTA, 1997; KINOSHITA, 1997; KINOSHITA, 2009).

O fechamento do Anchieta demandou que outras formas de cuidar no campo da saúde mental no município sejam produzidas, e esse processo não ocorreu do dia para a noite. Em Santos, produz-se, então, em 1989, o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo os demais implementados nos anos seguintes, tendo como características que esses serviços fossem regionalizados, ou seja territorializados, e que assistissem as demanda de saúde mental dos territórios, com prioridade às pessoas com transtornos psiquiátricos graves (KINOSHITA, 1997). Assim, não somente o NAPS em Santos tem sua história anterior ao estabelecimento dos CAPS, em 2002, como a própria ideia de rede e sua implementação no município é anterior à Portaria 3.088/2011, que institui a RAPS.

Dos NAPS dos anos 90 para os dos dias atuais, um longo caminho foi produzido, incluindo que, de lá para cá todos os governos municipais em Santos foram de direita. Mas mesmo assim, o município produz em sua rede particularidades que atravessam o processo de formação.

O NAPS, cenário de prática da equipe-guia, tem diversos profissionais que estão no serviço há bastante tempo, incluindo alguns que estão desde os tempos de fechamento do Anchieta, sendo que vários deles foram trabalhadores desse manicômio. Essa marca é reproduzida por cada um deles em uma reunião de apresentação para a nova coordenadora de saúde mental do município, na qual ela se apresentou ao serviço e os profissionais, incluindo as residentes, se apresentaram a ela e trouxeram algumas demandas. A

dizibilidade disso era uma forma de deixar claro que as pessoas têm uma história no serviço e no município.

Inclusive, a escolha pela equipe-guia também se deu pelas condições do serviço em que as residentes se encontravam, pois em um dos primeiros momentos no PRMRAPS/UNIFESP, em uma atividade teórico-prática do programa, os residentes (R1) relataram sobre como estavam seus cenários de prática (esse, inclusive, era o “tema” da discussão desse dia). Diversas foram as cenas retratadas, muitas de precarização dos serviços (com ausência de profissionais, em um dos casos), o que não significa que no NAPS da equipe-guia também não houvesse. As situações dos quatro NAPS cenários de prática do programa de RMRAPS/UNIFESP no município eram variáveis, o que também implicava na forma como os outros residentes, que não eram da equipe-guia, retratavam sobre suas experiências nos serviços.

Assim, o cenário de prática da equipe-guia era um serviço localizado entre os canais 1 e 2, de fácil acesso, com parada de ônibus na porta. Funcionava das 8h às 18h, de segunda a sexta, para todo mundo, aos fins de semana para os usuários que estão de HD²¹ e 24 horas para os usuários que estão em acolhimento institucional/integral. A equipe era composta por terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, acompanhantes terapêuticos (AT), técnicos e auxiliares de enfermagem, médicas, técnicas administrativas. Equipe que não se configura com o arranjo mínimo proposto pela Portaria nº 336/2002, que estabelece e configura os Centros de Atenção Psicossociais (BRASIL, 2002).

O arranjo com que os profissionais se organizam no serviço configura muito menos os núcleos profissionais e bem mais o campo de atuação, tanto que os trabalhadores são reconhecidos não por suas categorias profissionais, apesar de cada um ter a sua e todo mundo saber quem é quem no serviço, mas como são considerados os técnicos do NAPS. Tanto que no modo de organizar o trabalho, de forma que não há o “atendimento individual tradicional/ da categoria profissional” (Ex.: atendimentos de psicologia ou de enfermagem). A equipe aposta em fazer de um outro jeito, mais alinhado a proposta da atenção psicossocial, menos ambulatorial (AMARANTE, 2012).

²¹ HD: hospital-dia.

A experiência de saúde mental e de CAPS que se produzira em mim durante meu período enquanto residente me causou um estranhamento sobre essa forma como o serviço em Santos se organiza. Era muito diferente daquilo que eu havia vivido em Fortaleza, o que não significa fazer uma comparação entre as formas como essa diferença se faz, mas apenas entender que sim, eu viveria em Santos arranjos diferentes ao que eu estava tão acostumada.

(Afecções relatadas no diário de campo em 06 de outubro de 2017)

A equipe banca um arranjo para o NAPS junto com a coordenação do serviço, de forma que ter pessoas que fazem parte da rede, do serviço e da história da construção da RAPS município desde o fechamento do Anchieta, sustentam um modelo não ambulatorial, antimanicomial, da atenção psicossocial. Eles sustentam não só o nome do serviço que foi no começo dos anos de 1990, mas também um certo modo de produzir o cuidado. E mesmo com as dificuldades, os trabalhadores, que são servidores de carreira, conseguem sustentar algumas coisas. Isso não significa que são todos os NAPS assim, mas também não faremos qualquer generalização ou exclusão aqui por não termos a vivência institucional dos outros serviços.

Vale ressaltar que não há a ilusão de que os serviços de saúde de Santos reflitam nos dias de hoje a experiência ora vivida no período do David Capistrano. Apesar dos arranjos potentes aqui retratados pelo NAPS cenário de prática da equipe-guia, a precarização dos processos de trabalho tanto se fizeram visíveis ali quanto nos demais serviços que, em específico, os R1 se encontravam.

No serviço cenário de prática da equipe-guia, o modo como a precarização é vivida pelos profissionais do serviço se tornou dita na mesma reunião, já citada, com a nova coordenadora de saúde mental do município. Todos, cada um a sua forma, deixaram claro naquele momento os processos os quais vinham vivenciando, fosse pela diminuição/ausência de profissionais no serviço, pelas precariedades da estrutura física da unidade, pela demandas do processo de trabalho, das ausências de materiais, dentre outras questões apontadas por eles.

A vivência institucional, junto a equipe-guia no serviço, possibilitou que esse corpo cartógrafo sentisse os entraves e limites produzidos, fosse pela demanda referente

à falta de estrutura física do serviço, fosse pela falta de materiais para realização de atividades. Mas também foi possível vivenciar as linhas de fuga produzidas diante dessas situações, fosse pela disponibilidade da equipe-guia e dos profissionais de produzirem espaços de cuidado para além das salas/consultórios, fosse pelo uso do brechó do serviço enquanto dispositivo de produção de cuidado, mas também de provimento financeiro para se conseguir os materiais não disponibilizados pela gestão, mas que se faziam necessários para o serviço.

5.1.2 O SUS em Londrina: a Unidade Básica de Saúde como cenário de prática

As 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município estão divididas em seis regiões - Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro e Rural (LONDRINA, 2018), sendo que ambos os serviços que eram cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL localizavam-se na Zona Sul de Londrina. O serviço em que a equipe-guia estava ainda tinha como características ser distante do centro, porém com ponto de ônibus na porta, mas com uma ladeira que torna o acesso a pé ou de bicicleta uma verdadeira atividade física de alta resistência.

Zona de alta vulnerabilidade social, muitas casas, a maioria muito próxima uma a outra, poucos muros, uma clara visibilidade da expansão periférica da cidade. Essa é a cena de chegada e não por acaso esses eram os serviços. Havia uma aposta da gestão do programa de que a residência ocorresse em territórios, e, conseqüentemente, nas unidades de maior vulnerabilidade.

O cenário de prática da RMSF/UEL tinha como referência em uma unidade mista, que é Unidade Básica de Saúde (UBS), mas também é Pronto Atendimento (PA). Funcionava de segunda a sexta, das 7h às 19h, sendo que o PA estende até as 23h. A UBS contava com três Equipes de Saúde da Família (ESF), uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A Saúde da Família não me era uma completa estranha, mas também não tinha uma familiaridade tão grande, quanto com a saúde mental. Nos tempos de residente,

tinha atividades fixas na UBS que era referenciada pelo CAPS em que atuava e também tive um estágio obrigatório de um mês na atenção básica, além das leituras e dos atendimentos que passei enquanto usuária.

Mas um estranhamento logo inicial que tive nessa primeira semana com relação ao serviço foi ao fato do Pronto Atendimento no mesmo lugar da UBS e em como isso poderia reverberar nos processos de trabalho.

(Afecções relatadas no diário de campo em 02 de julho de 2017)

As reverberações pelo fato da unidade ser mista nos processos de trabalho da equipe-guia não foram sentidas tão diretamente, já que as atividades delas eram exclusivamente referentes à UBS e seus usuários. Tanto que durante o período das experimentações, não foi relatada ou realizada qualquer atividade referente ao Pronto Atendimento. Porém, os atravessamentos em termos de estrutura física e dos entendimentos dos profissionais do PA sobre o que era a residência, se fazia presente no cotidiano.

Enquanto os residentes que compunham o NASF no serviço eram referência para todas as equipes da unidade, as residentes dos núcleos de enfermagem e de odontologia ficavam vinculadas à uma ESF e a uma ESB, respectivamente. Além disso, as equipes se configuravam de acordo com a equipe mínima estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

As duas enfermeiras-residentes dividiam o território de assistência de uma das ESF com um enfermeiro da unidade. Essa equipe era composta, portanto, por médica, enfermeiro(as), auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

As duas dentistas-residentes compunham a ESB, junto com o dentista do serviço e as auxiliares de saúde bucal. Capturadas pela alta demanda de saúde bucal no serviço, o espaço que elas mais ocupavam acabava por ser os consultórios odontológicos. Mesmo assim, era possível produzir alguma linha de fuga, quando elas, por exemplo, facilitavam o grupo de tabagismo que acontecia em um equipamento social do território.

Sobre a organização da ESF a qual as residentes do núcleo de enfermagem eram vinculadas, o microterritório foi dividido em dois, sendo um de responsabilidade das residentes de enfermagem e o outro de responsabilidade do enfermeiro do serviço. Essa

divisão do território pelo núcleo de enfermagem não significava que não havia interlocução entre os profissionais desse núcleo, e entre elas e os demais profissionais, havendo inclusive disputa de projetos de cuidado.

A equipe de ESF composta pela residente era a única do serviço que fazia reunião semanal, que contava com a participação de profissionais de enfermagem, ACS e NASF, sendo que nem sempre todos os profissionais-residentes desse último conseguiam participar, principalmente, por conta das agendas de atividades. Espaço que mesmo precarizado por não ter local disponível na unidade para sua realização, mas que possibilitava troca entre os profissionais sobre as situações dos usuários do território.

Santa Cruz et al. (2014) apontam a reunião de equipe como uma estratégia de gestão coletiva do PSF. Essa reunião tinha potencial para ser um dispositivo de educação permanente, pelo menos dessa equipe do serviço, pela possibilidade que ela abria espaço, no qual “o processo de trabalho é tomado como objeto da reflexão participativa e ativa pelos trabalhadores” (FEUERWERKER, 2014, p. 97), entendendo que no processo de trabalho, a produção do cuidado é um importante analisador.

Para além da divisão dos residentes que compunham a ESF e a ESB do serviço, todos os outros residentes configuraram-se como equipe NASF do serviço, sendo referência exclusiva daquele serviço, isso já é bem diferente do que normalmente acontece no próprio município, quando a equipe NASF referência mais de uma unidade básica de saúde.

A PNAB (2012) indica que as equipes NASF “fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais” (p.69), portanto, elas são constituintes da unidade, apesar de, por vezes, não serem referência exclusiva de uma única. Porém, apesar de não ser um prédio físico, independente, havia, no caso, a necessidade de um espaço para a equipe NASF no serviço. Não somente para seus atendimentos, mas para seus próprios encontros.

As experimentações no campo fez perceber “a mesa do fundo” como um potente dispositivo de encontro. Ela ficava na parte de trás da unidade, próxima aos banheiros, à sala dos ACSs e da copa. Era o lugar onde se faziam as refeições, mas que durante boa parte do dia era o espaço, principalmente, do NASF na unidade, ou seja, de boa parte dos residentes da equipe-guia.

As profissionais da Enfermagem e Odontologia que compõem a equipe-guia também aparecem por lá, mas elas ficam muito mais nas salas de atendimentos do serviço, mas ainda sim estão presentes lá também. Mesmo na informalidade, aquele espaço se tornou uma produção de troca entre a equipe-guia, principalmente, mas em alguns momentos também com a própria equipe do serviço, inclusive, era nela que eu mais presenciava haver conversas entre os residentes e os profissionais do serviço. A mesa, com toda sua precariedade e informalidade, era um espaço de produção de encontro.

Das visibilidades produzidas nesse contexto, a primeira é que há vários entraves entre o serviço e a residência, produzidos de diversas formas. Desde um estremecimento das relações interpessoais (residentes e equipe do serviço), a não ocorrência das reuniões de equipe, no serviço como um todo, o não acontecimento do matriciamento, até mesmo a captura que o serviço tem pelos atravessamentos do Pronto Atendimento.

Apesar de uma forma geral haver comunicação e atividades em que tanto os profissionais do serviço (os de nível superior e os ACS), quanto os residentes participam, há pouca ou nenhuma comunicação entre eles. Os efeitos disso era um isolamento da residência dentro do serviço e a captura da Atenção Básica, nesse contexto, pela lógica gerencialista.

Motter (2007), ao apresentar a estruturação da estratégia de saúde da família em Londrina, aponta que em 2001 a gestão municipal adotou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de organização da rede de atenção básica, sendo que este um caminho optado pela gestão, mas que teve muita participação dos trabalhadores e usuários para sua construção.

Domingos (2012) citando Gil, Martin e Gutierrez (2001) afirma que houve destaque na implementação da rede de atenção básica de Londrina, por sua estruturação de ações e serviços ter acontecido juntamente com Universidade (UEL), o que proporcionava parceria entre o município e a academia.

Essa relação construída na implementação da rede de atenção básica no município, no início dos anos 2000, muda de cena no contexto atual. Desde o início do campo de pesquisa, havia o projeto de mudança dos cenários de prática, nos dois serviços em que a residência se encontrava, porém, na UBS que a equipe-guia se encontrava, essa situação acabou se concretizando antes do fim do ano, pois havia uma disputa interna forte dentro

do serviço, no qual a residência acabou ficando no meio dessa disputa. Um arranjo que estava organizado para ser processual, porém, por vários atravessamentos, se tornou emergencial.

Os tensionamentos em Londrina eram muitos.

Muitas incertezas entre a residência e o serviço.

Nessa semana que vim para o município, tinha em mente uma opção e duas possibilidades: levar uma mochila com roupas para cinco dias e aí sentir qual seria a situação. Se iria embora no dia seguinte e mudaria o projeto inicial do Mestrado ou se iria ficar a semana inteira e já aí iniciar o campo de pesquisa.

Seriam escolhas só possíveis de serem feitas após viver e sentir um pouco da realidade, e não só ficar no(s) discurso(s) do(s) outro(s).

A questão que se fez presente em muitos momentos nesses últimos dias foi:

Será que ainda vale a pena continuar aqui enquanto campo da pesquisa?

A resposta acabou sempre sendo que sim.

No fim da semana, após ir vivendo cada dia de uma vez, a aposta foi de continuar em Londrina.

E a questão produzida foi outra:

Quem disse que não se produz comum na tensão?

(Afecções relatadas no diário de campo sobre a semana de 22 a 27 de outubro de 2017)

5.1.3 Preceptoría e a constituição de um sujeito-interseção²² do processo de formação nos serviços

A figura do preceptor de campo/supervisor, que segundo Steinbach (2015) caracteriza-se enquanto “um profissional do serviço, que possui ao menos uma

²² Intesseeor utilizado por Merhy (2002) para “designar o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é o produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e no qual os inter se colocam como instituinte na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (p.50 / nota de rodapé)

especialidade, e que é responsável por auxiliar o residente durante a duração do programa” (p.17), também é um exerce a mediação não só da relação entre residentes e a equipe do serviço, que não é automática ou “natural”, mas também da instituição formadora e o serviço, e tem um importante papel de comunicação, que envolve também disputas.

O diálogo entre a Universidade e o serviço no caso da residência, eu vejo que acontece somente através do preceptor. Não tem um espaço que a Universidade vem ao serviço ou tenha alguma passagem, enfim, alguma conversa com o serviço que não seja através das supervisões, em que eles vão, as residentes e o preceptor (Coordenadora do serviço de Santos).

A entrada, permanência e saída dos residentes dos serviços de saúde exige um certo trabalho. Inclusive, a emergências de conflitos acontece muitas vezes, por diversos motivos, dentre eles o não entendimento da equipe de que os residentes também são trabalhadores, e não estagiários que estão ali para serem acompanhados ou para acompanha-los, ou por uma visão de que os residentes são trabalhadores privilegiados, seja pela questão financeira (em muitos municípios a bolsa de residência é superior aos salários dos profissionais) seja pela não exclusividade do residente de estar no serviço as 60h (haja visto os momentos de atividades teórico-práticas e teóricas).

