



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

JULIANA ARAÚJO PEIXOTO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE -
ÊNFASE CARDIOPNEUMOLOGIA: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE DOS/AS TRABALHADORES/AS DO SUS, NO HOSPITAL DE
MESSEJANA, EM FORTALEZA - CE**

FORTALEZA

2021

JULIANA ARAÚJO PEIXOTO

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE –
ÊNFASE CARDIOPNEUMOLOGIA: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DOS/AS TRABALHADORES/AS DO SUS, NO HOSPITAL DE MESSEJANA, EM
FORTALEZA - CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica Salgueiro do Nascimento.

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- P43a Peixoto, Juliana Araújo.
Avaliação do Programa de Residência Integrada em Saúde - ênfase cardiopneumologia : estratégia de educação permanente dos/as trabalhadores/as do SUS, no Hospital de Messejana, em Fortaleza - CE / Juliana Araújo Peixoto. – 2021.
285 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Verônica Salgueiro do Nascimento.
1. Avaliação de políticas públicas. 2. Educação permanente em saúde. 3. Residências em saúde. I. Título.
CDD 320.6
-

JULIANA ARAÚJO PEIXOTO

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE –
ÊNFASE CARDIOPNEUMOLOGIA: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
DOS/AS TRABALHADORES/AS DO SUS, NO HOSPITAL DE MESSEJANA, EM
FORTALEZA - CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Aprovada em: 08/03/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Verônica Salgueiro do Nascimento (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Alcides Fernando Gussi
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

A minha ancestralidade materna, Eva Araújo (*In memorian*), a quem devo tudo. Uma mulher preta, nordestina, que saiu do pequeno vilarejo Buriti dos Lopes, no sertão do Piauí e veio para Fortaleza, anos depois, trouxe uma parte da família. Uma mulher que pouco foi à escola. Uma mulher, sobretudo, possuidora de uma educação, uma classe e um conhecimento invejáveis. Uma mulher formadora de muitas outras. Eu nunca ando só, eu sei, *mãinha*. Obrigada minha estrela, minha rainha. Te amo, mãe.

Ao meu querido irmão, Francisco Weldon, conhecido na família por *Carnaúba*. Obrigada por acreditar e vibrar comigo por onde ando. Há recíproca envolvida. A gente acredita um no outro. Obrigada pela irmandade, querido. E ao meu pai, Francisco do Nascimento, um homem pouco alfabetizado, saiu ainda jovem do sertão central do estado, de Paus Brancos, em Massapê, para vir à Fortaleza. Sua inteligência também me impressiona. Pouco letrado, mas, faz uma conta, que de longe perco *pra* ele. Me ensinou a contar e saber as horas quando tinha cinco anos. Obrigada, pai.

Ao meu companheiro Leandro Alves. Gratidão pelas trocas filosóficas e afetivas nas madrugadas, nas manhãs de sextas, tardes de quinta, noites de domingo, nos *barzin*, nas nossas viagens. Gratidão por ser um dos portais de muito conhecimento, mudança e transformação. Nossas vidas conversam. Se cruzam a todo instante. Obrigada querido.

A minha avó Guilhermina Balbino (*In memorian*), a matriarca da família de gente preta saída do sertão do Piauí e que fez história mundo a fora. Ao meu avô Pedro Balbino (*In memorian*), que junto à Guilhermina constituíram uma família, que abriram as portas e janelas para o mundo. Obrigada as minhas tias Luiza Araújo, Ana Araújo e Remédios de Araújo, que junto com minha mãe, encantaram o mundo. As minhas primas Raiana Araújo e Francilene Araújo, sempre vibraram e construíram comigo muitos sonhos. A minha força ancestral anterior aos meus pais, avós, bisavós e tataravós. A gente nunca anda só. Eu sei.

As minhas queridas amigas Bárbara Braz e Thaynah Araújo. Foram vocês minha inspiração a investir na continuidade dos estudos no Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas (PPGAPP). Me ofereceram atenção afetiva e acadêmica para que esse trabalho hoje vestisse esse corpo. Me ofereceram a amizade de vocês. Foram vocês o abraço, o coração, o sorriso em muitos momentos da minha vida. Gratidão *Migs*. Essa amizade é muito apreciada por mim.

A professora Verônica Salgueiro, que esteve junto nesta pesquisa. Muito obrigada por acreditar que o horizonte era possível. Obrigado pelos momentos de partilha extra academia. Minha admiração e agradecimentos. Obrigada, professora.

A professora Ana Paula Silveira, a quem tenho admiração pessoal, acadêmica e profissional. Um encontro que perdura desde a Residência, em 2014. Obrigada por todo empenho em emprestar seus conhecimentos também para este trabalho.

Aos/as amigos/as acadêmicos/as do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas da UFC. Camila, Nicole, Rita, Maíra, Rose, Josy, Paulo Torres, Paulo Júnior, Thiago, Ruy, Michel, Haroldo. Obrigada por construirmos juntos/as diálogos afetivos e acadêmicos.

Aos/as professores/as, Danielle Cruz, Celecina Sales, Alba Pinho, Milena Braz, André Vasconcelos, Alcides Gussi, Fernando Pires, Gil Célio, Américo Leite, Júlio Ramon, do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas (PPGAPP) UFC. São mestres/as em provocar seres pensantes histórica e politicamente. Capazes de deslocar e fazer remexer ao nos ensinarem.

Aos/as colaboradores/as do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Os/as profissionais-residentes, preceptores/as, orientadores/as de serviço, à coordenação e aos/as demais, por compartilharem a experiência do dia a dia do fazer saúde. Obrigada por terem me recebido e acolhido.

A professora Amanda Frota, quando esteve à frente da Residência Integrada da ESP-CE fez a articulação com o Hospital de Messejana. Obrigada pela contribuição na pesquisa.

À FUNCAP, por ter financiado o último ano de mestrado, e assim, ter possibilitado uma imersão melhor aprofundada na pesquisa.

À banca, formada pela professora Lúcia Conde, Alcides Gussi e a professora orientadora Verônica Salgueiro. Obrigado pela contribuição na construção do trabalho, pela colaboração genial e potente do trabalho. Obrigada por terem aceitado construir essa pesquisa comigo.

A minha ancestralidade divina que nunca me deixa só. Que pela gratidão me garantiu a presença de tudo e de todos/as aqui citados/as. Nada seria possível sem a minha espiritualidade. Obrigada e gratidão à Deus, à Maria, que tiveram e têm cuidado de tudo, têm cuidado de mim através dos/as familiares/amigos/as. Gratidão divina e fé!

Axé!

RESUMO

A pesquisa avaliou o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE), ênfase Multiprofissional em Cardiopneumologia, perante à educação permanente dos/as trabalhadores/as lotados/as no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Como forma de trabalhar os fenômenos encontrados na pesquisa, fizemos uso de uma proposta investigativa que ultrapasse o destaque à mensuração da eficiência, da eficácia e da efetividade no campo da avaliação das políticas públicas. Trata-se da perspectiva da Avaliação em Profundidade, a qual envolve quatro dimensões para avaliação de políticas públicas, são elas: a análise do conteúdo institucional do programa, análise do contexto que a política/programa foi formulada, o percurso institucional da política/programa e o espectro temporal e territorial. Os quatro eixos nos auxiliaram no uso e na construção dos indicadores socioculturais na pesquisa, articulados ao escopo de pensar e avaliar uma política pública nas dimensões econômicas, políticas, culturais, dentre outras. O trabalho seguiu alçado por questões avultadas e refletidas no decurso da pesquisa, junto aos referenciais teóricos relativos aos estudos das categorias analíticas do campo das Políticas Públicas, Avaliação de Políticas Públicas, Estado, Seguridade Social com enfoque na Política Pública de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e os Programas de Residências em Área Profissional da Saúde. A pesquisa em questão trata-se de natureza qualitativa, a qual possuiu como caminho metodológico, pesquisas *in lócus* no Hospital de Messejana e na Escola de Saúde Pública, ambas situadas em Fortaleza-CE, alinhada à pesquisa bibliográfica, uso de diário de campo, registros fotográficos e entrevistas semiestruturadas com 22 participantes. A apreciação dos dados coletados se deu por meio da técnica de análise de conteúdo. Os resultados da pesquisa demonstraram avanços nas ações estratégicas e nas práticas de produção de saúde no Hospital de Messejana após a imersão da RIS/ESP-CE, além de ter evidenciado a expansão da RIS/ESP-CE, entretanto, ainda possui um longo caminho a ser percorrido para a institucionalização e aderência dela na ESP-CE, assim, como a RIS/ESP-CE no Hospital de Messejana; Urgente ampliação de investimento na estrutura orçamentária da RIS/ESP-CE, aumento do número de profissionais do corpo docente da RIS/ESP-CE e do Hospital de Messejana, bem como a necessidade da retomada na formação para os/as formadores/as docentes.

Palavras-chave: avaliação de políticas públicas; educação permanente em saúde; residências em saúde.

ABSTRACT

The research evaluated the Integrated Health Residency Program (RIS) of the School of Public Health of Ceará (RIS / ESP-CE), Multiprofessional highlight in Cardiopneumology, in view of the permanent education of workers at the Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. As a way of working the phenomena found in the research, a protocol for the use of an investigative proposal that goes beyond the emphasis on measuring efficiency, efficacy and effectiveness in the field of evaluation of public policies. It is the perspective of In-Depth Assessment, which involves four dimensions for the assessment of public policies, they are: an analysis of the institutional content of the program, analysis of the context in which the policy / program was formulated, the institutional path of the policy / program and the temporal and territorial spectrum. The four axes assist in the use and construction of sociocultural indicators in the research, articulated with the scope of thinking and evaluating a public policy on improvements, cultural policies, among others. The work continued to be raised by large issues and reflected in the course of the research, along with theoretical references related to the studies of analytical categories in the field of Public Policy, Public Policy Assessment, State, Social Security with a focus on Public Health Policy, the Unified System Health (SUS), National Policy on Continuing Health Education (PNEPS) and Residency Programs in the Professional Area of Health.

Keywords: public policy evaluation; permanent health education; health residencies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Perguntas-chave para uma avaliação pós-construtivista	42
Figura 2 -	Modelo Experiencial de Raul Lejano (2012)	43
Figura 3 -	Modelos Positivista e Experiencial	46
Figura 4 -	A construção de indicadores pautados na melhoria das condições de vida	55
Figura 5 -	Avaliação em Profundidade	63
Figura 6 -	Modelos Clássicos e Contemporâneos na Avaliação de Políticas Públicas	64
Figura 7 -	Entrada principal da Escola de Saúde Pública (ESP-CE) - Sede própria	131
Figura 8 -	Indicadores quantitativos de distribuição de profissional por categoria e por ênfase RIS/ESP-CE Hospitalar 2020	134
Figura 9 -	Organograma institucional da Escola de Saúde Pública do Ceará (2019) ..	144
Figura 10 -	Sanatório de Messejana (década de 1930)	149
Figura 11 -	Corredor I / Hospital da Messejana	152
Figura 12 -	Enfermaria I / Hospital da Messejana	153
Figura 13 -	Corredor II / Enfermaria II - Hospital da Messejana	153
Figura 14 -	Corredor III / Enfermaria III - Hospital da Messejana	154
Figura 15 -	Distribuição população Fortaleza por Região Administrativa e sexo, 2010 ..	155
Figura 16 -	Imagem do mapa com a localização do Hospital de Messejana	156
Figura 17 -	Entrada principal do Hospital de Messejana	157
Figura 18 -	Cenário das Linhas de Cuidado da RMS do HM - I	159
Figura 19 -	Cenário das Linhas de Cuidado da RMS do HM - II	164
Figura 20 -	Escala Étnica-Racial	203
Figura 21 -	Pirâmide hierárquica tradicional do saber hegemônico no campo da saúde	226
Figura 22 -	Atendimento interdisciplinar profissionais-residentes	237
Figura 23 -	Ação de educação em saúde / Sala de Espera com familiares	240
Figura 24 -	Ação de Educação em Saúde com familiares – I	241
Figura 25 -	Ação de Educação em Saúde com familiares - II	242
Figura 26 -	CriAÇÃO	243

Figura 27 -	“Cuidar de mim é cuidar do mundo - I”.....	245
Figura 28 -	“Cuidar de mim é cuidar do mundo - II”.....	246

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Indicadores qualitativos de vagas oferecidas nos processos seletivos para profissionais-residentes das turmas comunitária e hospitalar da RIS/ESP-CE 2013 a 2020.....	136
Gráfico 2 - Indicadores quantitativos de profissionais ligados/as à RIS/ESP-CE (2020)	138
Gráfico 3 - Autodeclaração de gênero e cor/etnia	201
Gráfico 4 - Faixa etária e anos de formação/atuação	208
Gráfico 5 - Maior formação de pós-graduação que realizou ou realiza	208
Gráfico 6 - Atuação profissional no SUS/Residências em Saúde	212
Gráfico 7 - Tempo de vinculação com a RIS/ESP-CE com o HM e tipo de contratação	213
Gráfico 8 - Quantitativo de vínculos em instituições hospitalares públicas ou conveniadas ao SUS e carga horária semanal de trabalho no HM	220

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Técnicas e abordagens do modelo de análise/avaliação experiencial ..	49
Quadro 2 -	Critérios de inclusão e exclusão dos/as interlocutores/as da pesquisa ..	76
Quadro 3 -	Mapeamento das IES promotoras das Residências na Área Profissional em Saúde no Ceará, na modalidade Multiprofissional (2020)	132
Quadro 4 -	Mapeamento das instituições hospitalares conveniadas à RIS/ESP-CE (2020)	133
Quadro 5 -	Orçamento do Governo Federal da RIS/ESP-CE entres os anos de 2013 a 2018	139
Quadro 6 -	Orçamento estadual para RIS/ESP-CE	149
Quadro 7 -	Matriz Curricular - Módulos Transversais (Componentes Comunitário e Hospitalar) e Módulos Específicos ao Componente Hospitalar da RIS/ESP-CE / Turma V (2018-2020)	165
Quadro 8 -	Sugestões de temas (Resultado das Competências) fomentadores da Matriz Curricular dos Módulos Transversais, executados Hospital da Messejana / Turma V (2018-2020)	171
Quadro 9 -	Planejamento das atividades por Núcleo	173
Quadro 10 -	Agenda Semana Padrão Transversal (Abril-Maio/2019)	174

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicador quantitativo de profissionais entrevistados/as	198
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e acadêmico dos/as participantes entrevistados/as	199
Tabela 3 - Exercício profissional no SUS e tipo de vinculação com RMS em Cardiopneumologia, no HM	211
Tabela 4 - Indicador quantitativo da composição de profissionais do corpo docente-assistencial do HM	214

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
ANPES	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
CE	Ceará
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CESA	Centro de Ciências Sociais Aplicadas
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNM	Confederação Nacional de Municípios
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COREMU	Comissão de Residências Multiprofissionais
CRIO	Centro Regional Integrado de Oncologia
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DF	Distrito Federal
DRU	Desvinculação de Receitas da União
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
EFSFC	Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia
ESF	Equipes da Estratégia da Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
FUNSAÚDE	Fundação Regional de Saúde
FNRS	Fórum Nacional de Residentes em Saúde
FSE	Fundo Social de Emergência
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HHJ	Hospital Haroldo Juaçaba

HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
HM	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
HU	Hospital Universitário
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Instituto do Câncer do Ceará
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
IJF	Instituto Doutor José Frota
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
IPEC	Instituto de Previdência do Estado do Ceará
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LOA	Lei Orgânica da Saúde
MAPP	Mestrado Acadêmico em Avaliação de Políticas Públicas
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
NOB-RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGAPP	Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROENSINO	Programa Bolsa de incentivo à Educação
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular

RAPS	Rede de Atenção Primária de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDOME	Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federal
RIS	Residência Integrada em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEAS	Superintendência Estadual de Atendimento Socioeducativo
SEDHAS	Secretaria Estadual de Proteção Social, Justiça, Mulheres e Direitos Humanos
SER	Secretaria Regional Executiva
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Secretaria Municipal de Saúde Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TCR	Trabalho de Conclusão de Curso
UAPS	Unidades Primárias de Atenção à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNE	União Nacional do Estudantes
URCA	Universidade Regional do Cariri
UVA	Universidade Estadual do Vale do Acaraú
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	“DE QUE O SUS É FEITO?”: DE QUE A RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE É FEITA?	21
3	O CAMPO DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: DESFAZERES DOS MODELOS HEGEMÔNICOS DE AVALIAÇÃO	35
3.1	O campo da Avaliação de Políticas Públicas no Brasil	35
3.2	Os modelos contra-hegemônicos de avaliação: O salto para avaliação pós- construtivista	41
3.3	A noção de trajetória no campo da Avaliação de Políticas Públicas	50
3.4	A construção de indicadores socioculturais na pesquisa: Uma alternativa contra-hegemônica	54
3.5	A Avaliação em Profundidade: Modelo contra-hegemônico de avaliação	60
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA: O MAR VELEJADO ...	66
4.1	A Aproximação, a Trajetória e a Experiência do/no campo de pesquisa	70
4.2	Os caminhos da pesquisa	73
5	ANÁLISE DE CONTEXTO POLÍTICO DA FORMULAÇÃO E DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS - O DUPLO PAPEL DO ESTADO NO CAMPO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	80
5.1	De qual Estado falamos?	83
5.2	Um raio em céu sereno: O Estado e a disputa pelo poder	91
5.3	A constituição da política de saúde pública no Brasil: O que tínhamos antes do Sistema Único de Saúde?	94
5.4	Saúde é Direito, não um Privilégio: O que temos do SUS após 30 anos?	101