Você está lidando com profissionais formados, é diferente. Tem que ter um outro olhar e uma outra forma de lidar, não é um estudante. Acho que isso é importante, isso tem que ser considerado (Preceptor RMRAPS/UNIFESP).

A vivência entre residentes e trabalhadores é ali, o tempo todo, eles não vão apenas por alguns turnos para o serviço. A intensidade com que a residência atravessa os serviços produz tensionamentos muito mais rápidos do que, por exemplo, a graduação, sendo isso um produto do encontro cotidiano entre trabalhadores do serviço e equipe de residentes. Isso produz também disputa de projetos. Portanto, nos programas de residência existe esse ator, o preceptor, que se ocupa disso.

As produções sobre o papel da preceptoria a configura de diferentes formas, sempre retratando como se constitui essa função nos programas de RMS (PARENTE, 2008; BARROS, 2010; PAGANI e ANDRADE, 2012; STEINBACH, 2015). E não seria

diferente nos campos da pesquisa. E uma similaridade em ambos os programas é que não há a figura do preceptor de núcleo, essa função docente assistencial é cumprida de acordo com a área específica de atuação, no caso a saúde da família e a saúde mental, e não pela especialidade da categoria profissional.

No programa de RMRAPS/UNIFESP, o preceptor de campo era um profissional que por muitos anos atuou na Assistência Social e estava a pouco tempo no campo da saúde, mas que participou de todos os espaços de formação (as supervisões/atividades teórico-práticas de segunda-feira) em que eu estive presente junto com a equipe-guia e demonstrava interesse em estar nesse lugar. Ele chegou a relatar que desde o período em que estava na Assistência Social já exercia função de preceptor de estágio nos serviços em que atuava.

Eu sempre entendi e compreendi que essa interlocução entre as ações do Estado e a academia era fundamental. Propicia a produção de conhecimento, oxigena as práticas, evita que o profissional que está na ponta se acomode...

(Preceptor RMRAPS/UUEL)

A cena em Santos é que ao mesmo tempo que há uma boa integração com a equipe do serviço, percebe-se que há um certo fechamento entre si do trio de residentes. É nessa função que a preceptoria muitas vezes se ocupa, de produzir esse diálogo e integração entre a equipe-guia e o serviço, mediar a relação.

Além disso, um dos arranjos produzidos pela própria gestão do programa é que a preceptoria que tem que ser de uma das três categorias profissionais que fazem parte da residência (psicologia, terapia ocupacional e serviço social), apesar da preceptoria ser de campo, esse arranjo, apesar de não ter sido presenciada qualquer cena nesse sentido, possibilita que o preceptor possa dar algum suporte referente ao núcleo.

Já no programa de RMSF/UUEL, a função de preceptoria é exercida por uma supervisora de campo, que também é coordenadora da Unidade e que já está há um bom tempo na rede municipal. Porém, com o acúmulo de função, por essa unidade ter a especificidade de ser uma UBS e um PA, muitas vezes não conseguiu cumprir essa mediação entre residentes e equipe. Produção de relações fragilizadas e de afastamento.

Sobre a relação entre a residência e o serviço.

Essa é a parte mais difícil. É uma parte que a gente tem que trabalhar muito ainda, porque as equipes só têm a ganhar trabalhando junto [...] Mas com relação aos servidores que trabalham dentro da unidade, eu acho que tem um relacionamento bom, que falta muita coisa ainda, que a gente precisa trabalhar em cima disso. Mas a equipe (de residência) é muito nova, uma coisa assim que aconteceu faz dois anos e vem crescendo. Há alguns problemas quanto a estrutura, há algumas coisas que alguns profissionais não aceitam, mas tudo isso eu acho que é do processo de trabalho (Supervisora de campo da RMSF/UEL e Coordenadora do Serviço)

Nesse caso em específico, o programa também conta com o tutor de campo, no caso da equipe-guia eram dois tutores de campo vinculados à UEL, que compareciam ao serviço semanalmente, para a realização das rodas de campo, que acaba também cumprindo uma certa mediação no serviço, inclusive entre a preceptora/coordenadora do serviço e os residentes.

Se por um lado a Resolução CNRMS nº2, de 13 de abril de 2012 determina competências para a preceptoria (BRASIL, 2012), por outro ela vai se produzindo e conformando cotidianamente nos serviços. Assim, apresentar o preceptor enquanto sujeito-interseção desse processo significa que entendemos ele enquanto sujeito implicado no encontro produzido pelas relações residente-serviço, serviço-universidade, universidade-residente, universidade-secretaria. A preceptoria, podemos dizer, é a construção micropolítica de espaços de mediação no processo de formação das RMSs.

5.2. OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: que roupa veste cada um deles

Trazer os programas como analisadores da produção do comum nas residências multiprofissionais em saúde é partir do entendimento de que, como afirmam Rossi e Passos (2014),

toda análise é uma Análise Institucional, seja no consultório ou nas organizações, afirmando-se a indissociabilidade entre teoria e prática, entre campo de intervenção e campo de análise, entre forma instituída e processo instituinte (p. 177)

Portanto, analisar os programas de RMS é pôr em cena processos instituídos (sua forma já existe) e instituinte (sua forma criada), sendo que, segundo Gauthier e Sobral (1998), este último “produz e reproduz as relações de poder atuais, falsamente consideradas ‘normais’, ‘naturais’, apesar de pertencer a um momento histórico definido” (*apud* LOBATO, 2010, p. 57). Portanto, discutir entre o instituído e o instituinte é possibilitar a potencialidade do deslocamento.

Assim, para falarmos das roupas que os programas da RMRAPS/UNIFESP e da RMSF/UEL vestem, utilizamos os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos respectivos programas, mas também os encontros produzidos na vivência institucional em cada um deles.

5.2.1 O Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da UNIFESP Baixada Santista: entre o instituído e o instituinte

Apresentamos a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), originária da Escola Paulista de Medicina, que foi fundada em 1933 e localizada no município de São Paulo, foi federalizada em 1956. A partir de 2005, a UNIFESP passar por um processo de expansão, com a ampliação de campi, denominados de Baixada Santista, Diadema, Guarulhos, São José dos Campos e Osasco (UNIFESP, 2017).

Possui cursos de graduação e pós-graduação (*stricto e lato sensus*), dentre os quais 17 programas de residência multiprofissional em saúde, vinculados à Pro-Reitoria de Extensão e Cultura, (UNIFESP, 2017b). Dentre eles, está o Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (RMRAPS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, que iniciou sua 1ª turma em 2015, formando em março de 2017. A Residência se conforma com as graduações existentes na UNIFESP Baixada Santista (por isso serem profissionais da psicologia, serviço social e terapia ocupacional, e não ter da enfermagem).

Este programa foi criado a partir da demanda da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos, devido às diversas experiências que município já tem com a UNIFESP (principalmente, com a graduação, conforme explicitado no item 1.4.2), sendo objetivo

da RMRAP “formar profissionais sintonizados com as necessidades do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental e preparados para produzir novas respostas aos desafios cotidianos dos serviços da rede de atenção psicossocial” (UNIFESP, 2017c).

Segundo o Projeto Político Pedagógico do programa, a RMRAPS “contará com um planejamento de ações que venham ao encontro das Políticas e Programas municipais de saúde visando à reorganização da Rede de Atenção Psicossocial”¹² (UNIFESP, 2017c, s/p), sendo, portanto, potencializado não só o processo formativo dos residentes, mas o programa serve como importante estratégia de fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Santos.

O Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial tem como cenário de prática a RAPS de Santos, que conta, atualmente, com “5 NAPS III, 1 Seção de Reabilitação Psicossocial, 1 Seção de Apoio ao Toxicodependente, 1 serviço de atendimento ao adolescente, 3 Centros de Valorização da Criança, 1 lar abrigado, 1 consultório de rua” (UNIFESP, 2017c).

O processo seletivo deste programa envolve as categorias profissionais de Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Até o ano de 2016, os editais de seu processo seletivo de ingresso contavam com 6 vagas, sendo duas para cada uma das profissões, entretanto, a partir do edital de 2017, turma que faz parte a equipe-guia acompanhada, houve ampliação de vagas para 9, sendo 3 para cada categoria (UNIFESP, 2016). Nove residentes divididos em três duplas e um trio, distribuídos em quatro NAPS do município. Assim, a equipe-guia acompanhada compõe a 3ª turma do programa.

Uma das apostas do programa é que a residência (as equipes – duplas ou trio) se conforme de acordo com a dinâmica do serviço, portanto, mais do que abrir portas, as equipes de residente, dentro dos serviços, devem potencializar aquilo que lá está acontecendo. Dessa forma, cada equipe se organiza de uma forma, muito atravessada pelos arranjos dos cenários de prática, que mudam bastante, mesmo sendo em um mesmo município. A proposição de fortalecer a rede de saúde mental do município ficou dita em uma das falas da coordenadora do programa, que deixa essa aposta bem clara:

Essa intenção clara que a gente tem, de não ser só um processo formativo, mas de ter uma contribuição efetiva para a rede. Isso é uma questão que atravessa

tudo... Porque as vezes a gente vê que a questão da formação fica meio em si mesma e não impulsiona (coordenadora RMRAPS/UNIFESP).

Os dispositivos pedagógicos da RMRAPS/UNIFESP são: as atividades práticas, vividas nos serviços, em específico no primeiro ano, nos NAPS de Santos, e onde foi passada a maior parte da vivência institucional com a equipe-guia, e, consequentemente, onde foram produzidas as cenas que trazemos; as atividades teórico-práticas, que são chamadas de supervisões (espaço que se traz as vivências nos cenários de prática, fazendo, por vezes, articulações com a teoria), acontecem semanalmente, durante um turno a tarde na UNIFESP Baixada Santista (se organizam da seguinte forma: 1 semana – R1 + preceptoria + tutoria; 2 semana – R1 + R2 + preceptoria + tutoria; 3 semana – R1 + R2 + tutoria; 4 semana – R1 + tutoria); e as atividades teóricas, que acontecem na UNIFESP São Paulo, em sua grande maioria da vezes, e são compartilhadas com os residentes multi do Hospital São Paulo.

Entender como isso ia se construindo no cotidiano das residentes foi possível em uma das idas a campo.

Nesse dia de me apresentar à coordenação do serviço, também foi possível acompanhar como a equipe-guia montava sua agenda. Primeiro colocando as atividades que eram ditas fixas: as supervisões, as segundas-feiras à tarde; as aulas do GAM²³, às terças-feiras à tarde, quinzenalmente; as aulas teóricas em São Paulo, às quartas-feiras; às atividades no brechó, terças-feiras, o dia inteiro; a triagem do serviço, às quintas-feiras; e os plantões, às sextas-feiras. Depois disso, as residentes iam conversando sobre as demandas que haviam e que precisavam ser atendidas (visitas domiciliares, visitas ou ligações institucionais, atendimentos de retorno com os usuários e/ou familiares que haviam sido acolhidos na triagem ou no plantão) e iam distribuindo nos “turnos livres” e negociavam os fins de semana em que iriam realizar seus plantões. Assim, ia se organizando, pelo menos em termos de agenda, os processos de trabalho e os formativos fora do serviço.

²³ GAM: Gestão Autônoma de Medicamentos

Curso que estava sendo ofertado pela UNIFESP campus Baixada Santista, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, para os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial e alguns profissionais da Atenção Básica. Os residentes participaram como facilitadores desse processo de formação.

(Afecções relatadas no diário de campo em 06 de outubro de 2017)

Com as experimentações no campo, foi possível entender e vivenciar como essa distribuição ia acontecendo no dia-a-dia da equipe-guia, incluindo, os momentos em que essa agenda demandava novos arranjos, mediante as intercorrências que iam acontecendo, fosse alguma situação do serviço, fosse o cancelamento de algumas dessas atividades ditas fixas.

Nas atividades práticas foi possível acompanhar o cotidiano do processo de trabalho da equipe-guia e como isso ia se constituindo enquanto processo formativo, o que incluía a problematização de situações em que as residentes necessitavam de um maior apoio dos trabalhadores do serviço, fosse tirando alguma dúvida no dia-a-dia ou nas reuniões de equipe, fosse realizando atendimentos conjuntos, fosse numa simples conversa durante o café.

A possibilidade de arranjos entre a equipe-guia e o serviço e sua gestão também se fazia presente, quando as residentes negociavam a carga-horária em serviço e o cumprimento de seus plantões, mas também quando em situações complexas, quando os trabalhadores, preceptoria e coordenação do serviço deram suporte às residentes.

As atividades teóricas e teórico-práticas, bem menos vivenciadas, foram repercutidas com maiores tensionamentos, não só pela equipe-guia, mas por outros atores que compõem o programa. Fosse pelos questionamentos sobre como esses espaços eram aproveitados pelos diversos atores que ali estavam, fosse pelo tensionamento existente quanto aos módulos transversais serem realizados em São Paulo e a implicações desse deslocamento e sobre como esses de fato contribuíam para a formação dos residentes.

5.2.2 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL: entre o instituído e o instituinte

A Universidade Estadual de Londrina (UEL), que “atua no ensino de graduação e de pós-graduação, na pesquisa e na extensão sob a forma de atividades presenciais e a distância, nas diversas áreas do conhecimento” (UEL, 2017), possuindo 65 cursos de

graduação e 73 programas de residência, vinculados à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, que inclui diversos na área médica, 5 programas uniprofissionais (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina Veterinária e Odontologia) e um multiprofissional, com ênfase em Saúde da Família (UEL, 2017b).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Universidade Estadual de Londrina (UEL) inicia sua primeira turma em 2007, “com a oferta de 13 vagas (cinco para enfermagem, duas para odontologia, duas para fisioterapia, uma para educação física e uma para assistente social) distribuídas em cinco USF de Londrina” (DOMINGOS, 2012, p.28). Em seu edital de ingresso para o ano de 2017, o programa ofereceu 10 vagas, que duas vagas para Enfermagem e Odontologia, cada, e uma vaga para Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social (UEL, 2016).

Carvalho, Lima e Baduy (2006) afirmam que, em 2005, “a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) surgiu em Londrina, a partir de uma demanda do serviço municipal de saúde no sentido de promover uma maior qualificação das equipes que atuam na atenção básica do município” (p.231), sendo, portanto, construída a partir da articulação entre a instituição executora e a instituição de ensino e tendo como perspectiva que a inserção dos residentes promovessem uma maior reflexão das práticas nos serviços, o que na vivência institucional foi destacando o tensionamento entre eles.

Essa relação entre o programa e a secretaria municipal, inclusive, e a aposta de fazer do processo formativo uma estratégia de fortalecimento da rede, se faz presente na fala da coordenadora do programa, que também retrata os limites disso:

A encomenda quando a gente foi pra lá foi para apoiar a coordenação (do serviço). Só que a gente deu apoio na medida da possibilidade que a residência tem de dar apoio (Coordenadora RMSF/UEL)

A RMSF/UEL tem como cenários de prática a rede de atenção básica do município de Londrina. A primeira turma deste programa foi inserida em cinco UBS da cidade, que foram escolhidas conforme os seguintes critérios, “maior complexidade da população atendida em relação às necessidades de saúde e situações de risco e maior carência por

profissionais de saúde” (DOMINGOS, 2012, p.29), elaborados entre a SMS de Londrina e a Universidade. O programa, inclusive, produziu a perspectiva de equipe NASF antes mesmo de sua criação, através da Portaria nº154/2008 (BRASIL, 2008).

Os dispositivos pedagógicos da RMSF/UEL são: as atividades práticas, que durante o primeiro ano acontecem exclusivamente na UBS, mas que no segundo toma-se outros espaços como campo de formação, como a regulação e o departamento de atenção básica (DAB) da SMS de Londrina; as atividades teórico-práticas, chamadas de reuniões de campo, que acontecem toda segunda-feira pela manhã, nos serviços e com a presença da tutoria de campo e os residentes e as supervisões, que acontecem às terças-feiras, em que todos os residentes e tutores participam (1 semana - referente a uma equipe; 2 semana - referente a outra equipe; 3 semana - tutoria de núcleo; 4 semana - reunião de todos os residentes do programa) ; e as atividades teóricas, que acontecem às sextas-feiras, na universidade.