6	A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E O ENCONTRO COM OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE	112
6.1	Análise de conteúdo do programa: O desenho das Residências em Área Profissional em Saúde	122
6.2	Trajетória institucional de um programa: A Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará, a RIS/ESP-CE	127
6.2.1	<i>Avaliação da dimensão da trajetória institucional da RIS na ESP-CE: O Resistir para Existir</i>	143
7	A EXPERIMENTAÇÃO DA RIS/ESP-CE, NA MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL - ÊNFASE CARDIOPNEUMOLOGIA, NO HOSPITAL ESTADUAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HM)	148
7.1	A instituição hospitalar, o Hospital de Messejana - Quando o coração começa a bater	148
7.2	Atuação da Residência Integrada em Saúde (RIS/ESP-CE), na modalidade Multiprofissional – Ênfase Cardiopneumologia, perante à Educação Permanente dos/as trabalhadores/as lotados/as no Hospital de Messejana ...	158
7.3	A experimentação da RIS/ESP-CE, modalidade Multiprofissional – Ênfase Cardiopneumologia, no Hospital de Messejana	163
7.4	A Experiência do Experienciar nos trilhos do fazer saúde: A Educação Permanente em Saúde a partir da concepção dos/as trabalhadores/as do Hospital de Messejana	176
8	O QUE FOI E TEM SIDO TECIDO NO AGIR DA IMERSÃO DA RIS/ESP-CE – ÊNFASE CARDIOPNEUMOLOGIA, NO HOSPITAL DE MESSEJANA: DESAFIOS E AVANÇOS	183
8.1	Quem são nossos agentes interlocutores/as na/da pesquisa? Uma avaliação necessária a partir dos Indicadores Socioculturais produzidas no campo: O perfil sociodemográfico, acadêmico e profissional dos/as entrevistados/as no Hospital Estadual de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM)	196

8.1.1	<i>Perfil sociodemográfico dos agentes interlocutores/as da pesquisa - lócus Hospital do Coração</i>	197
8.2	“No meio do caminho tinha uma pedra. Tinha uma pedra no meio do caminho” : Alguns dos obstáculos encontrados nos (des)caminhos da RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no HM, a partir da análise/avaliação dos indicadores socioculturais produzidos na pesquisa	207
8.3	O desafio do (des)construir e do (re)construir, do compartilhar e do (re)democratizar os saberes no campo da saúde hospitalar, com enfoque na RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no HM	224
8.4	O broto da semente: Avanços alcançados e os que ainda tem de alancar na trajetória da RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no Hospital do Coração	227
9	DO FIM AO INÍCIO E DO INÍCIO AO FIM: CAMINHOS FINAIS DA PESQUISA	247
	REFERÊNCIAS	252
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	265
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO - RIS/ESP-CE	268
	APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO - RMS HOSPITAL DE MESSEJANA	269
	APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO	270
	APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA CORPO DISCENTE (RESIDENTE)	271
	APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA CORPO DOCENTE - ASSISTENCIAL HOSPITAL DE MESSEJANA (PRECEPTORIA DE NÚCLEO, PRECEPTORIA DE CAMPO, ORIENTADOR/A DE SERVIÇO)	274
	APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTÃO DO HOSPITAL DE MESSEJANA (COORDENAÇÃO GERAL DA ÊNFASE, DIRETORIA ACADÊMICA)	277

APÊNDICE H - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTÃO ESP-CE (COORDENAÇÃO)	280
APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA CORPO DOCENTE- ESTRUTURANTE RIS/ESP-CE (COORDENAÇÃO ACADÊMICA, COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E TUTORIA HOSPITALAR)	283

1 INTRODUÇÃO

Antes de mais nada, é pertinente dizer que por meio desta pesquisa realçamos nossa defesa por uma linguagem escrita contempladora dos gêneros feminino e masculino, ao menos, na maioria da transcrição do texto. Sob este prisma, acreditamos ser marcante dar voz escrita a presença escrita do feminino no texto. Inclusive, como forma de valorizar o protagonismo dos/as participantes, formado, em sua maioria, por mulheres.

Outra interface viabilizada trata-se do círculo coletivo na construção do estudo. Queremos dizer, que embora, por vezes, os fatos, as sensações, os afetos, primeiramente, tenham perpassado à pesquisadora, mas ao chegar a tocar aos/as parceiros/as, os/as quais colaboraram na trajetória e no amadurecimento do trabalho, este deixa de ser particularizado e passa a ocupar um espaço de produção do conhecimento coletivo, dirigido numa perspectiva interdisciplinar, encarnada em uma experiência de troca de interações/integrações do saber. Por tais razões, o texto será discorrido na primeira pessoa do plural.

Este trabalho também se remonta na perspectiva de inserção das falas e não falas construídas nos momentos de imersão no campo, nas entrevistas com os/as participantes, nas conversas *informais*. Talvez, por inteiro, não seguiremos os ditames mais convencionais ao separar, em uma das partes do trabalho, a teorização da coleta dos dados captados *in lócus*, que nos auxiliaram no desenvolvimento das categorias analíticas, referenciais teóricos, bases documentais concernentes às Residências, ao sistema de saúde pública, etc. A proposta não se pauta na centralização ou na descentralização dos resultados, está para além disso, está na tentativa dialógica entre o que se apreendeu na experiência do campo, nos referenciais teóricos, nos sentidos, nos encontros junto aos/as interlocutores/as.

Fizemos uma breve apresentação dos capítulos. No segundo capítulo, preparamos o tracejo da experiência da pesquisadora com o campo de pesquisa, para em seguida desenvolver a contextualização geral do trabalho, o qual envolve um movimento de construção hermenêutica que vai desde apresentação do objeto de pesquisa, da pergunta de partida, objetivos gerais e específicos, hipóteses que originaram o interesse em avaliar o objeto de estudo, o campo de pesquisa. No terceiro, abordamos o campo da avaliação em políticas públicas, programas e projetos, qual abordagem e perspectiva avaliativa elegemos como centro de avaliação do nosso estudo. No quarto capítulo, situamos os aspectos teóricos metodológicos, visto a aproximação com a temática de pesquisa, o encontro da pesquisadora com o campo de pesquisa, como foi a chegada ao campo, a relação profissional, pessoal e acadêmica. No quinto

capítulo, discutimos o papel do Estado no campo das políticas públicas, com destaque a política de saúde. Empreendemos análises/avaliação a partir da dimensão da análise de contexto da formulação da política pública em saúde. No capítulo sexto, discutimos as análises sobre a Educação Permanente em Saúde, Política de Saúde Pública, Residências em Área Profissional da Saúde. No sétimo e oitavo capítulos, desenvolvemos em profundidade as análises das informações e dados obtidos a partir dos trechos das entrevistas. Mostramos quem são os/as interlocutores/as da pesquisa, como chegamos até eles/as, quantos/as foram entrevistados/as, dentre outros. Por fim, concluimos o trabalho apontando algumas das considerações desveladas no percurso da pesquisa. Balizamos, nesse trabalho, que as transcrições das entrevistas seguiram gramaticalmente tal qual como nossos agentes se expressaram.

2 “DE QUE O SUS É FEITO?”¹: DE QUE A RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE É FEITA?

“De que o SUS é feito?

De sonhação o SUS é feito: com crença e luta o SUS se faz.

Saúde é coisa de branco? Saúde é coisa de preto? Saúde é coisa de gente? Saúde comporta gueto?

De sonhação o SUS é feito: com crença e luta o SUS se faz.

Saúde é coisa de elite? O SUS é coisa do povo? O acesso tem um limite? O SUS é vida pra todos?

De sonhação o SUS é feito: com crença e luta o SUS se faz.

Toda doença é complexa do nascedouro ao finzinho, porque nasce em ser complexo, não há reta nem convexo, não despreze um só caminho.

De sonhação o SUS é feito: com crença e luta o SUS se faz”.

Ray Lima e Jonhson Soares (2008)

A primeira vez que experimentei² dançar uma ciranda ao som da música de Lima e Soares (2008), “De que o SUS é feito?”, estava como graduanda do segundo ano de Serviço Social. Lembro-me de ter dançado no segundo ou terceiro dia de imersão no Projeto VER-SUS³ Fortaleza, em 2012. Eu e mais trinta e seis alunos/as, acompanhados/as por outros/as alunos/as, que já haviam participado do mesmo projeto e estavam à frente da Coordenação. Fomos abrilhantados/as com a participação do Movimento Cearense de Educação Popular Cirandas da Vida⁴, todos/as musicando o SUS: “De sonhação o SUS é feito”. Quando rememoro a canção,

¹ “De sonhação o SUS é feito”/ Ray Lima e Jonhson Soares (2008).

² Em algumas das partes desta seção, podemos utilizar a primeira pessoa do singular, haja vista fazer referência ao relato da trajetória e das experiências vivenciadas pela pesquisadora frente à construção do objeto de pesquisa e a aproximação ao campo.

³ O VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) é um projeto que acontecer a nível nacional e possui como finalidade principal, estimular a formação de estudantes de graduação das áreas de ciências da saúde, exatas e da terra, biológicas, agrárias, sociais aplicadas, humanas e engenharias de forma multi e disciplinar. O objetivo é estimulá-los/las enquanto sujeitos sociais e agentes políticos capazes de promover transformações e melhoria para o SUS, dialogado por saberes semelhantes ou não ao da graduação. A imersão é teórica, prática e vivencial dentro do sistema de saúde e seus territórios de abrangência, com duração de 15 dias. Os/as estudantes ficam hospedados/as sem retornar ao seu domicílio para que ocorram os momentos de diálogo e troca de experiências relacionadas às vivências do dia a dia, ou seja, totalmente imersos. O VER-SUS é promovido pelo Ministério da Saúde, Rede Unida, UNE (União Nacional dos Estudantes), movimentos sociais, municípios e estados. Os recursos são provenientes do Ministério da Saúde e da Rede Unida, com contrapartida dos municípios e estados. Assim, como outras iniciativas de investimento no SUS, desde de 2016, o projeto tem constantemente diminuído o repasse de verbas, o que inviabilizou alguns municípios e estados a continuarem a desenvolvê-lo.

⁴ O projeto Cirandas da Vida, surgiu por iniciativa dos movimentos populares articulados pela ANEPS (Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde), em meados de 2005. Situava-se no contexto da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE como uma ação de educação permanente em saúde, que parte

registro de toda experiência oferecida pela imersão. Foi o início da construção de uma relação valorativa e potente com a política pública de saúde, com o Sistema Único de Saúde (SUS). Implantou-se, a partir daí, a formação consciente de uma usuária do SUS, futura profissional e pesquisadora da área. A experiência do encontro foi tão certa, tão certa, que em 2014, estava à frente da Comissão Organizadora/Coordenação do VER-SUS, Fortaleza, 2014.

Oito anos após a primeira dança “De sonhação o SUS é feito”, encontro-me em propor/realizar uma Avaliação em Profundidade⁵ sobre uma das políticas constitutivas do SUS, sobre o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE), com ênfase Cardiopneumologia, desenvolvida em parceria da ESP/CE com o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, em Fortaleza/CE. O hospital é uma das unidades hospitalares integrantes da RIS/ESP-CE. Juntas, oferecem aos/as profissionais um projeto de Educação Permanente no campo da saúde pública.

Ponto, aqui, a narrativa acerca do contato de aproximação da pesquisadora com a temática e a motivação em se debruçar sobre os estudos referentes às Residências em Área Profissional da Saúde, que emergiu ao final do ano de 2012, durante a *vivência*, quando eu ainda estava como estagiária de Serviço Social do hospital filantrópico conveniado ao SUS, especializado no atendimento Oncológico, o Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Neste mesmo ano, a direção, gerência do hospital e as equipes de trabalho, inclusive, a de Serviço Social, tomaram conhecimento da entrada da instituição no hall dos hospitais integradores da RIS/ESP-CE, na modalidade Multiprofissional, após dois anos de negociação. Em 2013, a ESP-CE abre a primeira turma da RIS, o ICC⁶ foi a primeira instituição hospitalar em parceria com a ESP-CE a lançar a Residência Multiprofissional - ênfase Cancerologia, com 24 profissionais-residentes⁷. Na época, o hospital já contava com Residência médica própria⁸, em cancerologia.

da perspectiva popular na luta pelo direito à saúde. <<http://redehumanizasus.net/6968-a-experiencia-das-cirandas-da-vida-no-contexto-da-gestao-de-saude-de-fortaleza/>>.

⁵ Os estudos sobre a perspectiva de Avaliação em Profundidade iniciaram no Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 2004. Avaliar em profundidade permite o/a pesquisador/a trazer a aproximação entre o campo da análise e o da avaliação de políticas públicas. Envolve ao/a pesquisador/a quatro importantes dimensões na análise e avaliação: a análise do conteúdo institucional do programa, análise do contexto que a política/programa foi formulada, o percurso institucional da política/programa e o espectro temporal e territorial. Rodrigues (2008, 2011, 2016).

⁶ Em 2015, foi desvinculada da ESP-CE e, hoje promove sua própria Residência Multiprofissional. É a instituição que forma e certifica os/as profissionais-residentes multiprofissionais, em parceria do Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS).

⁷ 04 vagas para profissionais do Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem.

⁸ A instituição forma e certifica os/as profissionais-residentes de medicina, em parceria do Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS).

Recordo-me a entrada da Residência Multiprofissional da RIS/ESP-CE ter sido um dos eventos similares a um furacão. Ora, quem eram esses/as novos/as profissionais com o título de profissionais-residentes, até então resguardado aos “residentes-médicos”? Em 69 anos de existência, o hospital nunca havia experimentado uma Residência Multiprofissional. A Residência era um evento, todavia, ainda muito considerada ao ato médico. O que se esperar disso? Destaco o que Dallegrave (2009, p. 213), traz sobre a metáfora do furacão “por onde passa, arranca o que está preso, remexe, movimenta e estremece”. E foi mesmo assim. Não necessariamente na mesma ordem. Era perceptível, que a Residência Multiprofissional incomodava. E tinha seu encanto também por isso. Acirrava a luta pelos espaços tradicionalmente fixados a alguém, a algum saber posto. Os/as profissionais-residentes multiprofissionais vislumbravam o conhecimento, o criar saúde, o produzir outras maneiras de trabalhar as questões da saúde na atenção oncológica.

Muito antes da chegada da Residência Multiprofissional, era impregnada uma narrativa de um lugar protegido por um conhecimento piramidal, e no topo dela, a medicina. Já era estabelecido com outros/as corpos profissionais, ditos “*os não médicos*”. Deixo claro, não ser uma realidade exclusiva desta instituição. Minhas experiências profissionais pós Residência evidenciaram a comprovação de tal estrutura sócio histórico-cultural centrada nos espaços de saúde, seja hospitalar ou não. A trago, por ser o epicentro experiencial que me levou a iniciar o desejo em pesquisar as Residências.

As experimentações dos processos de trabalho na saúde, me indagavam acerca das práticas, o porquê delas. O que protege de forma homogênea e diferenciada um agente para outro numa mesma instituição de saúde ou no campo da saúde? É o saber? Quais são as relações ditas e não ditas aí? Assim, segui questionando as molduras de formação na saúde até o término da graduação, no final de 2013. No mesmo ano, já estava preparando os estudos para seleção da RIS/ESP-CE, instituição em que estive como estagiária. Era um campo epistêmico e um lugar laboral de interesse profissional.

Em 2014, entro como profissional-residente de Serviço Social da 2ª turma (2014 a 2016), da RIS/ESP-CE, na ênfase de Oncologia, no ICC. A *experiência* de profissional-residente em um Programa Multiprofissional no campo hospitalar, possibilitou-me rápido saber: “não estou mais estagiária”, aguçando algumas responsabilidades profissionais, como o de compreender a importância do aperfeiçoamento das práticas e da formação profissional como estratégias de fomento da educação permanente direcionada aos/as trabalhadores/as do sistema de saúde pública no contexto dos hospitais, em Fortaleza-CE. Toma corpo, aqui, o meu

desejo de estudos e pesquisas na área. Intensifico as pesquisas sobre Educação Permanente em Saúde, política pública de saúde, SUS e Residências em Saúde, dentre outras.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação - Mestrado Acadêmico em Avaliação de Políticas Públicas (PPGAPP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), em 2018, tive a oportunidade de *experenciar* o segundo encontro com o desejo de pesquisar a temática. Ao adentrar no campo dos estudos de avaliação das políticas públicas proporcionados pelo mestrado, venho adquirindo aprendizagens sobre novas perspectivas de avaliação no campo das políticas, associada a minha formação profissional em Serviço Social, fui (re)descobrimo a implicação das políticas públicas, bem como da avaliação delas perante o papel de destaque no bojo das relações sociais, econômicas, políticas, culturais. De tal modo, o interesse em pesquisar o Programa de Residência Profissional na Área da Saúde, modalidade multiprofissional e sob a perspectiva da Avaliação em Profundidade, acrescida do uso da abordagem experiencial⁹ de Lejano (2012), possibilitaram o alcance, aproximação das contribuições da pesquisa no que concerne a política de educação permanente na área da saúde pública, na atenção à saúde, no contexto hospitalar.

Assim como a RIS/ESP-CE, a imersão no mestrado de Avaliação de Políticas Públicas corroborou diretamente enquanto *lócus privilegiado* ao me fazer questionar acerca da necessidade e da defesa pelo aprimoramento dos processos de trabalho, da reelaboração das técnicas e ferramentas, mas, principalmente, avaliar como a RMS colabora e/ou auxilia para a educação permanente dos/as trabalhadores/as do/no SUS, no âmbito hospitalar, sob a perspectiva de pensar o contexto integralizado à saúde e do reconhecimento dos fatores biopsicossociais em que o sujeito está inserido, contemplando os aspectos que integram seu cotidiano. Estas foram e são algumas questões atinentes de uma parte da minha vida profissional e acadêmica que estão ligadas ao contexto da pesquisa em curso.