Essa distribuição das atividades também se fazia presente nas agendas da equipe-guia. E aqui é necessário falar no plural, pois se por um lado esses dispositivos pedagógicos eram para todos, e em específico, as atividades teórico-práticas e teóricas tinham horários fixos, bem como a roda de residentes para planejamento das atividades não só semanais, mas também mensais, que era realizada no serviço às terças-feiras pela manhã, por outro, a agenda de atividades no serviço, ou seja, das práticas variava para cada residente. Cada um deles tinha uma agenda com os dias dos seus atendimentos individuais, com os horários dos grupos que facilitavam, com o dia ou dias em que estariam em atividade de formação promovida pela gestão municipal, e no caso dos R2, ainda haviam os dias em que estariam no estágios de gestão, no DAB.

A aposta do programa é de que no segundo ano, os residentes se envolvam mais com as questões da gestão, mas no cotidiano do serviço, quem mais se apropriou desse espaço foi a enfermeira da equipe, tanto que, por vezes, ela quem acompanhava a coordenadora da UBS em várias atividades não só dentro do serviço, mas também fora

A opção por configurar as equipes de residentes nos serviços com R1 e R2 produz tensionamentos entre eles, tanto pela diferença com que cada turma se configura, quanto pelo próprio momento na residência em que cada um se encontra. Esses tensionamentos foram ditos por alguns residentes, mas também sentidos no dia-a-dia.

Quando pela primeira vez escutei que R1 e R2 ficavam no mesmo serviço (de forma que se os R2 eram a psicóloga, a farmacêutica, a educadora física, uma enfermeira e uma dentista; e os R1 eram a nutricionista, a assistente social, o fisioterapeuta, a outra enfermeira e a outra dentista, no ano seguinte haveria inversão nessa composição) a ideia, à primeira vista, parecia ser muito tranquila, já que havia a situação em que os já não tão recém chegados residentes não ficariam só no serviço.

Mas nessa semana eu percebi que isso tem repercussões. Não é tão tranquilo assim. Existem tensionamentos, seja pela personalidade de cada um, seja pelo próprio processo que cada um está vivenciando. Se por um lado, os R2 já estão no fechamento de alguns ciclos, finalizando seus TCRs e realizando seus estágios na rede e os optativos, por outro os R1 estão querendo abrir as novas possibilidades e não têm as marcas que os R2 já produziram em seus corpos.

As disposições são diferentes mesmo.

(Afecções relatadas no diário de campo sobre a semana de 13 a 17 de novembro de 2017)

. Além disso, há disputas no programa dentro da própria universidade. Os tensionamentos existem, fazem presente na forma como a residência se configura e têm efeitos sobre o processo formativo dos residente. Tutores têm conceitos diferentes sobre o que deveria ser a residência, até mesmo porque se por um lado os tutores de campo são do mesmo departamento, e isso não significa dizer que eles compreendam a residência e se coloquem da mesma forma, por outro, os tutores de núcleo são de diversos departamentos da universidade, o que produz uma diversidade de compreensão sobre a residência ainda maior e, em alguns casos, ainda mais divergente.

5.3 A CONSTRUÇÃO DE PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO E A EQUIPE-GUIA: cenas da Saúde Mental e da Atenção Básica.

Se por um lado a Atenção Básica²⁴ (AB) e a Saúde Mental (SM) se constroem de formas diferentes no campo da Saúde Coletiva e na construção do SUS, o processo de formação nesses campos também se dá de forma diferente, produzindo cenas distintas, tendo tensionamentos, forças, disputas e efeitos singulares.

Dessa forma, queremos discutir as cenas construídas pelas equipes-guia e analisar os dispositivos de produção do comum em cada uma delas, entendendo por dispositivo que estes são

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 2015, p. 364).

Ou seja, estamos chamando de dispositivos de produção do comum construções de ditos e não-ditos, produzido por elementos heterogêneos e alicerçados pelo saber, o poder e os processos de subjetivação, e que requerem análise. Entendendo, então, que o que as equipes-guia fazem no cotidiano (suas ações/atividades) fazem parte do comum e o visibilizam, produzem agenciamentos, mas não o são por si só.

Hardt e Negri (2014) afirmam que “as singularidades interagem e se comunicam socialmente com base no comum, e sua comunicação social por sua vez produz o comum” (p.258), sendo o processo de subjetivação produzido nessa dinâmica de interação entre a singularidade e cooperação.

Assim, evidenciamos aqui dispositivos de produção do comum que não foram pré-concebidos ou escolhidos logo no início da pesquisa, mas que foram produzidos no encontro com as equipes-guia e as suas relações com todos os atores que participam do processo formativo, com os agenciamentos produzidos no processo formativo.

5.3.1 Dispositivos de Produção do Comum na RMRAPS/UNIFESP

²⁴ Optamos por utilizar o termo Atenção Básica ao longo do texto, entendendo que há distinções entre esta e a Atenção Primária à Saúde.

Se por um lado o campo da saúde mental, com as mudanças estabelecidas após a promulgação da Lei 10.216/2001, “vem sendo um espaço, por excelência, para o desenvolvimento de novas formas de cuidado, novas formas de colaboração interprofissional, e, sobretudo, geradora de novos modelos de atenção e funcionamento institucional” (FURTADO e CAMPOS, 2005, p. 115), podemos discutir que esse é um campo que necessita de produção de novos dispositivos em seus processos formativos.

E aqui, buscamos não somente apresentar, mas analisar aqueles que foram construídos ao longo da vivência no campo. Apesar da equipe-guia ser a voz implicada do processo de pesquisa, na RMRAPS/UNIFESP, os atravessamentos do cenário de prática no processo de formação fazem com que falemos de dispositivos de produção do comum não só das residentes, mas também do próprio serviço.

Luta Antimanicomial e a Desinstitucionalização

A luta antimanicomial marca, de um modo geral, não só a equipe-guia, nem somente os residentes do programa, mas todos os atores que compõem o programa (coordenadores, tutores e preceptores), bem como é uma forte marca da equipe de profissionais do cenário de prática da equipe-guia, mas isso não significa que essa marca seja igual em todos eles.

Não só enquanto movimento social, mas enquanto um modo de produzir cuidado e romper com estruturas que foram hegemônicas no campo da saúde mental durante muitos anos, a luta antimanicomial atravessa o processo formativo dentro da residência não somente pelas perspectivas individuais de cada um que a compõe, mas até mesmo pela aposta institucional de constituir como cenário de prática os serviços da rede substitutiva.

A interdição e fechamento do Anchieta no fim dos anos de 1980, a construção da rede substitutiva em Santos (anterior à Lei 10.216/2001), a escolha dos NAPS como cenários de prática durante o percurso do primeiro ano RMRAPS/UNIFESP são apostas institucionais que potencializam não só nos residentes, mas a todos os atores supracitados, uma lógica de desinstitucionalização, que segundo Alverga e Dimenstein (2006),

“necessita da desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista problema-solução, processo que atribui nexos causal entre o diagnóstico e prognóstico, entre doença e cura, exclusão e reinserção” (p.304).

Essa potencialidade também se faz presente por, como já dissemos, alguns profissionais do serviço estarem na rede desde os tempos de fechamento do Anchieta e terem participado desse processo. Bem como pelo fato dos tutores do programa terem participado da construção da rede de saúde mental de Santos.

Entendendo que desinstitucionalizar não é somente fechar os hospitais psiquiátricos, mas também mudar a própria perspectiva que usuários, profissionais, famílias e a sociedade têm do que seja a loucura. Kinoshita (2009) afirma que “o processo de desinstitucionalização passa pelo processo de aprender a negociar, discutir, de desenvolver e criar pontos de vista comuns, de constituir interesses comuns que permitam a cooperação dos indivíduos no cotidiano da instituição” (p.6). Assim, o desinstitucionalização que discutimos nada tem a ver com “alta do serviço”, mas com um modo de produzir encontro com os usuários de uma forma a não subjuga-los.

E no cotidiano do NAPS (não só restrito a equipe-guia, mas contemplado a todos os profissionais do serviço, cada um a sua forma), a construção de atividades compartilhadas, sem serem tomadas pelos núcleos profissionais, os grupos, as triagens e plantões, o brechó (o espaço menos institucional por dentro do serviço, mas uns do que mais produzia encontro, troca, conversa), o movimento que os usuários têm por dentro do serviço, a realização de atividades por fora, como por exemplo, alguns dos plantões de fim de semana da equipe-guia, na qual elas foram com usuários do serviço para a praia ou para o jogo de futebol, o respeito por cada um dos usuários e suas diferenças, ao serem reconhecidos por seus nomes, o cuidado de não impor a eles um modo de ser/viver e de buscar entender a necessidade de cada um deles são formas de não produzir ali o que Machado e Lavrador (2006) chamam de desejos de manicômio, que “se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar” (*apud* Alverga e Dimenstein, 2006. p.300).

Tanto nas conversas com a equipe-guia e naquilo que elas diziam, quanto no modo como as residentes se colocavam diante das situações com os usuários, mesmo nas de crises, o posicionamento nunca foi de exercer controle sob os usuários, tanto que, a

exceção do uso do banheiro dos funcionários e da copa, os usuários circulavam em todos os espaços do serviço.

O controle era que a equipe-guia tomava muito cuidado. Um exemplo disso, inclusive, foi em uma situação de crise de um usuário que estava em acolhimento institucional/integral, na qual houve a necessidade de fazer a contenção mecânica²⁵ do mesmo. Mesmo que esta tenha sido realizada de forma cuidadosa e supervisionada pela equipe do serviço, a situação em si gerou um desconforto na equipe-guia, verbalizado por elas de diferentes formas.

Cada residente da equipe-guia era de uma categoria profissional, era formada por uma instituição diferente e tinha sua forma de lidar com as situações. Mas havia algo em comum entre elas, os profissionais do serviço, a preceptoria e os tutores: produzir um cuidado em liberdade. Em nenhum momento durante as experimentações pode ser vivido algo que dissesse ao contrário.

Algo que marcou a vivência foi justamente o modo como a equipe-guia facilitava o espaço do brechó, que, segundo relataram, por muito tempo havia ficado fechado no serviço, por não ter um técnico que se responsabilizasse por ele. Com a chegada da residência, elas tomaram pra si a responsabilidade do espaço.

O brechó se constituía de doações, principalmente, de roupas, sapatos e vinis feitas tanto pelos profissionais do serviço, quanto pelos usuários e seus familiares. Essas doações eram vendidas a preços simbólicos e os valores arrecadados eram revertidos em suprimentos e matérias para a realização de atividades.

Toda terça-feira o brechó funcionava. Não por acaso, esse era o dia da consulta médica e dia de maior movimento de usuários no serviço. Apesar da “responsabilidade” da equipe-guia por aquele espaço, elas buscavam construir uma forma para que os usuários se apropriassem dele, tanto no que concerne ao espaço físico, de forma que sempre tinha algum usuário do serviço por lá, fosse comprando, lendo um livro ou apenas batendo um papo, quanto no próprio cuidado do espaço. A ideia que elas tinham é que aquele deveria ser um espaço dos usuários, que eles cuidassem.

²⁵ Utilização de faixas de contenção para que o usuário ficasse fixado ao seu leito.

E assim, em todas as terças-feiras que o brechó estava aberto, a equipe-guia ficava responsável por abrir e fechar a sala, mas elas buscavam sempre que pelo menos um dos usuários do serviço, principalmente os que estavam em HD naquele dia (já havia, inclusive, algumas usuárias que cumpriam essa função e já estavam bem familiarizadas com o brechó), ficasse responsável por fazer as vendas, receber as doações, cuidar do espaço físico (como no dia em que choveu e foi preciso reorganizar a sala e limpar as partes que molharam), prestar conta ao final do dia.

No brechó, usuários e profissionais se produziam de forma semelhante. Não havia distinção (se era profissional, usuário ou familiar) entre quem podia comprar, não havia hierarquia sobre quem podia ficar responsável pelas vendas, os usuários não eram reduzidos ao seu CID²⁶ e a autonomia imperava naquele espaço.

A luta antimanicomial também se produz enquanto militância no RMRAPS/UNIFESP, o que inclui a participação dos residentes em espaços “por fora” do que o programa de residência traz como atividade sua. Não só as residentes que compõem a equipe-guia, mas os demais residentes do programa, cada um a seu modo, se produzem enquanto sujeitos militantes. A organização para ida ao Encontro de Bauru, em dezembro, tão relatada não só pela equipe-guia, mas também por outros residentes do programa; a participação na Caravana da Luta Antimanicomial, promovida pelo CRPSP, em outubro; a implicação nas reuniões do Fórum da Luta Antimanicomial na Baixada Santista, ao longo do ano são alguns dos espaços ocupados pelos residentes, não somente por ativação do processo formativo, mas também por desejos/interesses pessoais, são opções ético-políticas escolhidas.

As situações vivenciadas nos espaços de militância aconteceram antes do período de vivência institucional e só puderam entendidas pelos relatos das residentes. A exceção foi o Encontro de Bauru. Esse, apesar de só acontecer no início de dezembro (período em que não estava mais em campo com a equipe-guia) estava sendo vivido antes mesmo do evento acontecer. O planejamento para ir, as expectativas quanto a estarem em um espaço histórico e que estava agitando tanta gente do país (profissionais, usuários, militantes,

²⁶ CID: Classificação Internacional de Doenças

Utilizado nos serviços de saúde mental para o diagnóstico dos usuários. Cada dita psicopatologia possui um código de referência.

familiares). O encontro mobilizava aos que iriam para lá e até mesmo aos residentes que não poderiam estar, por motivos pessoais, mas que gostariam.

O dispositivo que aqui elencamos produz o que Merhy (2004) chama de agir militante, não somente na participação em espaços instituídos de militâncias, mas também no cotidiano das práticas no serviço. Além disso, o próprio Projeto Político Pedagógico da RMRAPS/UNIFESP aponta que o programa visa não só formar profissionais qualificados ao SUS, mas a formação de pessoas críticas, “a que busque, em seus espaços de atuação profissional, social e política, a possibilidade de construir, coletivamente, soluções aos problemas que acometem tanto os/as usuários/as quanto os/as próprios/as trabalhadores/as da saúde” (UNIFESP, 2017c, p.7).

Cuidado

Ferreira et al. (2016) afirmam que “enquanto processo inventivo, o cuidado deve se afirmar como uma experiência radical de (re)invenção da saúde que considera as apostas dos sujeitos sobre suas existências” (p.96). E é sobre essa inventividade e a produção de tecnologias de cuidado que queremos falar aqui.

A história do NAPS, que é cenário de prática da equipe-guia, produz um serviço que se constrói com diversas atividades em grupo, que funciona como Hospital Dia (HD) e na qual os profissionais não ficam “presos” aos seus núcleos. E o que quero dizer com o “preso” é que os profissionais constroem uma clínica que não fica restrita especialidade da categoria profissional, mas que se caracteriza por uma aposta psicossocial de cuidado. Assim, no NAPS não havia atendimentos de psicologia, de terapia ocupacional ou de serviço social. Os atendimentos, tidos como individuais, são realizados por todos os profissionais de nível superior, eram distribuídos em triagem, para os usuários que fossem ao serviço pela primeira vez, e em plantão, para os usuários que já eram do serviço.

E essa é uma aposta do serviço que atravessa também as residentes. A aposta em no que entenderemos aqui como uma clínica psicossocial, que bem como aponta Vieira-Filho e Rosa (2011) é orientada “para o sujeito/usuário, singular e social, situado na prática de cuidados em rede social, em relação de poder contratual” (p.399), portanto,

práticas que, assim podemos dizer, fazem um duplo deslocamento: do cuidado da doença para o cuidado ao sujeito; dos saberes instituídos dos profissionais para as necessidades dos usuários. O próprio PPP da RMRAPS/UNIFESP manifesta que dentre os objetivos do programa está o favorecimento do cuidado em rede, integral e resolutivo na atenção à Saúde Mental (UNIFESP, 2018).

Um incômodo que se produziu em mim no início das experimentações do campo era de, ao lembrar das minhas experiências enquanto residente, achar que a equipe-guia fazia suas práticas muito por dentro do serviço. Isso gerava um incômodo em pensar que o cuidado só se dava por dentro do serviço. Porém, com o passar do tempo, e nessa semana, em específico, me foi possível perceber que apesar das atividades da equipe-guia se fazerem por dentro do NAPS, isso não significava que esse cuidado não produzia encontro ou que ele também não se fazia por fora (Afecções relatadas no diário de campo sobre a semana de 20 a 24 de novembro de 2017)

Nesse sentido, uma das cenas que mais chamou atenção foi produzida justamente por fora do serviço, e não só pelos residentes da equipe-guia, mas pelos demais R1 também do programa. Foi em um dia de curso do GAM, este já havia acabado e estava todo mundo indo embora de um dos prédios que compõem a UNIFESP *campus* Baixada Santista, quando uma situação chamou atenção: um homem contido por outros homens dentro de uma loja, aos gritos.