Subsequente a apresentação do contexto narrativo do lugar que nos levou a desenvolver esta pesquisa, é imprescindível, antes de tudo, tomar outro ponto de partida: um breve debate sobre a política pública de saúde, o SUS. Afinal, as Residências acontecem e estão no SUS. O SUS, uma política pública de saúde que antes mesmo do seu nascedouro, já estava constantemente ameaçada. Uma política que sofreu e sofre o duro desfinanciamento, os baixos investimentos. Uma política que não fora embutida como escolha à sociedade, não lhe foi

⁹ O modelo de abordagem experiência de Lejano (2012), propõe ao/a pesquisador/as uma avaliação das políticas públicas, articulando o *texto* e o *contexto*, ou seja, dialogando com a política, seus marcos legais com a condição de vida real dos/as beneficiários/as das políticas. Na abordagem experiencial, o/a pesquisador/a vai aos *lócus* aconcedor ou não da política, no contexto real dos sujeitos.

oferecida. É significativo que se diga, foi de luta e organização social dos movimentos sociais. Daqueles/as que acreditaram, lutaram para a criação e a regulamentação de um Sistema Único de Saúde provocador de mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas significativas, o que passou a exigir novas formas de trabalho no campo da saúde, provenientes dos princípios do novo sistema, postulado na hierarquização, descentralização e na democratização dos serviços de saúde, além da integralidade da atenção à saúde.

A necessidade de repensar os processos formativos na área da saúde é uma das bandeiras levantadas ainda no movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciada na década de 1970. Mesmo já sendo de conhecimento acerca da RSB, tornar-se extremamente relevante evidenciá-la e reafirmar que até os dias atuais lutamos por sua efetivação. Não é somente um ato político retomar o resgate das lutas históricas e de sua suma importância, mas, principalmente, nos tempos atuais, denunciar os ataques em larga escala difundidos contra a Seguridade Social, sobretudo, no atual governo ultraliberal em que vivemos.

De tal modo, reportar o resgate histórico da RSB é assumir a valorização da resistência e mobilização social que deram origem ao SUS. Por conseguinte, um segundo movimento corroborou forças ao SUS, quando, em 1986, na VIII Conferência de Saúde, elevaram-se as discussões da Reforma Sanitária perante às reivindicações da criação de um sistema único que garantisse o acesso universalizado e coletivo.

Ambos os atos gestaram e ampliaram as concepções sobre o processo de saúde/doença ou a ausência delas, em que se privilegiou a prevenção, a saúde pública e a gestão democratizada dos serviços. Entre os principais temas estavam o dever do Estado em promover o direito à saúde, garantidos por intermédio das políticas públicas sociais e econômicas. Temas específicos foram amplamente discutidos com esforços de tematizar a saúde em um patamar de ação enquanto política pública universal, seguido da criação e institucionalização do SUS na Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentado, em 1990, pela Lei n.º 8.080/1990. Estas leis garantiram o cumprimento do financiamento, da descentralização, da hierarquização dos cuidados mediante os níveis de complexidades e da participação popular¹⁰ nos serviços de

¹⁰ No atual governo, os espaços de participação social também vêm sofrendo fortes ataques. O decreto presidencial n.º 9.759/2019, possuía a pretensão de extinguir conselhos federais, comitês, comissões, grupos, fóruns ou qualquer outra denominação dada à colegiados que não tenham sido criados por lei. A medida eliminaria a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social, criados em 2014. Conselhos como do Idoso, Transparência Pública e Combate à Corrupção, Erradicação do Trabalho Infantil, Combate à Discriminação e Promoção de Direitos de LGBT, dentre outros importantes, estavam na mira do decreto, que foi derrubado após votação no STF. A imposição trata-se, percebivelmente, de severo retrocesso. Afinal, são organizações, espaços de controle social que possuem a função de integrar a sociedade nas discussões do Estado, representando os mais variados segmentos das populações e com participação dela. No início de

saúde. Começava, então, a reavaliação das possibilidades concretas de incorporação de novos elementos significativos aos modos de vida da sociedade brasileira.

É a (re)construção do modo de operacionalização dos espaços de produção e de atenção das práticas de saúde, caracterizadas por linhas/ações biomédicas, restritivas e conservadoras. Uma educação permanente da formação profissional direcionada aos/as trabalhadores/as do SUS, visto à promoção da saúde em sua totalidade, na contramão do histórico modelo biomédico, frente à descentralização e (re)democratização dos saberes para a inovação das práticas e incentivos, integrados ao ensino-serviço no ato da formação em serviço, sob a perspectiva de superação do papel positivista a caminho da ruptura do que predominantemente estava desenhado.

Com o advento do RSB, a saúde passa a ser percebida como política pública multifacetada, descentralizada da doença. A doença deixar de ser o principal foco, abrindo espaço para pensar a promoção de saúde. Nesta arena, a operacionalização do novo modelo precisaria contar com fortes estratégias, em oposição às restrições oferecidas pelo modelo médico-assistencial. Uma nova proposta lançada rumo à desconstrução da hegemonia médica de se pensar e definir saúde, reconstituída na integração e interação dos diversos saberes e atravessada por mãos de profissionais das distintas áreas do conhecimento. Por vez, os Programas de Residências em Área Profissional da Saúde, nas modalidades Uniprofissional e Multiprofissional, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, de forma a contemplar os eixos norteadores da política pública de saúde, iniciam a disputa pelos mesmos espaços construídos historicamente para os profissionais da área da medicina, oportunizando a interconexão das sapiências na transversalidade dos saberes.

Percebe-se o árduo caminho para se reelaborar modelos participativos, co-responsáveis e valorativos da subjetividade e da dimensão profissional habilitada para tratar as relações sociais, no contexto do processo de adoecimento, com ênfase na promoção da saúde sem focalização limitada na doença. Repensar questões atinentes às práticas de saúde vigentes e as futuras, galgadas na (re)construção do modo de operacionalização dos espaços de produção e de atenção das práticas de saúde, em sua maioria, em ações caracterizadas por linhas

agosto/2019, uma nota no diário oficial cancelava a convocação da 5ª Conferência Nacional da Pessoa Idosa, além da diminuição dos investimentos para realização de outras conferências Nacionais, com a da Saúde e Assistência Social. Claramente, utilizando-se da estratégia de tentativa de desarticulação dos movimentos sociais. Em posição contrária, alguns estados e municípios a partir dos atos de resistência da pressão popular e dos movimentos sociais interessados no acontecimento das Conferências e na garantia dos espaços de participação social, se organizam internamente para continuar as Conferências, mesmo com baixo orçamento para a realização.

biomédicas, restritivas e conservadoras, não finda. A dinamicidade é constante. O ato de refletir sobre ela deve ser o mesmo.

Relativo à conjuntura histórica da concentração hegemônica do poder médico, eleito como figura do topo hierárquico no processo de assistência à saúde, emanou rever, avaliar a formação dos recursos humanos que junto da medicina realizam o trabalho na área, reconhecendo a saúde enquanto conceito ampliado, sem enfoque na doença, de acordo com as necessidades e interesses da população usuária, tomada por princípios da política pública de saúde, uma vez que “uma política pública se estrutura, se organiza e concretiza a partir de interesses sociais” (SILVA, 2008, p. 90).

Uma educação permanente da formação profissional direcionada aos/as trabalhadores/as do SUS, visto a promoção da saúde em sua totalidade, na contramão do histórico modelo biomédico, frente à descentralização e (re)democratização dos saberes para à inovação das práticas e incentivos, integrados ao ensino-serviço no ato da formação em serviço, sob a perspectiva de superação do papel positivista a caminho da ruptura do que predominantemente estava desenhado. Compreender os sujeitos em seus contextos, considerando as macroestruturas e as condições socioculturais articuladas com as propostas de ações integradas para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, é desafiador, requer o uso dos mecanismos de produção de saúde na atenção ao cuidado que disponham de uma nova interface de concepção de saúde para além da ausência de doença. Esta prática reflexiva deve tornar-se ato permanente e não eventual.

Por vez, os Programas de Residências em Área Profissional da Saúde surgem enquanto estratégias de contraponto ao modelo vigente. Inserir demais corpos profissionais nas práticas de saúde ao democratizar o espaço de trabalho e a produção de conhecimento sanitário. A primeira experiência instituída legalmente¹¹ de Residência, aconteceu no estado do Rio Grande do Sul¹², promovida pela Escola de Saúde Pública do Estado (ESP/RS), a partir da década de 1970, voltada exclusivamente para a lógica da formação na área Médica. O objetivo era formar profissionais da categoria médica, considerada no topo de uma hierarquia possuidora de técnicas operacionalizantes e dos meios para a defesa e o prolongamento da vida. Alui Amoretti (2005) que as primeiras Residências eram desenvolvidas e centralizadas

¹¹ Carvalho (2018) corrobora acerca do histórico das Residências no Brasil, demonstra que as Residências Médicas surgiram na década de 1940, mas só instituíram legalmente quando lançado o decreto n.º 80.281, a definindo enquanto modalidade de pós-graduação *Lato Sensu*.

¹² O estado foi o pioneiro em promover os Programas de Residências, tanto, Médicas, quanto Multiprofissionais.

impreterivelmente nas Unidades de Ensino Hospitalares:

Os primeiros programas todos na área médica, surgiram dentro de instituições hospitalares. A necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais para o uso das tecnologias, então em franco processo de expansão por meio da indústria farmacêutica, de equipamentos, materiais e insumos, consagrou as residências médicas e a lógica da formação em serviço com aumento da formação de especialistas, nos hospitais de ensino. (AMORETTI, 2005, p. 144).

Sobre esse colóquio, denota-se que os Programas de Residências Médicas eram consideradas como o sistema pedagógico ideal para a formação dos profissionais da medicina, portanto, privativo ao campo médico. O decreto n.º 80.281, lançado no Diário Oficial da União de 1977, instituía a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), além de regulamentá-la como uma modalidade de Ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu*.

Na contramão da lógica hegemônica do ensino e da formação puramente médica, a ESP-RS, em 1978, dava um salto ao tornar seu Programa de Residência Médica em uma Residência na modalidade Multiprofissional. Era um dos adventos da onda da Reforma Sanitária. Se discutia por novas lentes os papéis, os lugares *da/de* saúde, para quem e quem a faz e a refaz. A experiência fora inovadora. Teve como base ser o primeiro Programa a incluir mais de uma categoria profissional no processo seletivo, oferecendo vagas as categorias de Serviço Social, Enfermagem e Medicina Veterinária. O modelo percorreu por todo o país, ganhou expansão e hoje abriga ao menos mais 16 novas profissões, 14 delas definidas pela Resolução n.º 287 de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), são elas: Assistentes Sociais, Biólogos/as, Biomédicos/as, Profissionais de Educação Física, Odontólogos/as, Enfermeiros/as, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos/as, Psicólogos/as, Médicos/as Veterinário/a, Nutricionistas, Farmacêuticos/as, Terapeutas Ocupacionais, além de Médicos/as. Em 2014, em conformidade com a Portaria Interministerial n.º 16/2014 do Ministério da Educação (MEC) em conjunto do Ministério da Saúde (MS)¹³, foram incluídos mais 02 núcleos profissionais, a Física Médica e a Saúde Coletiva.

Vale destacar, as Residências em Área Profissional da Saúde são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, de forma a contemplar os eixos norteadores da política pública de saúde, acontecem tanto na atenção terciária, quanto na primária, secundária e na gestão (secretarias, conselhos de saúde). As Residências, balizaram-se em um dos movimentos de disputa pelos mesmos espaços construídos historicamente para os profissionais da área da medicina, oportunizando a interconexão das sapiências na transversalidade dos saberes, em

¹³ Portaria Interministerial n.º 16, de 22 de dezembro de 2014 do MEC/MS, em seu artigo 1º – parágrafo único: dispôs da abrangência das áreas de Física Médica e Saúde Coletiva como profissões inclusas as Residências.

todos os níveis de atenção à saúde no SUS.

Os Programas são realizados por meio da parceria entre os Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação, com vista à valorização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) aos/as profissionais atuantes na saúde. Algumas das instituições promotoras das Residências, que acreditam e situam-se em um processo político, metodológico e pedagógico de ensino e aprendizagem, na perspectiva da formação em saúde, baseado no *Quadrilátero* da saúde, proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004). O Quadrilátero, segundo o autor e a autora, amplia a formação dos/as profissionais por interação viva e multifacetada, emergente no cotidiano do trabalho, frente a quatro importantes faces: formação (ensino), gestão, atenção (serviço) e participação (controle social). Todos os eixos são provenientes das diretrizes do SUS e devem ser absorvidos nas práticas de formação-ensino no contexto da saúde das Residências. Avançar para que os Programas em geral lancem seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) na perspectiva do Quadrilátero é uma das frentes de lutas dos movimentos de Residência.

A legislação determina às Residências, sejam elas em Área Profissional da Saúde ou Médicas, um regime de dedicação exclusiva. No primeiro caso, por um período mínimo de 02 anos (R1 – Residente do primeiro ano; R2 – Residente do segundo ano). No segundo caso, 03 anos. Ambos os Programas possuem uma extensa carga horária, 60 horas semanais, em serviço de tempo integral. Concernente aos da Área Profissional em Saúde, ao final dos 02 anos, totalizam 5.760 horas. As Residências possuem enfoque de ensino de pós-graduação *Lato Sensu* (Especialização em caráter de Residência com suas respectivas modalidades: em Área Profissional da Saúde Uniprofissional ou Multiprofissional em Saúde e as Médicas). Os Programas Multiprofissionais são destinados as dezesseis profissões de educação e atuação no campo da política pública de saúde destacadas na Resolução n.º 287/1998, do CNS e na Portaria Interministerial n.º 16/2014. Uma Residência, para ser considerada Multiprofissional, precisa oferecer, no mínimo, três das diferentes categorias profissionais.

O circuito das Residências em Área Profissional da Saúde se abre a criação de uma terceira modalidade, a Residência Integrada em Saúde (RIS), delineada com vista ao currículo integrado composto por diferentes corpos e categorias profissionais: residentes, docentes, gestores/as imersos aos diversos cenários de atuação (prática) e formativa (ensino e serviço). A RIS leva também o nome de *integrada*, como nos explicam Ceccim e Ferla (2018), por ocupar-se das interfaces cuja “formação técnica e formação para o sistema de saúde, formação para a área de especialidade e para o apoio matricial ao generalista ou vice-e-versa, formação para a

atuação biomédica e para a atuação psicossocial, formação para a intervenção e para a gestão da clínica etc.” (CECCIM; FERLA, 2018, p. 233). É sabido, por eminência, uma Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) evidencia requerer um trabalho multiprofissional, sobretudo, uma RIS requer também um passeio em outros cenários políticos-pedagógicos, de aprendizagem, do desaprender e reaprender junto à sujeitos, interlocutores/as comuns e incomuns aos seus pares, em espaço de ensino semelhante e dessemelhante aos da formação da graduação.

As Residências seguem o itinerário de ensino de rede-escola, hospital-escola. Baseadas na legislação¹⁴ de 2010, eram conduzidas por uma Instituição de Ensino Superior (IES), a qual era a formadora/docente, e por uma Instituição Executora que recebiam os/as profissionais-residentes em seus espaços de prática. É importante salientar, houve um processo de reestruturação das definições, em 2014¹⁵, desses componentes, quando as Instituições Executoras também passaram a ser consideradas Proponentes, ou seja, instituições formadoras e de ensino superior, simultaneamente. Ao mesmo tempo, são as próprias responsáveis por conduzirem as matrizes pedagógicas e a execução das práticas em serviço, inclusive, a de certificar os/as profissionais.

São uma das estratégias da PNEPS, esta instituída no ano de 2004, considerada uma grande conquista na transformação do trabalho e da educação em saúde, ao exigir e possibilitar a reorganização da formação profissional, desencadeada pela luta dos/as defensores/as de uma nova concepção de saúde gestada ainda no contexto da RBS, de acordo com as novas tendências e as mudanças decorrentes das situações de saúde da realidade local e regional da população brasileira. O marco antecedente à PNEPS foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003, via MS. A implementação da SGTES representa uma importante transposição para a formalização da PNEPS e das Residências, inclusive, direcionando o ordenamento da formação e do trabalho em saúde, por construir laços estruturados junto ao debate da RSB, bem como dos princípios e diretrizes do SUS.

Na esfera do Ceará, em 2008, foi instituída a Política Estadual de Educação Permanente em Saúde¹⁶ como forma de avultar a política de gestão do trabalho e educação em saúde, frente ao objetivo de transformar os espaços de produção de saúde por meio das práticas

¹⁴ Resolução CNRMS, n.º 02 de 2010, Brasília-DF.

¹⁵ Resolução CNRMS, n.º 05 de 2014, Brasília-DF.

¹⁶ Portaria n.º 955/2008 institui as diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/CE. (CEARÁ, 2008).

de ensino, pesquisa e assistência. Ellery et. al (2012, p. 01) explicitam que “estudos em diferentes países propõem articular ensino, pesquisa, serviço e comunidade, como uma estratégia para a melhoria da formação dos trabalhadores do setor saúde, como também para facilitar a educação permanente dos atuais trabalhadores da saúde”.