A situação estava visível para todos, tanto para quem passava na rua, quanto para quem saía da UNIFESP, mas foram os residentes quem toparam atravessar a rua e ver o que estava acontecendo ali. A primeira reação ao chegar na calçada da loja foi tentar ir observando o que ocorria. Logo em seguida, alguns deles foram tentando entender o que estava acontecendo, conversando com os trabalhadores da loja, enquanto outros iam se aproximando do rapaz e das pessoas que o estavam contendo e outros iam conversando sobre as possibilidades de como proceder ali (por exemplo, chamar ou não o SAMU).

Depois de um tempo de conversa, observação e discussão sobre possibilidades, duas das residentes foram conversar com o rapaz e as pessoas que estavam lhe contendo,

inclusive porque a forma como essa contenção estava sendo feita estava incomodando a todos. Entender o que de fato estava acontecendo foi o passo para descobrirem que o rapaz era um vendedor que sempre passava na rua da loja vendendo bombons e que naquele dia, por algum motivo, havia sido impedido de vender lá, o que acabou por, segundo relatos de quem estava lá, desencadear uma agressividade no rapaz.

Diante daquilo tudo que estava ocorrendo, os residentes foram se organizando. Duas ficaram mais à frente da situação (até porque já tinha muita gente em cima do rapaz). Foram conversando com o rapaz, tentando saber quem ele era, o que fazia, onde morava. Essa conversa fora o acalmando. Outra residente ia conversando com os trabalhadores da loja, uma outra ia tentando conversar com os rapazes que estavam contendo o vendedor.

Aos poucos a situação ia se acalmando. Já não havia mais gritos, nem contenção. Uma das residentes foi pegar água para o vendedor. Foi negociado com o dono da loja para que o rapaz pudesse vender os bombons para quem estivesse ali. E assim, ele foi oferecendo seus produtos. Ele vendeu e foi embora. Sem encaminhamentos pro CAPS ou para qualquer outro lugar. O cuidado fora feito ali mesmo.

Depois de tudo que havia acontecido e do rapaz já estar indo embora, chega a polícia (e não foram poucos policiais, pelo menos duas motos e um carro). Logo foi dito a eles que já não havia nenhuma situação e nem a necessidade de eles estarem ali. Foi esperado que o vendedor já estivesse longe da loja para que os residentes fossem embora. Mas essa chegada gerou um desconforto coletivo, verbalizada durante todo o caminho (iam todos embora juntos, pois haveria reunião de equipe naquele mesmo dia).

O cuidado, segundo Feuerwerker (2016), implica em encontro entre as diferentes pessoas (usuários, trabalhadores, etc.) e as diferentes instituições necessárias. Nesse sentido, a ética do cuidado foi orientadora, inclusive, das tomadas de decisões das residentes da equipe-guia em chegarem atrasadas ou faltar a uma aula para continuarem no serviço, atendendo aos usuários que lá estavam, mas também discutindo e compartilhando casos e o cuidado com a equipe do serviço.

Além disso, cotidianamente o cuidado se expressava também nas atitudes da equipe-guia com o outro no NAPS. Desde os “bom dia” que eram expressos pelas manhãs ao chegarem no serviço e os “boa tarde” ao saírem, como também ao saberem reconhecer os usuários pelos seus nomes, principalmente os que estavam em acolhimento

institucional/integral e os que fazem acompanhamento de HD e que comparecem com certa frequência ao serviço. Além disso, o conhecimento sobre a história de vida das pessoas, inclusive perguntando sobre “como estão as coisas” ou sobre alguma situação específica dos usuários, se faziam presentes cotidianamente. O cuidado se expressava não só nos atendimentos formais do serviço, como os plantões e triagens, mas também na forma como se acolhe o outro.

Feuerwerker (2014) aponta que “é na vida (na produção de vida e na vida concreta do usuário) que deve desembocar o processo de cuidado. Ou melhor, é no plano da vida e da produção de vida que o cuidado se efetiva” (p.107). E um exemplo disso foi vivido com uma usuária, que todos os dias comparecia ao serviço. Além de saberem seu nome, as residentes da equipe-guia já conheciam sua história, já tinham ido à sua casa, estabeleceram um vínculo potente com ela, tanto que quando ela não comparecia ao serviço, sua ausência logo era sentida.

E o cuidado com essa usuária se expressava de diferentes formas, para além do tratamento no serviço. Eram nos questionamentos sobre como estavam seus gatos, seu relacionamento amoroso e seu dia-a-dia, que muitas vezes iam possibilitando que elas fossem entendendo e compreendendo como ela estava e que, diante dessa escuta, elas fossem construindo com ela possibilidades de cuidado.

Em um dos dias vivenciados, as residentes logo perguntaram para essa usuária como as coisas estavam em sua casa, inclusive comentaram que fazia já um tempo que elas não iam lá. Foi a brecha para que ela contasse sobre como estava o acúmulo de materiais lá (posteriormente, elas relataram que essa usuária acumulava muito objetos e roupas em casa, de forma que por vezes, ficava impossível transitar por lá). Logo de imediato a equipe-guia ofereceu ajuda a ela, perguntaram se ela queria que elas fossem lá ajudá-la a organizar as coisas e a oferta foi prontamente aceita.

Construção de equipe

Algumas questões, logo de início, chamaram atenção no relato da coordenadora sobre os processos de organização do NAPS.

Os profissionais tinham suas profissões, mas eram reconhecidos não por elas, mas por serem técnicos do serviço.

Uma parte da equipe atuava durante a manhã e começo da tarde, enquanto outra parte trabalhava a tarde e começo da noite (esse regime de trabalho era reconhecido como plantão, o da manhã e o da tarde). Além dos profissionais que trabalhavam no período noturno no acolhimento institucional/integral.

Havia todos os dias no serviço uma reunião de equipe, de troca de plantão entre os profissionais que estavam saindo e os que estavam chegando no serviço, que iniciava 13h/13h30.

Me perguntei logo qual seriam os efeitos desse arranjo. E a dúvida que se fez foi se essa reunião de equipe era uma reunião burocrática apenas, como as estava tão acostumada nos serviços em que atuei.

(Afecções relatadas no diário de campo sobre o dia 06 de outubro de 2017)

A constituição da equipe multiprofissional preconizada pela Portaria nº336/2002 aponta que esta deve ser composta por uma equipe técnica com, no mínimo, dois médicos psiquiatras; um enfermeiro com formação em saúde mental; cinco profissionais de nível superior, que podem ser dos núcleos de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Pedagogia ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e oito profissionais de nível médio, que engloba técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

O NAPS cenário de prática da contempla essa formação mínima, mas isso não significa que essa conformação dê conta da demanda do serviço e não seja tensionada pela equipe e pela coordenação. Apesar disso, há um arranjo produzido no serviço que se organiza para que todos os dias, às 13h30 tenha reunião de equipe, como todos os profissionais (técnicos de níveis superior e médio, auxiliares, Acompanhantes Terapêuticos (AT), coordenação, administrativo). Esse momento é completamente resguardado, ocorrendo independente da coordenação estar presente ou não (normalmente, quando estava, era a coordenação quem puxava a reunião, mas em sua ausência, a equipe fazia um processo de cogestão).

Esse é um espaço para repasse de burocracias, mas também, para a “troca de plantão” (turnos de 6h no serviço / acontecimento no noturno). Mas também há muita

conversa sobre os usuários do serviço, principalmente, aqueles que estão com demandas mais emergentes (como aconteceu diversas vezes neste espaço um compartilhamento do cuidado entre os profissionais). Em muitos dos casos apresentados nesse espaço, a maioria dos profissionais acabava por falar alguma coisa, trazer alguma informação. Todos têm vez e voz, inclusive as profissionais-residentes. Essa reunião é um dispositivo de construção da equipe e do seu modo de operar o cuidado no serviço, potencializando o compartilhamento do cuidado. E foi em uma dessas reuniões que isso ficou mais visível.

Feuerwerker (2014) afirma que

A discussão coletiva de casos tem sido um dispositivo potente para identificar a complexidade dos problemas, tornando evidentemente necessário articular diferentes saberes e recursos na produção de projetos terapêuticos em defesa da vida. Quando provocados e desafiados pela complexidade das situações ampliam-se as possibilidades de os trabalhadores se mobilizarem a produzir equipe, pois nessas situações é que vale a pena o esforço da articulação e da interdisciplinaridade (p.109)

E, em uma das idas a campo, por uma série de intercorrências, acabou sendo iniciada a vivência das atividades em Santos apenas na quarta-feira, encontrando com os residentes na UNIFESP *campus* São Paulo, onde eles teriam aula teórica dos módulos transversais. Logo lá, a equipe-guia já se mostrara mobilizada por uma situação que havia ocorrido no serviço no início daquela semana: um usuário tentou suicídio no NAPS, utilizando a medicação de outros usuários, uma daquelas situações complexas, que produzem deslocamento.

A situação aconteceu mais próxima a uma das residentes, que vinha fazendo a escuta desse usuário, mas acabou mobilizando a todos os profissionais do serviço, tanto no momento em que isso aconteceu, quando foi necessária fazer a reanimação do usuário e o seu encaminhamento para o Pronto Socorro (PS) e na necessidade de cuidar dos demais usuários que estavam no serviço, quanto posteriormente, nos contatos com o PS para saber sobre a situação dele e nas discussões sobre como proceder com a situação.

Além disso, as reuniões de equipe da quinta-feira e, principalmente, da sexta-feira foram voltadas para as discussões e trocas entre a equipe sobre essa situação. No primeiro dia, uma conversa sobre como o usuário estava no PS e o repasse de que ele estaria retornando para o serviço naquele dia, de forma a ficar no acolhimento institucional/integral. Na sexta-feira, a reunião foi toda em torno da situação desse usuário, tanto para uma explanação para toda a equipe do que havia ocorrido, como para

se pensar em estratégias de cuidado desse usuário, mas também para ser realizado o cuidado da residente que havia presenciado a cena. Troca de opiniões intensa entre todos, profissionais do serviço e as residentes da equipe-guia.

O significado desse momento produziu como efeito, inclusive, a escolha da equipe-guia por não ir para a aula do GAM que haveria nesse dia para ficar na reunião até o final. De começo até se pensou em ir, chegar atrasadas, mas com o passar da reunião, foi se tornando mais importante para elas estarem ali, inclusive pois aquela havia sido uma semana intensa também no plantão e na triagem. Havia uma demanda das residentes da equipe-guia em estarem compartilhando com os profissionais do serviço o que tinha acontecido nesses atendimentos e também de pensarem em estratégias, junto a equipe, para cuidarem dos casos assistidos.

O aprendizado também é o aprendizado de trabalhar em equipe, de uma atuação interdisciplinar e isso se faz na troca com os colegas, a aprendizagem se dá assim também, na troca (Coordenadora do NAPS de Santos)

O modo como se conforma a equipe do serviço e a própria equipe-guia, mesmo aqui sendo chamada de equipe multiprofissional, não se encaixa na caracterização feita por Yasui e Costa-Rosa (2008), de que esta “está fadada a ser um apenas um agrupamento de profissionais de distintas áreas que ocupam o mesmo espaço físico” (p.32).

Não é a justaposição que marca as construções de equipe, nem no serviço nem na equipe-guia, mas os conhecimentos que cada profissional tem também são relevantes nessa construção.

Quando a coisa tá pegando mais, mais grave. Eu, por exemplo, eu gosto muito de chamar o profissional X pra gente atender junto. Porque ele tem um conhecimento específico que eu não tenho, clínico, que eu não tenho. Por vezes eu consulto com o profissional Y, também, porque o cara tem toda a sua formação na saúde mental (Preceptor da RMRAPS/UNIFESP).

Além disso, uma cena vivida nesse mesma semana foi quando uma das usuárias do NAPS, que está residindo em um serviço de acolhimento, foi deixada em um outro NAPS pelo transporte que a levava ao serviço diariamente. Como a equipe-guia estava

no plantão, elas ficaram responsáveis pela situação, mas a mobilização da situação acabou por envolver outros profissionais do serviço.

De início, ninguém sabia onde estava a usuária, só se tinha o conhecimento de que ela não havia chegado à aquele NAPS. Foi então que o auxiliar administrativo entrou em cena e foi fundamental para o desenrolar da situação.

Por ter o contato do motorista que trazia a usuária para o serviço, ele acabou descobrindo em que NAPS ela havia sido deixada. Assim, foi possível informar ao outro serviço o que tinha acontecido e articular junto com eles como fazer o transporte dessa usuária, já que nem um dos dois serviços estavam com carro naquele dia.

A equipe, portanto, não se restringe aos técnicos (profissionais de nível superior), aos técnicos e auxiliares de enfermagem, aos acompanhantes terapêuticos, às residentes e à coordenação do serviço. Todo trabalhador que se encontra no serviço faz parte da equipe, tendo potência para produzir cuidado nos encontros com usuários e familiares. Não é a sua categoria ou titulação que faz ser equipe, mas sim o modo como você se implica nos processos de trabalho.

Todo mundo faz gestão, todo mundo faz cuidado.

Todo mundo que trabalha no serviço é equipe.

Todo trabalhador pode produzir cuidado.

O que interessa nisso tudo? A implicação

(Afecções relatadas no diário de campo na semana de 08 a 10 de novembro de 2017).

Necessidades de saúde dos usuários

Quando a gente começou a produzir o exercício genealógico sobre a residência, uma das discussões que se fez sobre a genealogia é que seria cartografando que nós poderíamos sentir os efeitos dela.

Nas discussões sobre a residência multiprofissional, a gente colocou que a força que se apropriara dela era a necessidade de saúde dos usuários.

E aí, a questão que me ficou, após esses dois meses intensos de campo foi se será que essa força de fato se faz presente nesse processo formativo?
(Afecções relatadas no diário de campo em 01 de dezembro de 2017)

O primeiro ponto de conversa é porque optamos por chamar esse dispositivo de necessidade de saúde dos usuários, e não de Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo este último um dispositivo já instituído no campo da saúde mental. Apesar de entendermos que ele é não só um instrumento, mas tem a potencialidade de se uma estratégia de organização do cuidado (BOCCARDO et al., 2011), o PTS, mesmo enquanto processo de gestão do cuidado, compartilhado, apresenta limites, por ele ainda ser protocolar, mais voltado para a equipe do que pelo usuário.

Ao apontarmos aqui as necessidades dos usuários como dispositivos de produção do comum orientador das práticas, reafirmamos o posicionamento de Feuerwerker (2016) de apontar que a integralidade “seria tomar as necessidades de saúde dos usuários como referência para organizar o cuidado em saúde” (p. 36). E de uma certa forma, nas cenas que já foram trazidas, a questão da necessidade dos usuários sempre se fez presente na orientação das práticas da equipe-guia, como também dos profissionais do serviço.

Durante o período de experimentações do campo, o módulo teórico transversal era referente à gestão do cuidado e tinha como atividade a elaboração do PTS de um usuário do serviço. As aulas, que ocorriam em São Paulo junto com os demais residentes multiprofissionais da UNIFESP, que em sua grande maioria têm como cenário de prática o Hospital São Paulo, promoveram um destrinchamento do trio e das duplas. Os nove residentes da RMRAPS/UNIFESP foram divididos em três trios, de forma que os residentes que costumavam atuar juntos no serviço em Santos, não ficaram na mesma equipe nessa atividade.

A proposta do módulo, de elaboração do PTS de um usuário de um dos serviços que um dos componentes do, então, novo trio atuasse, produziu um deslocamento não só físico, mas também de como seria produzida a escuta desse usuário. Na apresentação de um dos trios, que tinha uma das residentes da equipe-guia, isso foi bem contado. O PTS produzido por elas não se baseava somente no que havia no prontuário do usuário do serviço. Elas entraram em contato com ele, promoveram encontros por fora do próprio

serviço, escutaram suas demandas e buscaram construir junto com ele estratégias que lhe fizessem sentido, sendo que algumas delas nem mesmo incluía o NAPS ou qualquer serviço de saúde.