Tem de se considerar que somente foi possível instituí-la após um longo processo de negociações com o estado, por iniciativa da mobilização das diferentes representações dos movimentos de profissionais ligados/as ao campo da saúde, fortalecidos pela contribuição de grupos de pesquisadores/as e trabalhadores/as da área articulados/as com os preceitos e as diretrizes da RSB, do SUS. Em mesas de negociações com o Poder Executivo, reivindicaram a definição, implantação de uma política a nível de estado, visto a relevância da formação, qualificação de recursos profissionais, apreciando as necessidades de saúde local, regional, políticas e culturais, garantindo a ampliação do processo formativo dos/as profissionais atuantes nos municípios do Ceará e da capital. Vejamos, como foi atribuído o estímulo ao avanço da formação profissional e tecnológica no campo da saúde, no estado:

Estimulada pelas novas demandas advindas do processo de descentralização na área da saúde que, iniciado em 1989, avançou rapidamente nos anos subsequentes no Ceará, a partir da descentralização, as responsabilidades relacionadas à organização e à gestão do sistema de saúde em nível local passaram a ser assumidas pelas secretarias municipais de saúde. No entanto, para que pudessem assumir suas funções, novos conhecimentos e novos métodos de trabalho eram exigidos das recém constituídas equipes com novas habilitações. A Secretaria Estadual da Saúde passava-se a requerer competências mais complexas para a coordenação de um sistema que ampliava seus agentes e seus serviços. As necessidades, assim, no campo da produção de conhecimentos e, em especial, da educação dos profissionais de saúde, tornaram-se maiores e mais evidentes. (CEARÁ, p. 17, 2012).

É uma política que passou a ganhar paulatinamente extensão pelos municípios cearenses, entretanto, vem sendo ainda hoje construída com muito apelo e recursos de financiamento restrito. De tal modo, impõe-se a evocação da abertura da agenda política pública, preconizada na urgência da expansão incremental da matriz orçamentária, no sentido de garantir as prerrogativas correlatas em torno da formação dos recursos profissionais *do/no/para* o estado.

Em 2013, por intermédio do Pacto Federativo entre o MEC, o MS, o governo estadual, via Secretaria de Saúde (SESA), a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), as Secretarias de Saúde de trinta e dois municípios e um hospital filantrópico, lançaram o primeiro Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, na modalidade de Residência Integrada em Saúde. Foi a primeira IES a abranger simultaneamente grande parte do Estado com uma Residência de caráter interiorizado. Possui como objetivo macro “ativar-capacitar lideranças

técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde coletiva e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde Cearense” (CEARÁ, 2019b, p. 04).

Até o ano de 2020, a RIS/ESP-CE encontrava-se na VII turma seguindo como IES, com abrangência a dezenove municípios¹⁷ e as sete instituições hospitalares¹⁸, as quais são as parceiras da RIS/ESP-CE. Juntas, as instituições desenvolvem a Residência Integrada em Saúde da ESP-CE RIS no cenário de saúde do Ceará. Perpassam por diversos nível de atenção e atuação no campo da saúde pública do estado. Ao que concernem as unidades hospitalares, estas estão contempladas na Rede Terciária de Atenção à Doenças Crônicas: cinco estaduais da rede SESA, uma da rede municipal de saúde de Fortaleza e um hospital filantrópico conveniado ao SUS. A principal condução pedagógica do Programa é disparada pela RIS/ESP-CE e absorvida nas instituições parceiras dela. A certificação também fica de responsabilidade da ESP-CE.

Apesar da ESP-CE ser a maior IES de Residências no estado do Ceará, promovendo o maior número de Programas, não a faz ter a garantia de blocos de financiamentos necessários para abarcar uma Residência de tamanha proporção. Ela sofre com a escassez de recursos humanos e materiais. Uma IES que comporta ao menos 1.152 profissionais envolvidos/as no Programa, atuando com pífios recursos, em um cenário da saúde pública ancorado no estatuto das políticas ultraliberais. Como garantir um ínfimo de recursos em meio às dificuldades de construir modelos de pensar o trabalho, a formação em saúde sob proposta alicerçada na afirmação do direito à saúde, direito pelo e para o SUS, o direito à saúde pública? Direto de formação de pessoal das diversas órbitas do saber na composição da produção da saúde pública?

Dito o contexto ora apresentado, o qual nos subsidiou com a construção do problema e do objeto de pesquisa, desembocando no interesse em realizar uma avaliação em profundidade acerca dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, no campo hospitalar, no município de Fortaleza-CE, fora elaborada a seguinte pergunta-problema como ponto de partida da pesquisa: Quais ações-estratégicas da RIS/ESP-CE perante à educação permanente dos/as trabalhadores/as do Sistema Único de Saúde, lotados/as no Hospital de

¹⁷ Prefeituras Municipais de Acaraú, Acopiara, Aracati, Brejo Santo, Caucaia, Crateús, Fortaleza, Guaiúba, Horizonte, Icapuí, Iguatu, Milagres, Morada Nova, Porteiras, Quixadá, Quixeramobim, São Gonçalo do Amarante, Santa Quitéria, Tauá. (CEARÁ, 2019b).

¹⁸ Hospitais Instituto Dr. José Frota – IJF, Hospital Geral de Fortaleza – HGF, Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HM, Hospital Geral César Cals - HGCC, Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS e Hospital São José de Doenças Infecciosas – HSJ, Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO). (CEARÁ, 2019b).

Messejana, situado em Fortaleza-CE? Como já indicado, a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará - Componente hospitalar, fora a eleita para ser o *locus* da pesquisa. Dentre as instituições hospitalares parceiras da RIS/ESP-CE, o recorte será o Programa de Residência Multiprofissional da ênfase Cardiopulmonar, que desenvolve a carga prática e a teórico-prática de ênfase no Hospital da Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, situado em Fortaleza/CE.

Após a contextualização e a apresentação da construção do objeto, apresentamos os objetivos gerais e específicos da pesquisa em foco. O *Objetivo Geral* visa avaliar a Residência Integrada em Saúde (RIS/ESP-CE), na modalidade Multiprofissional – Ênfase em Cardiopneumologia, como estratégia de educação permanente dos/as trabalhadores/as lotados/as no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart, situado em Fortaleza - CE. Já os *Objetivos Específicos* objetivamos: Identificar como a RIS/ESP-CE - Ênfase Cardiopneumologia atua na Educação Permanente dos/as trabalhadores/as lotados/as no Hospital de Messejana; Analisar a concepção dos/as profissionais lotados/as no Hospital de Messejana acerca da Educação Permanente a partir da RIS/ESP-CE - Ênfase em Cardiopneumologia e Avaliar os eventuais desafios e avanços no processo de Educação Permanente dos/as trabalhadores/as do Hospital de Messejana - ênfase Cardiopneumologia.

Apresentados os objetivos do estudo e conforme o desígnio avaliativo sobre o objeto de pesquisa construído, além do ensejo em descobrir pistas, reflexões que contemplem respostas à pergunta-problema formulada, bem como o alcance dos resultados dos objetivos propostos, elaboramos os seguintes questionamentos: A RIS/ESP-CE provoca e/ou provocou mudanças no processo de formação dos/as trabalhadores/a da política pública de saúde no Hospital de Messejana? Como os/as trabalhadores/as lotados/as no Hospital de Messejana aperfeiçoam o trabalho em saúde no que se refere à formação, as práticas profissionais e a educação permanente mediante a inserção da Residência? Quais as potencialidades e os desafios perante à educação permanente dos trabalhadores/as nas unidades hospitalares? Após a inserção das Residências em Área Profissional da Saúde, os modelos hegemônicos de formação em saúde no âmbito hospitalar concentrados no *status quo* do saber médico-tradicional sofreram processos de rupturas? Ou seja, em qual medida cooperou e/ou auxiliou na provocação de mudanças na atenção à assistência, no cuidado e no ordenamento do saber?

A partir destas perguntas, definimos como recorte temático categorias analíticas em torno do objeto de pesquisa, as quais forneceram subsídios na construção hermenêutica do referencial teórico atravessado ao longo do estudo. São elas: Residências em Área Profissional

da Saúde, Residências Multiprofissionais em Saúde, Residência Integrada em Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Avaliação de Políticas Públicas, Políticas Públicas, Política Pública de Saúde e Estado. Já o recorte (inter)disciplinar, ficará à cargo das disciplinas do campo da saúde, ciência política, antropologia, sociologia, direito, dentre outras.

À luz das inquietações e questionamentos percorridos outrora, que reforçam o objetivo de desenvolver uma pesquisa no campo das Residências, principalmente, das práticas de saúde (re)produzidas na unidade hospitalar - *contexto da experiência da pesquisadora* -, que ainda se dão de forma tradicional, revestida pelo forte investimento do saber médico sobre as demais profissões. Surgiram, daí, indagações acerca desse processo, permeadas na perspectiva dialética, somada ao pensamento contra-hegemônico, de pensar o fazer saúde em modelos mais abrangentes, inovadores, que integrem no contexto das unidades hospitalares, os saberes multiprofissionais e interdisciplinares.