Construir o cuidado assim, olhando para as necessidades do usuário não está dando nem posto. É projeto em disputa. Tanto que durante a apresentação das residentes da RMRAPS/UNIFESP, esse modo como elas produziram o PTS causou estranhamento nos demais residentes, que estão no hospital, que foram verbalizadas pelas perguntas feitas após a apresentação.

Além disso, a orientação para as necessidades dos usuários nas práticas cotidianas da equipe-guia se fez visível diversas vezes, fosse no entendimento de que era preciso mediar conversas entre familiares e o usuário do serviço, que vinha sofrendo abuso financeiro da família, ou de ir à casa do usuário para ajudá-lo a reorganizar o seu espaço, como relatado anteriormente, ou de acompanhar um outro em uma loja para comprar um eletrodoméstico para sua residência.

Ao falarmos da necessidade do usuário como orientadora do modo de operar o cuidado pela equipe-guia e pelos profissionais do serviço, não se está somente visibilizando a necessidade, mas qual entendimento de saúde produzido nessas cenas. A concepção de saúde, quando orientada pela necessidade dos usuários, extrapola o campo do biológico, ela “tem a ver com o estoque de recursos de que dispomos para levar a vida adiante da melhor maneira possível” (FEUERWERKER, 2016, p. 35). A necessidade do usuário do SUS, portanto, pode estar relacionada às mais diversas questões, que não exclusivamente o tratamento de uma doença.

5.3.2 Dispositivos da produção do comum na RMSF/UEL

A construção da cenas da RMSF/UEL apresenta não somente as singularidades de como é produzida a Atenção Básica no serviço, mas também pelo próprio momento de mudança de cenário de prática que o programa estava passando, de forma que a produção do comum lá estava acontecendo menos incorporada ao cotidiano, e acabando por se dar mais acidentalmente, sendo produzida em certas cenas e ficando mais visível

nas atividades e momentos que pedem mais articulação entre os residentes e, em alguns momentos, entre eles e a tutoria de campo, já que há dificuldade de diálogo e interação entre a equipe-guia e os profissionais do serviço.

Dar de cara com essa situação problematiza, inclusive, um dos motivos da escolha do programa de RMSF/UEL como campo de pesquisa. Se uma das justificativas para a aposta foi a relação da universidade com os serviços da rede de saúde do município, ao visibilizar uma produção do comum acontecendo de forma mais accidental do que incorporada ao cotidiano das práticas, É então defrontar-se com um outro modo de produzir comum no processo formativo, mas accidental do que incorporado ao cotidiano, menos explícito e mais sensível.

Essa questão se traduz bem em umas das primeira idas ao campo, ainda no período em que estava fazendo os convites aos residentes e demais atores do programa para que a pesquisa lá fosse realizada, quando ao falar sobre a pesquisa e o seu objetivo com os residentes do que estava-se projetando para ser a equipe-guia da RMSF/UEL, uma das frases que foi dita por um dos residentes foi “*se é que aqui tem algum comum*”. Essa é mais uma das frases que marcou o processo, e ao longo dele foi possível perceber que não é porque se faz tudo junto que se irá produzir comum, nem porque se faz separado, que não se irá... Produzir o comum não está dado, nem é produzido numa relação causa-efeito (se o cenário está bom, é produzido, se não está, não é), envolve disputas e tensionamentos e pode sim ser produzidos mesmo em cenários menos favoráveis.

Território

A ida à Londrina é cansativa.

Sair de São Paulo a noite, chegar aqui de manhã cedo e logo em seguida, com a mochila nas costas, já ir para a UBS não é fácil.

Hoje foi dia de me reapresentar aos residentes, agora fechar o convite para que eles fossem minha equipe-guia. E logo de início escutei aquela frase de um deles com uma certa dúvida se ali se produzia comum. Aquilo, de uma certa forma, me fez questionar logo de imediato se era ali que eu deveria continuar.

*Mas bastou ficar mais um pouco junto a eles, que o efeito dessa frase em mim
foi se desfazendo.*

*Mal havia chegado ali e logo fui convidada para fazer uma das coisas que eu
mais gosto: acompanhar os residentes no território.*

(Afecções relatadas no diário de campo em 28 de agosto de 2017)

O território é um forte dispositivo na construção da atenção básica, já que a perspectiva é que esta seja “desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas” (BRASIL, 2012, p.19). Na RMSF/UEL, ele também atravessa as práticas e o modo da equipe-guia se organiza.

Domingos (2012) afirma que “as equipes de saúde da família trabalham em um determinado território com toda a complexidade das relações sociais e econômicas estabelecidas nas suas áreas adscritas” (p.16). No caso da equipe-guia, as profissionais da ESF assistiam a determinadas micro áreas do território de referência da equipe, e os residentes que compõem a equipe NASF do serviço e as residentes do núcleo de odontologia assistiam aos usuários de todo o território de referência da unidade. Isso não significa que, por exemplo as profissionais de enfermagem não participassem de atividades com usuários de outras equipes, como quando eram convidadas pela educadora física a participar da facilitação do grupo de atividade física que era aberto à comunidade.

Assim, não somente nas visitas domiciliares ou nos grupos que eram realizados em outros equipamentos sociais presentes ali, o território se fazia presente no cotidiano da equipe-guia, não somente enquanto território físico ou de abrangência, mas também enquanto território de cuidado. Isso produziu questionamentos...

Como a equipe-guia compreende esse território?

Como eles constroem o território?

Qual o entendimento e como eles se relacionam com o território?

(Afecções relatadas no diário de campo em 28 de agosto de 2017)

Essas questões foram se respondendo ao longo das experimentações. Numa das primeiras cenas vivenciadas junto a equipe-guia, a situação que emergia naquele

momento era o tensionamento produzido pelo fato de que um dos locais que era cedido para a realização do HiperDia²⁷, em uma das micro áreas de referência das enfermeiras-residentes, numa localidade mais distante e de mais difícil acesso à UBS, ficou impossibilitado de realizar atividades.

A demanda para que a atividade acontecesse na comunidade era uma demanda do serviço (pela ausência de espaços dentro da unidade), mas também uma demanda dos usuários. A mobilização com relação essa situação foi tamanha que, na reunião realizada na casa da líder comunitária que se dispôs a articular junto ao serviço um novo lugar para a atividade, participaram os residentes do NASF, a residente de enfermagem, os tutores de campo, os agentes comunitários de saúde de referência daquele território e a coordenadora do serviço.

Nessa reunião, foi necessário mapear o território, conversar com uma das líderes comunitárias, identificar possíveis novos lugares para a realização da atividade, articular com o novo lugar a possibilidade de realização da atividade lá. A relação com o território estava para além do deslocamento, mas também na implicação que ele tinha no processo de cuidado das pessoas que participavam do HiperDia. O grupo deixar de acontecer ali poderia gerar como efeito um descuido dessas pessoas. Todos que ali estavam tinham voz e vez e buscaram dar contribuições para resolver a situação.

Santos (2005), ao discutir a concepção de território, aponta que ele “pode ser formado de lugares contíguos e de lugares em rede: São, todavia, os mesmos lugares que formam redes e que formam o espaço banal. São os mesmos lugares, os mesmos pontos, mas contendo simultaneamente funcionalidades diferentes, quiçá divergentes ou opostas” (p.256), ou seja, o território pode não ser somente um espaço geográfico, mas um território vivo.

Entender o território como vivo é também produzir nele o encontro de diferentes e das diferenças. A reunião acompanhada para discutir essa questão do HiperDia no território, que era mais distante da unidade, não foi verticalizada ou imposta. Foi articulada, tinha presente uma líder comunitária, os ACS do território, a enfermeira-

²⁷ HiperDia: atividade de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos pela equipe de saúde da família.

residente da ESF de referências, profissionais do NASF, a coordenadora do serviço e os tutores de campo da residência.

A ausência de um lugar para realizar a atividade mobilizou não só a equipe-guia, mas também outros atores. Colocou em cena o entendimento que o território tem importância pros usuários e também pros trabalhadores. Achar um novo lugar para a realização do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabético se tornou uma necessidade e um dever não só para os usuários, que naquela reunião estavam sendo representados pela líder comunitária, como também para a equipe do serviços e a equipe-guia. Alguns meses após essa reunião, o relato dos residentes é que foi possível encontrar um novo lugar, o que acabou acontecendo com a ajuda de um equipamento social da comunidade.

Além disso, a ausência de espaços por dentro da UBS que possibilitassem que os residentes da equipe-guia realizassem atividades coletivas lá, produzia o deslocamento deles para outros espaços possíveis. Todos os grupos eram realizados por fora dos muros da UBS, o que, em alguns casos, como no grupo de atividade física e no de tabagismo, era possível ir a pé, o que também possibilitava um outro encontro com aquele território, fosse sentir nos corpos o cansaço que era subir as ladeiras do bairro, fosse tomar um sorvete em um dos bares abertos.

A Saúde da Família é marcada pelo território, pelo fazer fora, principalmente o NASF, que não tem um espaço físico fixo.

Saúde da Família também é fazer junto das pessoas, é promover novos encontros. E que interessante não chegar nessa última semana no campo e saber que os residentes organizaram uma ida ao Jardim Botânico com os usuários dos grupos e os agentes comunitários de saúde da UBS.

E mais interessante ainda foi chegar naquele lugar que eu ainda não conhecia em Londrina, mas que produziu um belo encontro com a cidade.

(Afecções relatadas no diário de campo na semana de 27 a 30 de novembro de 2017).

Uma quarta-feira de muito sol em Londrina. Os residentes haviam organizado uma ida com os usuários de seus grupos ao Jardim Botânico da cidade, que não fica no

território adscrito da UBS. Chegando lá, além dos residentes da equipe-guia e de alguns ACSs, não havia mas nenhum outro profissional do serviço, mas haviam homens, mulheres, idosos e idosas e crianças, as pessoas se mobilizaram para ir. A proposta era de andar por uma trilha curta pelo jardim e depois fazer um piquenique coletivo.

A animação estava grande. Todos paravam para tirar fotos e admirar a beleza do lugar. A cada novo lugar e uma nova descoberta, uma parada para conversar e desfrutar o novo. Ali não havia prescrição de atividade, um modo de realizar a trilha ou de ir caminhando, o que importava era o encontro que eles iam fazendo ali consigo, com a natureza e com o outro. Após a caminhada, todos se sentaram em um espaço de sombra no gramado. Era hora de fazer o momento de partilha, de montar o piquenique coletivo, recheado de guloseimas, salgadas e doces.

A educadora física e o fisioterapeuta estavam ali, mas não era pra prescrever uma atividade física ou motora, a enfermeira também estava, mas não era pra aferir a pressão, a assistente social e a psicóloga também estavam presentes, mas sem problematizar a situações sociais ou psicológicas e a nutricionista não fez qualquer contagem de calorias das guloseimas. Eles estavam ali para produzir encontro, naquele lugar que ofertava um outro modo de estar com os usuários, bem menos desprendido da função social de trabalhador da saúde, e bem mais próximos. O território, então, também pode se traduzir não só pelas barreiras geográficas impostas pelas áreas de abrangência, mas ele também pode se produzir enquanto território de cuidado e que abre novas possibilidades de encontro entre trabalhadores e usuários.

Criticidade sobre os processos

Foi o início de uma nova semana em Londrina.

Mas logo na segunda-feira algo se mostrou diferente. Havia uma mobilização inquietante no serviço e nos residentes.

Logo foi dito, aquela seria a semana de avaliação do PMAQ.

(Afecções relatadas no diário de campo sobre a semana de 22 a 27 de outubro de 2017)

Durante a vivência no campo, uma outra cena que se fez presente foram os agenciamentos produzidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem por objetivo “incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território” (BRASIL, 2018).

Iniciava mais uma semana de experimentações no campo e logo na segunda-feira, na reunião de campo alguns temas foram processados, dentre eles a avaliação do PMAQ que ocorreria naquela semana. Como haviam temas mais emergentes, como a conversa sobre como havia sido as atividades durante a campanha realizada no sábado e sobre a mudança de campo, o PMAQ acabou sendo coadjuvante nesse momento.

Porém, após a reunião, de volta a “mesa do fundo”, foi possível acompanhar a mobilização dos residentes em construir planilhas de atendimentos e grupos, deixar visível o “*espaço do NASF*” no flanelógrafo, organizar os documentos que precisavam ser apresentados, construir instrumentos no serviço que antes não existiam, todos “*documentos que comprovem*”.

No dia seguinte, mais PMAQ posto em cena. A reunião em que os residentes fazem seus planejamentos semanais, se tornou uma reunião entre eles e a coordenação do serviço, com o intuito deles já preencherem o questionário de avaliação externa (que fica disponível para todos) e de haver um certo alinhamento entre eles. Discordância sobre o que os diferentes lados consideravam aceitáveis de serem considerados ou não pelo avaliador se fazia presente.

O primeiro efeito do PMAQ é que ele captura serviço, captura residentes, captura e mobiliza todo mundo. Toma de assalto o serviço, os trabalhadores, a gestão e a residência. Todo mundo fazendo algo referente a avaliação, todo mundo ocupado por ela. Mobilizou durante o tempo no serviço, mas tomou espaço nas reuniões de campo e de residentes. Produziu criticidade não somente sobre a avaliação, mas também sobre os processos. Lobato (2010) aponta que “o processo de construção da criticidade implica a assunção de que, compreendendo a realidade, pode contribuir para sua transformação à medida que transforma a si mesmo” (p. 24).

Nesse sentido, a situação agenciou uma mobilização de que não se deveria somente fazer por fazer, ou para responder ao questionário. Produziu tensionamento, inclusive, construindo um entendimento de que na avaliação não cabia aquilo que é produzido pela equipe, que muitas das atividades que são facilitadas por eles, não estão no instrumental, ou não teriam como ser comprovadas.

Um dos termos escutados nesses dias, dito por um dos residentes, foi o “*PMaquiagem*”, uma forma de brincar com a sigla e falar de seu distanciamento com a realidade. Apesar da produção de alguns documentos que visibilizassem as atividades do serviço, incluindo as da equipe-guia, elas não produziam sentido para ninguém, nem mesmo para os trabalhadores.

A avaliação foi questionada em diversos momentos, inclusive, um dos ACS chegou a perguntar se havia algum tipo de incentivo financeiro nessa avaliação. Ao descobrir que sim, questionou para onde estava indo esse dinheiro, pois desde que chegara ao serviço, nunca tinha visto o financiamento do PMAQ chegar ao serviço ou aos profissionais do serviço. O foco acaba sendo a meta de responder ao PMAQ e não a produção do cuidado e o usuário.

Na quinta-feira a equipe estava planejada e mobilizada, a sua forma, para responder a avaliação. Porém, chegando a unidade, descobriu-se que a entrevista havia sido adiada para semana seguinte. Ao retornar quinze dias depois, descobri que somente as ESF e a ESB foram avaliadas, o NASF não havia sido contratualizado. Depois disso, não se ouviu mais falar da avaliação.

Silva et al. (2015) apontam que avaliações como o PMAQ “devem estar elas próprias sujeitos a indagações sobre o seu valor, pertinência, *modus operandi* e quaisquer outras aspectos” (p.369). Dessa forma, faz sentido que a preparação que estava sendo realizada para responder aos questionários de avaliação do PMAQ tenha agenciado indagações tanto na equipe-guia, como também nos próprios profissionais do serviço. O valor do PMAQ que foi sendo construído ao longo do processo talvez se traduza pelo gerencialismo e a obrigatoriedade, o “*tem que fazer*”.

Porém, além das críticas que foram realizadas, o PMAQ também produziu um outro efeito nos residentes da equipe-guia: o deles se darem conta de que eles tinham conhecimento e propriedade sobre os processos de trabalho um dos outros. Na mesma

reunião já citada, em que a coordenadora do serviço se fez presente, foi preenchido o *check-list* das atividades que compõem a avaliação dos processos de trabalho do NASF. O que aconteceu nesse momento foi de todos os residentes falarem sobre as atividades que o outro fazia. Todo mundo sabia falar sobre as atividades uns dos outros e, inclusive, opinavam sobre algumas respostas a algumas questões.

Esse dar-se conta também é uma forma de ter crítica sobre os processos de trabalho, pois é conhecendo não só o meu, mas também o do outro, que é possível produzir uma criticidade construtiva, e não apenas reativa ao que se está acontecendo, ou no caso, a aquilo que o outro está produzindo, ou não, em seus processos de trabalho.

Desejos de Produção do Cuidado

Que a Saúde da Família faz uma construção de equipe diferente daquela que eu estava acostumada, já que meu processo de formação na residência passava pela atenção básica, mas tinha como principais cenários os serviços de saúde mental do município, isso eu já sabia.

Mas eu não imaginava que essa diferença iria me incomodar tanto, a ponto de algumas vezes, num movimento sem querer mesmo, me pegava questionando se a equipe só trabalharia individualmente ou sempre atravessada pelo núcleo profissional. Esse era um pré-conceito de alguém que produziu tanto junto durante o seu próprio processo, que era difícil ver o outro fazer diferente.

Mas bastou tempo e muito processamento para trabalhar minhas próprias marcas, para que fosse possível enxergar outras coisas.
(Afecções relatadas no diário de campo em 01 de dezembro de 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica dispõe que, dentre as atribuições das equipes de saúde da família, está a organização das ações programáticas (BRASIL, 2012). Essa é uma das marcas da Atenção Básica no país, sendo também uma marca nos serviços de Londrina e, em específico, na UBS cenário de prática da equipe-guia.

Eram essas atividades, mais integradas, como o HiperDia em uma das micro áreas do território, a Campanha da Dengue, o Novembro Azul e o Outubro Rosa, que provocavam com que a equipe-guia se colocasse bem menos pela lógica dos núcleos profissionais, e bem mais pelo campo. Agenciavam um outro modo de fazer, muito mais relacionado ao campo do que ao núcleo e deslocava a equipe-guia.

Em uma das rodas de residentes acompanhadas, na qual todos os residentes se encontraram, ao planejarem sobre o que seria realizado durante o Novembro Azul, todos falavam em davam suas opiniões. Havia uma construção coletiva de, inclusive, se pensar na possibilidade de todos os residentes fazerem uma atividade juntos no território.

Uma das falas que marcou esse momento foi a de uma residentes, ao opinar sobre o que poderia (ou não) ser feito nesse momento. A ideia dela era deslocar a perspectiva do núcleo, que era tão presente no cotidiano.

Vamos fazer uma atividade, mas vamos fazer uma atividade sem ficar só nos nossos núcleos. Não vamos colocar só a enfermeira para medir pressão ou a nutricionista para falar sobre alimentação. Vamos tentar envolver as pessoas de uma outra forma (fala de uma residente R1)

Campos (2000) configura que “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (p.220), sendo que constantemente o primeiro dita sobre o segundo

No cotidiano da equipe-guia ainda é o núcleo quem fala, e não o campo. No dia-a-dia, mesmo as atividades produzidas coletivamente, com mais de um profissional-residente, o papel da categoria profissional ainda toma destaque, a mistura não se faz tão presente. Cada um deles é agenciado de uma forma diferente por essa questão, alguns se incomodam mais, outros nem se incomodam.

A relação até mesmo entre os residentes era quebrada entre as categorias profissionais que compõem a equipe NASF e os núcleos de enfermagem e odontologia, nas qual esses dois últimos ficam bem mais capturados pela lógica de atendimentos do serviço, produzindo mais dificuldades para a produção de um trabalho interprofissional

na SF. Porém, isso não significa que o cuidado não seja norteador de todas as atividades produzidas pela equipe-guia.

Outra cena, nesse sentido, foi relatada em uma das reuniões de tutoria de campo, em que os residentes da equipe-guia processavam as atividades realizadas durante a campanha de coleta, que havia acontecido no sábado anterior. Eles contaram sobre a sala de espera que realizaram, na qual abordaram a temática da dengue junto aos usuários que estavam no serviço. Sem falarem de questões do núcleo, discutiram junto com eles processos de cuidado com relação ao mosquito e orientações sobre os sintomas das doenças.

Essas atividades que demandavam mais articulações produziam-se mais na linha do cuidado, e menos centradas no núcleo. São desejos, que segundo Franco e Merhy (2014), são agenciamentos, que produzem um “real social” na vida e produzem força para a ação dos sujeitos, os desejos são capazes de mudar, de ressignificar o modo de produzir cuidado. E, portanto, desloca aquilo que cotidianamente se reproduz, apesar do entendimento de que essas ações são campanhistas e que nelas se reproduzem o processo de fragmentação da Saúde da Família.

Necessidade dos usuários/comunidade

Já era de conhecimento que a equipe-guia iria mudar de UBS antes mesmo de serem iniciadas as vivências no campo. Inclusive, uma das idas à Londrina havia sido adiada em decorrência disso.

Relações estremecidas entre residentes e profissionais, ausência de atividades como as reuniões de equipe e o matriciamento e a captura da unidade pelo modus operandi do PA produziam como efeito a necessidade de que a residência pudesse ir para um cenário de prática que tivesse a possibilidade potencializar o processo formativo.

(Afecções relatadas no diário de campo na semana de 13 a 17 de novembro de 2017)

Uma das situações que mais atravessou o período de vivência do campo no programa de RMSF/UEL, foi o processo de mudança de uma UBS para a outra. A

situação já se fazia presente desde o início das experimentações, até mesmo antes de ir para Londrina, e foi se modificando conforme as semanas iam passando.

Na primeira semana de experimentação do campo, o arranjo produzido para a mudança de UBS, diante de todo o contexto que se vivia na atual, era que a equipe iria aos poucos, iniciando com um dos residentes e, posteriormente, os demais iriam. Reconhecia-se o desejo de não estarem mais juntos com aquele serviço.

Havia uma preocupação não só da equipe-guia, mas dos atores que estiveram presente nesse processo (principalmente, tutores de campo e coordenações de serviços) de como seria essa mudança para os usuários, como que seria a saída deles, principalmente, porque acarretaria em uma mudança estrutural nos serviços (o NASF da residência conta com todas as categorias profissionais todos os dias na UBS; o NASF do município, não tem todas as categorias da residência e os profissionais não estão no serviço todos os dias da semana, pois atendem várias unidades).

Inclusive, o arranjo produzido para essa transição é que os residentes repassassem, para os profissionais do NASF que iriam assumir o serviço, as atividades que eles desenvolviam no serviço e no território, entendendo que a equipe do município não conseguiria dar conta de todas elas, em decorrência do dimensionamento da carga horária deles, e os profissionais do NASF que atuavam no novo cenário de prática da residência também fizessem esse repasse. Porém isso aconteceria por núcleo profissional, o fisioterapeuta-residente repassaria para a fisioterapeuta do município, a nutricionista da residência repassaria as atividades para a nutricionista do NASF, e assim por diante.

Merhy (1994) citado por Ceccim e Feuerwerker (2004) afirma que “a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho” (p.47), de forma que entendemos que na busca da qualidade do processo de formação, também é necessário aproveitar os ruídos para reorganizar o processo formativo. No caso da equipe-guia, processo formativo que envolve diretamente o processo de trabalho, orientado pelas necessidades dos usuários e da comunidade.

Na segunda semana de campo, o arranjo já era outro.

A equipe-guia, junto com os tutores de campo, agora já estava fazendo reuniões com a coordenadora do novo serviço. Havia todo um cuidado para essa transição,

inclusive, pois, as reverberações da saída dos residentes do outro serviço já chegavam aos ouvidos de outros profissionais da rede, bem como de alguns usuários, e também porque já se sabia que a nova UBS tem uma ativa participação da comunidade.

A coordenação do novo serviço também deixou claro que algumas atividades já estavam sendo realizadas lá e que essas deveriam ser mantidas, tanto por demandas do território, quanto dos usuários. Inclusive, uma outra fala dela se referia ao fato de que os residentes não poderiam chegar impondo uma agenda, que essa deveria ser construída com os usuários. Isso já mobilizou os residentes a pensarem em realizar uma oficina com o serviço e com os usuários.

Feuerwerker (2014) afirma que “a produção do cuidado implica sempre encontro – entre usuários, entre usuários e outras organizações que ampliem suas ferramentas para suportar diferentes dores e sofrimentos e também encontros entre usuários e trabalhadores de saúde em diferentes instituições” (p.37). E essa implicação estava presente na construção dessa mudança.

Além das reuniões com a coordenadora do novo serviço, com o conselho gestor do novo serviço e também foi realizada uma visita a casa de uma das usuárias do serviço, que é uma forte liderança comunitária.

A gente fez uma reunião com (uma usuária), que é do conselho gestor e é uma figura importante, inclusive quando houve a situação (de saída quase que imediata da outra UBS) com as meninas. (Tutora de campo da RMSF/UEL)

Na última semana de campo, a cena se transformou radicalmente. A mudança que seria processual e no mês de dezembro, já começara a ocorrer naquela semana, na segunda-feira Mesmo. O que se mantinha, mesmo nessa antecipação da mudança era o cuidado com os usuários de ambos os serviços. Ficou acordado com os residentes que eles fechariam todos os atendimentos e grupos que estavam sendo facilitados e que nos horários em que os residentes da equipe-guia não tivessem mais atividade na antiga UBS, ele iriam começar a se apropriar da agenda da nova.

Ficar uma semana em um campo e a seguinte no outro, me fazia perder algumas cenas em cada um dos programas. Mas nessa semana, em específico, eu senti o quanto isso impactava naquilo que eu ia vivendo junto às equipes-guia. Uma nova semana e um cenário completamente diferente. Seria necessário dar conta de entender o que tinha acontecido nos últimos dias. A ida para o novo serviço se tornou primordial, principalmente, para os R1. (Afecções relatadas no diário de campo da semana de 27 a 30 de novembro)

5.4 PRODUÇÃO DO COMUM NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: processos de subjetivação produzidos nas residências multiprofissionais em saúde.

Hardt e Negri (2014) afirmam que a

crescente produção do comum de forma alguma nega a singularidade das subjetividades que constituem a multidão. O que se verifica, isto sim, é uma troca entre as singularidades e a multidão como um todo, afetando a ambas e tendendo a formar uma espécie de motor constituinte (p.437).

Com as suas diferenças de campo de formação, a RMRAPS/UNIFES e a RMSF/UEL também produzem comum que extrapola essa questão. Não são as mesmas cenas, até porque os serviços, os atores, os programas, tudo é diferente. Porém há algo que é das residências multiprofissionais em saúde, que não está atrelado ao campo de formação, mas sim ao processo. E é sobre isso que discorreremos a seguir.

Que processos de subjetivação podem ser produzidos nas residências multiprofissionais?

Compreender o comum nos processos de formação das residências multiprofissionais é buscar compreender os agenciamentos produzidos pelos processos de formação em cada programa. Cada um dos atores que participam dos programas é agenciado por uma situações/questões diferente. Os gestores, geralmente, são agenciados pelo provimento de profissionais nos serviços; quem faz os programas está interessado em outras coisas. Além disso, a necessidade de saúde dos usuários é uma força presente

nesses programas de residências multiprofissionais, para além dos atravessamentos cotidianos.

O **Sentido de coletivo** é produzido nos dois campos. Mesmo com necessidades individuais, é produzida uma decisão compartilhada, que por vezes não agrada a todos, mas que é sustentada por todos. Lobato (2010), ao discutir a dimensão política nos processos de formação de um programa de residência multiprofissional, defende que “para além dos espaços dos espaços coletivos, o modelo de gestão se conforma nas relações, na forma como são percebidas e vivenciadas pelos sujeitos no cotidiano das instituições” (p.76). Aqui, falaremos dos dois separadamente, pois eles produzem cenas em contextos, inclusive institucionais, diferentes, mas em ambos os casos a coletividade se fez mais potente do que a individualidade.

Em **Londrina**, a decisão de mudança de serviço/cenário foi produzida da seguinte forma: pros R2, de uma certa forma, era ruim mudar de cenário, pois ocorreria em um período em que eles já estavam finalizando a residência. Era final de ano, vinham as férias, alguns deles ainda iriam realizar seus estágios eletivos. Mas para os R1 fazia toda diferença a mudança de cenário naquele momento, a situação estava insustentável, a ponto de não se conseguir esperar a nova turma entrar para que essa mudança foi feita.

Havia necessidades individuais, tanto para os R1 quando para os R2, mas ninguém ficou preso, e todos acabaram topando a mudança de cenário, apesar de que as profissionais-residentes da odontologia, tanto R1 quanto R2, continuariam suas atividades no UBS até março/2018 (período de finalização dos R2 e início da nova turma) em decorrência de um acordo com o serviço, pois não haveria quem cobrisse a saída delas naquele momento.

Em **Santos**, foi produzido um espaço de reunião de residentes “clandestino”²⁸: Apesar de não haver um espaço de roda de residentes institucionalizado na carga horária da residência, os R1 produziram um espaço por fora, no qual podiam debater sobre questões que para eles diziam respeito ao coletivo. Foi assim para discutir questões referentes à proposta do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) quanto aos

²⁸ Chamamos de clandestino, por entendermos que esse espaço é construído por fora dos espaços institucionalizados pelo programa. Mas ressaltamos que as decisões tomadas nesses momentos, que não tinha horário nem local fixos e específicos, era a voz que se produzia sobre as decisões do coletivo de residentes que deveria ser reproduzida nos espaços institucionais.

cenários de prática do 2º ano. Também foi nesse espaço “clandestino”, mas extremamente potente que os R1 foram discutindo a proposta dos plantões no pronto socorro da zona noroeste. Em ambas as situações, todos os residentes presentes colocavam suas demandas individuais, seus desejos, porém as decisões eram considerando a decisão do coletivo. Essa construção era a partir do que cada um ia colocando, apesar de que isso agradava a alguns em alguns aspectos, desagradava a outros em outros aspectos.

Por vezes mais tenso, outros menos, às vezes mais capilarizada, outras vezes menos, os programas de residência são, por si só, **Dispositivo de Educação Permanente** nos serviços. Eles podem ser mais ou menos potentes, mas eles geram como efeito questionar as práticas dos serviços. Franco (2014) afirma que “processos de mudança no SUS, especialmente nas formas de produção do cuidado, a partir da reorganização do processo de trabalho, deve ter como pressuposto a educação permanente dos trabalhadores da saúde” (p.196). Essa interrogação que a residência produz sob os processos de trabalho nos serviços...

*(ter a residência no serviço) não permite que a gente faça só coisas rotineiras
[...] O fato de chegar pessoas novas dá um respiro (Coordenadora do serviço
de Santos).*

Há também potencialidade dos **espaços por fora dos serviços e das universidades** para a construção do encontro, principalmente, no que concerne aos residentes. A Residência vai para a vida das pessoas, seus agenciamentos extrapolam os muros institucionais e as 60 horas/semanais e se faz presente nas caronas, nas saídas para jantar, na mesa do bar, nas casas, nos ônibus.

Durante os meses de experimentações no campo, foi possível, em ambos os programas, viver muitos desses “espaços por fora”. As mobilizações provocadas geravam questionamentos e tensões que são levados para os espaços além muro. Os espaços de fora também agenciam uma produção de subjetividade.

A **defesa do processo de formação** é um efeito da residência. Apesar de cada um dos atores a fazerem de sua forma, todos a fazem, seja os residentes, o preceptores, os tutores, a coordenação da residência, os profissionais do serviço, a gestão do serviço, os usuários. O reconhecimento da importância da relação ensino-serviço-comunidade, ou

como apontam Ceccim e Feuerwerker (2004), o quadrilátero ensino-gestão-atenção-participação social, aparece não só no discurso, mas nas ações de todos (ou pelo menos quase todos).

Além disso, a **relação universidade-serviço** se mostrou uma questão que precisa constantemente ser trabalhada e que se isso não acontece, seus efeitos reverberam processo formativo, em seus mais diferentes aspectos. Em ambos os programas, algumas fragilidades dessa relação, em alguns aspectos, se tornaram visíveis e dizíveis. Essa articulação dá trabalho, mas é extremamente necessária quando se produz um processo formativo que não se dá só na academia, nem só no serviço, mas que acontece nos dois ao mesmo tempo e de forma tão intensa.

Essa pesquisa também tem as marcas de onde as conexões foram produzidas. Foi impossível ser agenciada durante as experimentações dos campos. A pesquisadora-militante que se fazia presente nos espaços que, em outros tempos e em outro lugar, já tinha vivido, sentira os incômodos produzidos durante a pesquisa em relação aos programas. Se por um lado, no programada da RMRAPS/UNIFES, senti a falta da produção de ações no território e de não ser realizados estágios na UBS, marcas tão presentes em mim quando ocupei o lugar de residente lá no Ceará; no RMSF/UEL, a captura pelo núcleo profissional e os tensionamentos entre residência e serviço, deixaram marcas, inclusive, no modo como possa ter analisado os processos.

Por outro lado, também houve sentimentos de faltas em mim, enquanto pesquisadora. Reconhecer que em Santos, fiquei capturada pelo serviço e pelos R1, de forma que faltou conversar mais com os tutores, com a coordenação do programa e com as R2, que estavam em outros serviços; e em Londrina, sinto que fiquei capturada pelos processos da equipe-guia, de forma que faltou de conversar mais com os trabalhadores do serviço, com os tutores de núcleo e com a outra equipe de residentes.

Ao mesmo tempo, havia um cuidado para que eu não fosse capturada pela dinâmica dos programas de residência e acabasse realizando uma avaliação dos mesmos, nem para que eu não ficasse capturada pelo discurso dos residentes. Nem só de incômodos e faltas o campo foi produzido.

Houve muito encontro, muita troca, muitas aprendizagens. O campo foi produzido também por muitas problematizações. Experimentar o processo sob uma outra perspectiva,

me fez, em vários momentos, me colocar de uma forma diferente com aqueles que um dia já foram meus pares. Outrora, as queixas escutadas seriam apenas incorporadas em meu discurso, aqui me foi possível processar aquilo que era dito, questionar, tentar no diálogo, principalmente com os residentes, construir outros caminhos para as questões. O comum também ia se produzindo no meu encontro com as equipes-guia, em nossas conversas, trocas de experiências, na nossa comunicação.

6. TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Ao propormos chamar a residência multiprofissional de *Formação (In)Comum* e tentar trazer as cenas produzidas no cotidiano, algumas considerações devem ser feitas. A primeira é de que colocamos o (in)comum em parênteses como uma forma de brincar com as palavras, entendendo que as residências se produzem como um formação incomum, ao deslocarem do processo de formação academicista e teórica o qual a formação em saúde é hegemonicamente marcada, mas também como uma forma de marcar que essa é uma formação em comum, que produz processos de subjetivação, que marca a vida das pessoas que nela estão.

Sobre esse último, inclusive, na busca por compreender a produção do comum em dois programas de residência multiprofissionais em saúde, entendemos que as cenas de produção do comum nos programas são fortemente marcadas pelos cenários de prática, mas não é de exclusividade deles, as aulas teóricas, as atividades teórico-práticas e os encontros por fora dos dispositivos institucionais também agenciam esse processo.

A produção de subjetividade da equipe-guia da RMRAPS/UNIFESP é marcada pela desinstitucionalização, a luta antimanicomial, a construção de equipe e o usuários e a da equipe-guia da RMSF/UEL pelo território, as ações programáticas, a criticidade dos processos e a comunidade.

Além disso, outras forças presentes em ambos os processos formativos, cada uma a sua forma, são a necessidade de saúde dos usuários/comunidade, a produção do cuidado e a defesa pelo processo formativo. Neste sentido, os processos de formação da residências multiprofissional em saúde podem potencializar produção de subjetivação

não somente atravessada pelos princípios do SUS e pelos saberes dos núcleos profissionais, mas também pelos campos de atuação.

Ao falarmos sobre a produção do comum estamos falando de um processo vai se dar de diferentes formas nos diferentes sujeitos. Da mesma forma, os agenciamentos produzidos pelo processo de formação nos programas de residência multiprofissional não vão se dar da mesma forma em todos os atores, nem mesmo em todos os residentes. A diferença talvez seja uma das marcas fortes disso tudo. A forma como as tensões e disputas foram colocadas nesse texto são muito mais no sentido de entender qual o efeito delas na produção do comum.

Se o comum é o reconhecimento das singularidades de cada um dos residentes, ele se produz de diferentes formas nos diferentes cenários, em cada um dos programas e em cada uma das pessoas que ali estão. Não é somente o arranjo interprofissional que garante isso, mas as apostas feitas por cada um.

Além disso, comum se produz enquanto efeito do cotidiano, das apostas e disputas que ali se fazem, e no processo de formação das residências multiprofissionais em saúde não é diferente, o comum vai se produzindo nas apostas e disputas nos cenários de prática, nas instituições formadora/universidades, nas relações entre os diferentes atores que a compõem (residente-residente; residente-serviço; residente-preceptoria; residente-coordenação; residente-usuários; coordenação-preceptoria; serviço-coordenação; serviço-usuário). Porém, é possível sim produzir comum.

Há dois fortes vetores que marcam fortemente o processo de formação das residências: as necessidades dos usuários e o desejo de transformar a formação. Proporcionar outras coisas que a graduação não possibilita se fazem presente na proposta e em como os programas se configuram cotidianamente.

A residência muda também o serviço, mas também é fortemente marcada não só por ele, mas pela rede e pelo município. Os serviços, enquanto cenários de prática do processo formativo, produzem uma racionalidade, que mesmo disputando com o projeto médico-centrado cotidianamente, é tomado pela força necessidade de saúde dos usuários e pelo cuidado, e que acaba por produzir processos de subjetivação não só nos residentes, mas em todos que fazem parte deles.

Produzir o comum não está dado!!! É disputado cotidianamente. E a singularidade interroga os núcleos profissionais. Assim como fazer todas as atividades juntos não significa que há produção do comum, quando os residentes fazem separados, não significa que eles não estejam atentos ao cuidado e às necessidade de saúde do usuário.

Além disso, Residência não é autossuficiente. É atravessada pelas relações que existem, tanto nos serviços, quanto nas instituições formadoras, que no caso são as universidades, quanto também pela individualidade de cada sujeito que ali está inserido.

Além disso, mesmo nas situações adversas, nos conflitos, o comum é possível de ser produzido. Em alguns momentos ele acontece, não há uma impossibilidade total, mas é bem mais difícil. E daí que a comunicação se faz necessária para essa produção. Comunicação entre residente-residente; residente-trabalhador; residente-serviço; residente-preceptoria; residente-coordenação; residente-usuários; coordenação-preceptoria; serviço-coordenação; serviço-usuário

7. REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, p. 313-324, jun. 2014.
- ALBUQUERQUE, V.S. et al. Currículos disciplinares na área de saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 31, p. 261-272, dez. 2009.
- ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface, Botucatu**, v.10, n.20, pp. 299-316, 2006.
- AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2015.
- BADUY, R.S. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- BERTUSSI, D.C. et al. Viagem Cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. (orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes – Livro 2**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final**. Brasília, 1986.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: Relatório Final**. Brasília, 1994.
- BRASIL. **Portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003. **Aprova a "Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia de "Pólos de Educação Permanente em Saúde" como instâncias regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente**. Brasília, 2003.
- BRASIL. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº198 de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília, 2004b.
- BRASIL. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências**. Brasília, 2005a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005b.
- BRASIL. . Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Portaria nº154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Educação/Ministério da Saúde. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - Exercício 2007/2009** - Brasília, DF

Outubro/2009. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_b_relatorio_atividades_cnrms_26110_9b.pdf. Acesso: 15 de novembro de 2016.

BRASIL. Portaria Interministerial nº1320 de 11 de novembro de 2010. **Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS**. Brasília, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, 2011a.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. **Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 16, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2014. **Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde**. Brasília, 2014a

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 07 de novembro de 2014. **Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes**. Brasília, 2014b

BRAVIN, F.P. **Política e Ação Pública: análise da política nacional de educação permanente em saúde**. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CAPISTRANO FILHO, D. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, Y.M. de e CECCIM, R.B. Formação e Educação em Saúde aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.de S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

CARVALHO, B.G.; LIMA, J.V.C.; BADUY, R.S. Movimentos, Encontros e Desencontros da Produção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, pp. 41-65, 2004.

CERQUEIRA, P. et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M.P.C.; MERHY, E.E. (orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

DALLEGRAVE, D. **No Olho do Furacão, na Ilha da Fantasia: a invenção das residências multiprofissionais em saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

- DALLEGRAVE, D. **Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as residências no País das Maravilhas**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2 - Vol.1**. 2. ed. São Paulo: Ed. 34, 2011.
- DIAS, H.S.; LIMA, L.D. de; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.6, 2013, p. 1613-1624, 2013.
- DOMINGOS, C.M. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.
- FERREIRA, S.R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: Uma modalidade de ensino. 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.
- FERREIRA, T.P.S. et al. O reconhecimento do saber do outro como válido: as apostas que os usuários fazem sobre sua vida x a decisão dos trabalhadores de saúde sobre a vida do outro. In: MERHY, E.E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Livro 1**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
- FEUERWERKER, L.C.M. Cuidar em saúde. In: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Livro 2**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016
- FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: algumas referências de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J. E HENZ, A.O. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.965-971, 2007.
- FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Livro 2**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- FEUERWERKER, L.C.M.; ROMCY, G.S.; BERTUSSI, D.C. Aproximações genealógicas à residência multiprofissional. In: Observatório Microvetorial De Políticas Públicas Em Saúde E Em Educação Na Saúde - Núcleo São Paulo. **RELATÓRIO FINAL - CHAMADA MCTI/CNPq/CT – Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde**. São Paulo, 2018. (Mimeo).
- FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. 3.ed. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.
- FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Terra e Paz, 2015.
- FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do SUS. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O Reconhecimento de uma produção subjetiva do Cuidado. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, V.6, n.2, 2012.
- Furtado, J.P.; Campos, R.O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v.8, n.1, março, pp. 109-122, 2005.
- GALLO, S. Transversalidade e educação: pensando uma educação não-disciplinar. In: ALVES, Nilda; GARCIA, Regina Leite (orgs.) **O Sentido da Escola**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1977.

- GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético**. 2.ed. São Paulo: Editora 34, 2012.
- HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão: guerra e democracia na era do império**. Rio de Janeiro: Record, 2014.
- HARDT, M.; NEGRI, A. **Bem Estar Comum**. Rio de Janeiro: Record, 2016.
- KINOSHITA, R.T. Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C.M.P. **Contra Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- KINOSHITA, R.T. Saúde mental e a antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. v.1, n.1, jan.-abr. 2009.
- LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho Imaterial: formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2013.
- LIBERMAN, Flavia; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Um corpo de cartógrafo. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 183-194, Mar. 2015.
- LOBATO, C.P. **Formação de trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.
- LONDRINA. Unidades básicas de saúde – sul. 2018. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=145&Itemid=623>. Acesso em 12 de março de 2018.
- LOURAU, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. IN: Merhy EE, Onocko R 1997. **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público**. Hucitec, São Paulo, 385 pp.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.
- MERHY, E.E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido** (2004). Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2017.
- MERHY, E.E. Vivenciar um Campo de Formação de Profissionais de Saúde: dobrando em mim o fazer da UNIFESP Baixada Santista. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J. E HENZ, A.O. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MERHY, E.E. et al. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum**, n.33-34, Rio de Janeiro, 2011.
- MERHY, E.E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – Livro 1**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MOEBUS, R.N.; MERHY, E.E.; SILVA, E. O usuário-cidadão como guia: como pode a onda elevar-se acima da montanha? IN: MERHY, E.E. et al. (orgs.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes – Livro 1**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- MOTTER, D.G. **Estratégia Saúde da Família: Integralidade na Atenção às Demandas Sociais no Município de Londrina-PR**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.
- OLIVEIRA, C.F. de; GUARESCHI, N.M.de F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? 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.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100, jan.-jun. 2008. Disponível em:

<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2017.

PASSOS, E. A construção da clínica comum e as áreas Profissionais. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J. E HENZ, A.O. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y.M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.92-101, 2015.

PASSOS, E.; KATRUSP, V.; ESCÓSSIA, L. Apresentação. In: PASSOS, E.; KATRUSP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M.N. **Educação interprofissional em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 (Coleção Temas em Saúde).

PIMENTA, A.L. Brevíssima história da implementação do SUS em Santos. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C.M.P. **Contra Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Hucitec, 1997.

POZZANA, L.; KATRUSP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KATRUSP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PRADO FILHO, K.; TETI, M.M. A CARTOGRAFIA COMO MÉTODO PARA AS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.38, jan.-jun. 2013.

RAMOS, A.S. et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

ROLNIK, S. Apresentação. In: GUATARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1996

ROSA, S. D; LOPES, R. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação *Lato Sensus* no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.479-498, 2010.

SANTOS. 2018. Endereços das Unidades. 2018. Disponível em: <<http://www.santos.sp.gov.br/?q=servico/enderecos-das-unidades>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2018.

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. (org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

SILVA, R.R. **O projeto UNI e os movimentos populares de saúde da região sul de Londrina**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 1999.

SILVA, R.R. et al. Subsídio à Meta: avaliações do PMAQ. In: AKERMAN, M.; FURTADO, J.P. **Práticas de Avaliação em Saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

SOARES, N.M.; PINTO, M.E.B. Interfaces da Psicologia Aplicada à Saúde: atuação da psicologia na estratégia saúde da família em Londrina. **Rev. SBHP**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, dez. 2008

TEIXEIRA, R.R. As dimensões da produção do comum e a saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 27-43, jun. 2015.

UEL. **Editais PROPPG/DPG/DAM Nº 075/2016**. 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/proppg/portalnovo/pages/arquivos/pos-graduacao/editais/2016/Editais-075-2016.pdf>> Acesso em: 06 de março de 2017

UEL. **UEL em dados – 2016**. 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/proplan/porta/pages/arquivos/uel_em_dados/FOLDER_UEL_EM_DADOS_2016.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2017

UEL. **Centro de Ciências da Saúde – Gestão 2014-2016**. 2017b. Disponível em:

<http://www.uel.br/proplan/portal/pages/arquivos/centro_em_dados/CCS_2016.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2017

UNIFESP. **Edital do Processo Seletivo do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial.** 2016. Disponível em:

<https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/edital_multi.pdf>. Acesso em: 06 de março de 2017.

UNIFESP. **Apresentação.** 2017. Disponível

em:<<http://www.unifesp.br/institucional/institucionalsub/apresentacao>>. Acesso em: 06 de março de 2017

UNIFESP. **Programas – COREMU.** 2017b. Disponível em:

<<https://www.unifesp.br/reitoria/proex/programas>>. Acesso em: 06 de março de 2017

UNIFESP. **Projeto Pedagógico. Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde.** Processo de Autorização. 2017c. Disponível em:

<<https://www.unifesp.br/reitoria/proex/images/projeto-pedagogico15.pdf>>. Acesso em: 06 de março de 2017.

8. ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: cenas de residência multiprofissional em saúde

Pesquisador: GEORGIA SILVA ROMCY

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76053317.2.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.358.112

Apresentação do Projeto:

Projeto versa sobre a temática da formação em saúde, priorizando dentro da Política Nacional de Educação Permanente, a Residência Multiprofissional em Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como o processo formativo de residência multiprofissional em saúde, está sendo construído e vivenciado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos.

Benefícios apresentados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa qualitativa com referencial teórico de Deleuze e Guattari (cartografia). Projeto consistente e bem elaborado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP**

Continuação do Parecer: 2.358.112

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_934379.pdf	17/08/2017 17:25:50		Aceito
Outros	Autorizacao_UNIFESP.pdf	17/08/2017 17:25:36	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito
Outros	Autorizacao_UEL.pdf	17/08/2017 17:24:58	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PlataformaBrasil.doc	16/08/2017 19:53:21	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil_Folha_de_Rosto.pdf	06/07/2017 18:52:47	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Plataforma_Brasil.docx	31/05/2017 17:59:40	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 30 de Outubro de 2017

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: cenas de residência multiprofissional em saúde

Pesquisador: GEORGIA SILVA ROMCY

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76053317.2.3002.5505

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.408.720

Apresentação do Projeto:

CEP UNIFESP (co-participante)

O processo de formação em saúde no Brasil constrói-se historicamente no país, pautado, principalmente, a partir dos anos de 1940 pelo Relatório Flexner, passando pelo movimento preventivista e o advento da saúde comunitária e da Saúde Coletiva. Com a promulgação da Lei 8.080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) e determina dentre as suas competências a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. A criação do SUS não significou uma mudança imediata na formação profissional em saúde, sendo a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) uma das principais estratégias de reformulação dos processos de formação em saúde no país, sob a lógica de ponto de interseção entre os campos da educação e da saúde e entre os processos formativos formais e os práticos. Propõe diversas ações, dentre as quais está a Residência Multiprofissional em Saúde, modalidade de pós-graduação lato sensu, de dedicação exclusiva, com duração de 2 anos e caracterizada pela multiplicidade de arranjos de seus processos formativos. Assim, esta pesquisa tem por objetivo compreender como o processo formativo de residência multiprofissional em saúde, está sendo construído e vivenciado, na perspectiva da produção de um comum, nos Programas de Residência em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo campus Baixada Santista e em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina. A proposta de método a ser utilizado nesta pesquisa é a

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Continuação do Parecer: 2.408.720

cartografia, enquanto uma estratégia de encontro com o(s) outros(s), tendo como principal sujeito de pesquisa o "residente-guia". Os dados serão analisados a partir das perspectivas da transversalidade, do trabalho vivo em ato e da produção do comum.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Compreender como o processo formativo de residência multiprofissional em saúde, está sendo construído e vivenciado, na perspectiva da produção de um comum, nos Programas de Residência em Rede de Atenção Psicossocial da Universidade Federal de São Paulo campus Baixada Santista e em Saúde da Família da Universidade Estadual de Londrina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador: Riscos: Baixíssimo risco.

Benefícios: Discussão sobre a formação em saúde em ambos os campos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado para Exame de Qualificação no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. (parecer aprovação nº 2.358.112 de 30/10/2017)

Nível: Mestrado.

Linha de Pesquisa: Política, Gestão e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Cleide Lavieri Martins

Centros co-participantes: - Unifesp, pelo Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial da Unifesp, Campus Santos, sob a responsabilidade de Carla Bertuol ; - Residência Multiprofissional em Saúde da Família/CCS/UEL, sob a responsabilidade de Josiane Vivian Camargo de Lima

Metodologia

A proposta de método a ser utilizado nesta pesquisa é a cartografia, enquanto uma estratégia de

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 02 de 05

encontro com o(s) outros(s), tendo como principal sujeito de pesquisa o "residente-guia". Partindo dos caminhos que Moebus, Merhy e Silva (2016) apontam para a centralidade no usuário-guia enquanto produtor de conhecimento, sendo esta "uma aposta política, ético-estético-política de reafirmar que ele precisa estar no centro da produção do cuidado e do saber" (p.52), nos propomos nessa pesquisa a nos deslocarmos da produção de conhecimento a partir da potência do usuário para trabalhar com uma perspectiva de "residente-guia", tendo em vista que o objeto de pesquisa deste estudo é o processo formativo.

A aposta é em se pensar em um "residente-guia" em cada um dos programas que se constituem como campo desta pesquisa, no qual o processo formativo das residências multiprofissionais em saúde será investigado sob o olhar deste sujeito, das suas histórias, suas relações, suas escolhas e caminhos.

O "residente-guia" o qual propomos aqui não se encontra isolado, mas em constante relação com os diversos atores que compõem os programas de residência multiprofissional em saúde, conforme preconizado em Brasil (2012), dentre os quais estão os demais residentes, preceptores e tutores, além dos profissionais dos serviços que sejam cenários de prática dos programas. A proposta, então, é que o convite para a pesquisa seja feito coletivamente para todos eles, e não somente para o "residente-guia", preferencialmente, em alguma reunião que já seja realizada pelos programas e que conte com o máximo de participantes possíveis.

A ideia é que o "residente-guia" seja um residente do segundo ano (R2), de cada um dos campos desta pesquisa, independente de sua categoria profissional. A escolha pelo R2 se dá pelo fato dele já ter passado por, pelo menos, um ano de processo formativo, já ter, em tese, estabelecido um maior vínculo com o serviço, seus profissionais e usuários, bem como com a Universidade e seu corpo docente e os demais residentes.

Propomos ainda que a escolha do "residente-guia" seja feita coletivamente, de forma que todos os atores possam participar da tomada desta decisão, a partir dos residentes que se voluntariarem a ocupar esse papel. Além disto, será deixado claro para os residentes podem aceitar ou não essa proposta, e o residente que for escolhido e aceita pode sair da pesquisa a qualquer momento que optar por isso.

Além disto, se propomos que a residência multiprofissional em saúde é um processo formativo que ocorre no momento do acontecimento, constituído prioritariamente pela prática, ou seja, pelo trabalho vivo em ato nos serviços e territórios que servem de cenários de prática dos programas, os encontros do "residente-guia" com os usuários também serão postos em análise.

Os dados serão analisados a partir das perspectivas da transversalidade, do trabalho vivo em ato e

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55			
Bairro: VILA CLEMENTINO		CEP: 04.020-050	
UF: SP	Município: SÃO PAULO		
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br	

Continuação do Parecer: 2.408.720

da produção do comum.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados adequadamente

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem inadequações

Sr pesquisador, em relação ao TCLE que será aplicado aos participantes da Unifesp:

- deve ser inserido os dados (telefone e endereço) do CEP/UNIFESP, com a indicação de que o mesmo pode ser procurado caso haja dúvida quanto à ética do estudo (exemplo: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – R. Professor Francisco de Castro, 55 - Vl. Clementino – São Paulo/SP - CEP: 04020-050., 5571- 1062 ou 5539-7162 ;

E-mail: cep@unifesp.edu.br

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer do relator acatado pelo colegiado

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1023641.pdf	24/11/2017 00:52:32		Aceito
Outros	CEP_UNIFESP.pdf	24/11/2017 00:52:04	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Continuação do Parecer: 2.408.720

Folha de Rosto	Plataforma_Brasil_Folha_de_Rosto.pdf	24/11/2017 00:51:38	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito
Outros	Autorizacao_UNIFESP.pdf	17/08/2017 17:25:36	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito
Outros	Autorizacao_UEL.pdf	17/08/2017 17:24:58	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PlataformaBrasil.doc	16/08/2017 19:53:21	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Plataforma_Brasil.docx	31/05/2017 17:59:40	GEORGIA SILVA ROMCY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 30 de Novembro de 2017

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: : ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA.

Pesquisador: Fernanda de Freitas Mendonça

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46699415.9.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Departamento de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.154.455

Data da Relatoria: 09/07/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto "ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LONDRINA" tem como autora a professora Fernanda de Freitas Mendonça, a qual está vinculada ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

O projeto apresentará abordagens quantitativa e qualitativa. A população do estudo será constituída por usuários das Unidades Básicas de Saúde, profissionais de saúde destas unidades, residentes, coordenação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e docentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

As unidades de saúde de estudo serão a "Unidade Básica de Saúde Pind" e a "Unidade Básica de Saúde Ouro Branco", ambas situadas na região sul do município de Londrina, Paraná. Estas unidades são campo de atuação da RMSF, da Universidade Estadual de Londrina.

O estudo qualitativo buscará avaliar documentos, realizar observação participante e realizar entrevistas individuais e/ou grupos focais. Destaca-se que na análise documental serão consultados prontuários, fichas e documentação utilizada pela equipe de trabalhadores das duas UBSs e relatórios de produção de serviços. Para análise dessa fase será utilizada a análise do conteúdo.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO

Continuação do Parecer: 1.154.455

Orçamento: o custo está orçado em R\$ 7850,00, sendo que os gastos serão arcados pela pesquisadora.
Critério de inclusão: Ser usuário dos serviços de saúde em que as residências estão implantadas e ser profissional de saúde nos serviços que as residências estão implantadas
Critério de exclusão: Não ser usuário dos serviços de saúde em que as residências estão implantadas e não ser profissional de saúde nos serviços que as residências estão implantadas

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: é apresentado em forma de convite

Autorização da Instituição Co-participante: é apresentado

Instrumentos: São apresentados a ficha de avaliação da análise documental, os questionários e o roteiro da entrevista.

Folha de Rosto: é apresentada com o carimbo do responsável pelo departamento

Declaração da Confidencialidade e Sigilo: é apresentada

Recomendações:

Nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa cumpre os critérios exigidos pelo CEP-UEL

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO

Continuação do Parecer: 1.154.455

LONDRINA, 20 de Julho de 2015

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3
Bairro: Campus Universitário
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

Página 04 de 04

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS

SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS

Santos, 28 de agosto de 2017

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenaria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos, concorda que a pesquisadora Georgia Silva Romcy realize a pesquisa **Formação (In)Comum e Caminhos de Sua Produção: cenas de residência multiprofissional em saúde**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Luciane Picotez da Rocha Coelho Ariza
Coordenadora de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos
COFORM-SMS

Rua XV de Novembro nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151
Tel.: (13) 3201-5000 ramal: 5651

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

A U T O R I Z A Ç Ã O P R O V I S Ó R I A D E P E S Q U I S A

Pendência- parecer do CEP

C.P. 15/2017/GPQS/DGTES/AMS/PML.

Informamos para fins de realização da pesquisa: **“FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: CENAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE”**, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina, pela aluna Georgia Silva Romcy. Projeto de pesquisa apresentado para Exame de Qualificação no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, orientado pela Profª. Drª Cleide Lavieri Martins. Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da CNS Nº. 466/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia será autorizada somente após a apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado pelo CONEP, e planejamento prévio com a unidade de serviço envolvida.

Londrina, 18 de Agosto de 2017.

Eliane Sandra Vieira

GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E
QUALIFICAÇÃO DE SERVIDORES

Sueli Inocente
Enfermeira.
GPQS/DGTES/AMS/PML

ANEXO F – CARTA DE ACEITE DA PESQUISA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA UNIFESP CAMPUS BAIXADA SANTISTA

Ministério da Educação
Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista

Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial – PRMAP

OFÍCIO Nº 25/PRMAP-UNIFESP-BS

Santos, 07 de agosto de 2017.

À

Sr^a. Georgia Silva Romcy

Mestranda em Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP

Prezada Senhora,

Em resposta à sua solicitação, cumpre-nos a grata satisfação de APROVAR a realização da pesquisa intitulada "FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: cenas de residência multiprofissional em saúde" no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (PRMAP).

Desta forma, disponibilizamos-nos a cooperar com o seu estudo no que se fizer necessário, ressaltando, no entanto, que as pesquisas envolvendo entrevistas em cenários parceiros (extensivo aos seus pacientes e usuários) deverão ser tratadas diretamente junto a estes e, eventualmente, seus comitês de ética.

Antecipamos os agradecimentos e disponibilizamos-nos para dirimir eventuais dúvidas que se façam em virtude desta.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Carla Bertuol

Coordenadora

ANEXO G - CARTA DE ACEITE DA PESQUISA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA UNIFESP CAMPUS BAIXADA SANTISTA

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Londrina, 10 de agosto de 2017

À
Sr^a. Georgia Silva Romcy
Mestranda em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública – FSP/USP

Prezada Senhora,

Em resposta à sua solicitação, cumpre-nos a grata satisfação de APROVAR a realização da pesquisa intitulada “FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: cenas de residência multiprofissional em saúde” no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF).

Desta forma, disponibilizamos-nos a cooperar com o seu estudo no que se fizer necessário. Antecipamos os agradecimentos e disponibilizamos-nos para dirimir eventuais dúvidas que se façam em virtude desta.

Atenciosamente

Prof.ª Dr.ª Josiane Vivian Camargo de Lima
Coordenadora

ANEXO H – CURRÍCULO LATTES DA PESQUISADORA

Georgia Silva Romcy

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0130327924411164>
Última atualização do currículo em 05/04/2018

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de Fortaleza (2012). Formação em Psicologia e Psicoterapia Fenomenológico Existencial, Gestalt e Abordagem Rogeriana (2012) com Afonso H. Lisboa da Fonseca. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará- UECE (2015). Egressa do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), com ênfase em Saúde Mental (2016). Atuou como psicóloga do Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, no município de Fortaleza, durante o período 2013-2014. Atualmente, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), na linha de pesquisa de Política, Gestão e Saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Georgia Silva Romcy
Nome em citações bibliográficas	ROMCY, G. S.; ROMCY, G.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016	Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Formação (In)Comum e Caminhos de sua Produção: cenas de residência multiprofissional em saúde. Orientador: Cleide Lavieri Martins. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
2014 - 2016	Especialização em Residência Integrada em Saúde - RIS-ESP/CE. (Carga Horária: 5760h). Escola de Saúde Pública do Ceará, ESP/CE, Brasil. Título: Entre Teorias e Práticas: os escritos sobre residência multiprofissional em saúde. Orientador: Profª. Ms. Amanda Cavalcante Frota. Bolsista do(a): Ministério da Saúde, MS, Brasil.
2013 - 2015	Especialização em Saúde Mental. (Carga Horária: 525h). Universidade Estadual do Ceará, UECE, Brasil. Título: Direitos Humanos e Saúde Mental: uma revisão bibliográfica sobre a violação de direitos de pessoas com transtornos mentais. Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.
2007 - 2012	Graduação em Psicologia. Universidade de Fortaleza, UNIFOR, Brasil. Título: Compreensão de Sujeito na Saúde Mental: diálogos com a Gestalt Terapia. Orientador: Profª. Ms. Anna Karyne da Silva Melo.

Formação Complementar

2018 - 2018	Análise de Situação de Saúde: conceitos, interpretação e uso dos indicadores. (Carga horária: 30h). Universidade Federal do Maranhão, UFMA, Brasil.
2017 - 2017	Extensão universitária em Introdução ao Moodle para formação em Saúde Pública. (Carga horária: 8h). Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, FSP/USP, Brasil.
2016 - 2016	Extensão universitária em O Processo de Trabalho no SUS e a Importância das Ações de Planejamento em. (Carga horária: 45h). Universidade Federal do Maranhão, UFMA, Brasil.

ANEXO I – CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA

Cleide Lavieri Martins

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9490605608485130>
Última atualização do currículo em 26/04/2018

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (1976), Licenciatura em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1980), Mestrado (1990) e Doutorado (1999) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professora Doutora do Departamento de Política, Gestão e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: formação em saúde, avaliação de serviços de saúde, saúde da família, e controle da tuberculose. É coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Cleide Lavieri Martins
Nome em citações bibliográficas	MARTINS, C. L.; MARTINS, CLEIDE LAVIERI

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av Dr Arnaldo 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617719 Fax: (11) 30617835 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1993 - 1999	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Desvelando a identidade da Pós-Graduação em Saúde Pública, Ano de obtenção: 1999. Orientador: ☺ Fernando Lefèvre. Palavras-chave: formação em saúde pública; pós-graduação; recursos humanos em saúde. Grande área: Ciências da Saúde
1983 - 1990	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: O modo de ser da Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no período de 1980 a 1987, Ano de Obtenção: 1990. Orientador: Nilce Piva Adami. Palavras-chave: formação em saúde pública; ensino de enfermagem; recursos humanos em saúde. Grande área: Ciências da Saúde
1981 - 1981	Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem. Especialização em Saúde Pública para Graduados em Enfermagem. (Carga Horária: 1014h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1978 - 1978	Especialização em Enfermagem do Trabalho. (Carga Horária: 378h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
1980 - 1980	Graduação em Licenciatura em Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.
1977 - 1977	Graduação em Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
1974 - 1976	Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa “FORMAÇÃO (IN)COMUM E CAMINHOS DE SUA PRODUÇÃO: cenas de residência multiprofissional em saúde”

Me chamo Georgia Silva Romcy, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (PPGSP/FSP/USP) e este é um convite de participação em minha pesquisa de Mestrado intitulada de “Formação (In)Comum e Caminhos De Sua Produção: cenas de residência multiprofissional em saúde”

Esta pesquisa tem o objetivo de compreender como o processo formativo de residência multiprofissional em saúde está sendo construído e vivenciado, na perspectiva da produção do comum. Para tanto estamos lhe convidando para participar por você ser um dos atores implicados nesta modalidade de processo formativo.

Assim, a proposta é de que a pesquisa seja realizada utilizando a cartografia. Para isso, será necessário realizar os seguintes procedimentos: entrevista com residentes, preceptores, tutores e coordenadores; e observação participante, acompanhando o cotidiano desses atores nesse processo formativo, em seus mais diversos espaços.

Essa pesquisa poderá resultar em contribuições importantes para os programas de residência multiprofissional em saúde e para seus atores, bem como na ampliação do debate nessa área, de forma a possibilitar melhorias no campo da formação dos profissionais de saúde e, consequentemente, no cuidado.

Durante a execução da pesquisa, avaliamos que probabilidade desta oferecer riscos à sua integridade física, psíquica e moral é mínimo, e podem estar presentes na fase de divulgação dos resultados, por meio de exposição ou interpretação, conforme Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Enquanto pesquisadora responsável, buscarei garantir que os riscos se mantenham mínimos por meio do anonimato de sua identidade, utilizando as informações fornecidas por meio de um codinome de conhecimento apenas por mim e, exclusivamente, para fins científicos. Além disto, em caso de necessidade, se identificado algum desconforto por parte dos participantes da pesquisa, será providenciado o devido apoio.

Caso você deseje participar desta pesquisa, agradecemos a sua colaboração e

gostaríamos que você assinasse as duas vias desta autorização, que chamamos de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na qual uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____,
declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Eu, *Georgia Silva Romcy*, pesquisadora responsável, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

_____ Data: ____/____/____.

Telefone : (85) 99946-07131