Outra constante, acerca da proposta investigativa da pesquisa, está na geração de conhecimentos científicos sobre a temática, viabilizando subsídios para o meio acadêmico e coletivo ao agregar valor às futuras pesquisas nas áreas afins, uma vez que não são costumeiramente exploradas. Neste prisma, Rodrigues expressa que “no Brasil, é apenas no final da década de 1980 e início da década de 1990 que a temática da avaliação das políticas públicas intensifica-se, assumindo, um papel de destaque nas administrações públicas” (RODRIGUES, 2008, p. 08). Tomando como consideração o que nos diz Martinelli (1999), a pesquisa é um exercício político e possui um sentido de cunho social, deste modo, ao finalizar o estudo, iremos realizar grupos com os/as participantes da pesquisa para socializar os resultados obtidos.

3 O CAMPO DA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: DESFAZERES DOS MODELOS HEGEMÔNICOS DE AVALIAÇÃO

Por que falarmos de avaliação de políticas públicas e qual a importância do seu lugar? E qual é o seu lugar? Iniciamos nosso capítulo com as indagações postas. Para tanto, compartilhamos que quando decidimos trazer o debate da avaliação de políticas públicas, tivemos a pretensão de abordar algumas das diversas questões conceituais, teóricas e metodológicas utilizadas na área, bem como apresentar o que vem sendo feito nesse sentido.

Ora, *nosso lugar de fala* também trata-se da imersão no curso de pós-graduação *Scriptu Sensu* em Avaliação de Políticas Públicas, da UFC. Propor a avaliação de um programa com extensa multidimensionalidade e multicomplexidade, como são os Programas de Residências em Área Profissional da Saúde, sem o cuidado sequer de fazer uma defesa da importância em discutirmos a epistemologia envolta do campo da avaliação de políticas públicas, não seria generoso com o próprio objeto da pesquisa, que, por si só, pede uma explanação das perspectivas e do desenho de avaliação utilizado pelas pesquisadoras para realização do estudo.

Por outro lado, não contemplar, em concomitante, as contribuições produzidas na área da avaliação, visto que a própria apresenta-se enquanto espaço epistemologicamente rico e em construção, com uma vasta implicação conceitual teórico-metodológica, é desconsiderar cabalmente os legados históricos na constituição de um campo crescente em avaliação das políticas e programas públicos no Brasil, além de desvalorizar o seu lugar nesta pesquisa. Estamos também falando a partir de um programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, outro fator preponderante quanto à discussão do campo da avaliação. Para tanto, seguem nas próximas seções o aporte sobre os diversos olhares acerca da temática, o encontro e a tomada por parte das pesquisadoras pela perspectiva de Avaliação em Profundidade proposta por Rodrigues (2008, 2011, 2016), bem como revelar a justificativa de seu uso e os pressupostos teóricos e operacionais na pesquisa.

3.1 O campo da Avaliação de Políticas Públicas no Brasil

A avaliação de políticas públicas é uma das temáticas que vem ganhando força e destaque no Campo de Públicas¹⁹ a nível global. Uma literatura relevante e especializada vem

¹⁹ Ao fazer referência ao Campo de Públicas, remete-se à formação, pesquisa e atuação nas áreas dos cursos de graduação e pós-graduação em Administração Pública, Gestão Pública, Políticas Públicas, Gestão de Políticas

se construindo em torno da temática de maneira crescente. Contudo, em relação a outros países, o Brasil deu início tardiamente a avaliação das políticas. Na década de 1960, Trevisan e Bellen (2008) comentam que a avaliação timidamente vinha sofrendo mudanças de foco e função. Na época, dava-se ênfase ao fornecimento de informações ao Estado, garantidas por meio do *feedback* das ações governamentais, os quais deveriam ser “capazes de demonstrar a existência de uma situação que precisa de atenção e atuação do governo” (CAPELLA, 2018, p. 40).

Posteriormente, na década de 1980, quando se buscava mais *eficiência* na alocação de recursos, o foco foi direcionado para a (re)alocação fundamentada em critérios orçamentários. Rodrigues (2008) nos revela que “apenas no final da década de 1980 e início da década de 1990 que a temática avaliação das políticas públicas intensifica-se, assumindo um papel de destaque nas administrações públicas da América Latina” (RODRIGUES, 2008, p. 08). Vale destacar, a partir de 1990, o surgimento das associações de avaliadores/as definindo uma modalidade, uma subárea profissional e científica para os estudos, dispondo dos/as profissionais das mais diversas áreas do conhecimento (conhecimento multidisciplinar), organizando eventos científicos, escritos, artigos, livros, revistas científicas, todos com orientações teóricas-metodológicas e instrumentais para o manejo da avaliação.

No caso brasileiro, enfatizamos, em acordo com os estudos de Rodrigues (2011, 2016), o campo da avaliação ainda não havia alcançado os tempos gloriosos, pelo menos não por completo, mesmo o campo tendo revelado crescimento a nível global. Tanto não alcançou enquanto uma subárea de atuação profissional, como acadêmica. Isso quer dizer que mesmo com a multiplicidade dos cursos de graduação e pós-graduação na área de políticas públicas, não tivemos, até então, uma densa produção acadêmica, dadas as dificuldades de construção de patamares que elevassem a avaliação ao panorama estatal, de preocupação do Estado com a representação das suas políticas públicas e os efeitos delas sobre os diversos aspectos da sociedade brasileira, além do escasso investimento no âmbito científico/universitário para impulsionar o fomento de estudos do tipo.

A inquietação no assunto iniciou-se em 1990, quando a principal motivação para o esforço analítico era repensar o Brasil no contexto da redemocratização e os rebatimentos do Estado gerencial-neoliberal. Debates se alargaram substancialmente por conta de o país exercer

Públicas, Gestão Social e Avaliação de Políticas Públicas. O campo vem conquistando reconhecimento e identidade institucional, quando em 2014, fora reconhecido enquanto espaço de formação acadêmica e profissional, culminando na elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais próprias. Mais informações, visitar o site institucional da ANEPCP (Associação Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo das Públicas) por meio do endereço eletrônico: <https://www.anepcp.org.br>

uma relação de forte dependência das agências internacionais, as quais eram financiadoras de algumas das políticas públicas, principalmente na área social. A exemplo, tínhamos bancos internacionais investindo, gerenciando e avaliando as políticas e os resultados dela, como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Internacional para Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD). Estas agências passaram a exigir com mais critérios a elaboração de sistemas de monitoramento e avaliação dos projetos por elas financiadas e impuseram no contorno dos critérios neoliberais – *eficiência, eficácia e efetividade*²⁰ – como elementos constitutivos do enfoque avaliativo. Atendendo à exigência de se verificar os resultados dos investimentos da administração pública, da agenda governamental-internacional imposta à avaliação, no Brasil, como elemento constitutivo da gestão.

Acerca do enfoque atribuído à avaliação em graus de *eficiência, eficácia e efetividade*, destacamos o que escrevem Fagundes e Moura (2009, p. 90/99):

[A base contemporânea é o de que a avaliação é atribuição de mérito ou julgamento sobre o grau de eficiência, eficácia e efetividade de políticas e programas sociais...] A partir de informações advindas de processos de avaliação, é possível identificar e incentivar os programas que funcionam com mais efetividade, eficiência e eficácia, bem como orientar aqueles com fraco desempenho, no sentido de seu aperfeiçoamento, da correção de erros e da superação de obstáculos. Isto é, a partir da comparação dos objetivos, metas, população-alvo e recursos empregados com custos, efeitos, impactos e resultados efetivamente verificados na implementação, é possível estabelecer apreciações sobre a cobertura e as condições de eficiência, eficácia e efetividade dos programas sociais.

Nos contrapomos ao autor e autora, ao conceberem e fortalecerem que o processo de avaliação tão somente se equipare ao patamar de desempenho gerencialista, explorada por base de conceitos modais utilizados em cima de custos, efeitos, impactos ao longo do processo de implementação da política, ou seja, por uma parte do ciclo da política pública, com forte diminuição do papel da avaliação. Muito embora, mesmo ao não se referirem só ao ciclo da implementação, mas como a de qualquer um, nos valem, ainda, da contestação do uso das três variáveis de *eficiência, eficácia, efetividade* subjacentes às concepções requeridas ao das agências multilaterais. Daí, vemos a preocupação com as definições operacionais, conduzidas por um modelo técnico-formal de avaliação, distanciado da agenda analítica-política. Um delineamento avaliativo deficitário, incapaz de decodificar e alcançar as bases das

²⁰ Como forma de continuar na mesma linha de debate, trouxemos o que para Fagundes e Moura (2009) consideram sobre *eficiência*: tem por objetivo reestruturar a ação para obter, ao menor custo e ao menor esforço, melhores resultados; *Eficácia*: significa aferir o alcance das metas propostas por um programa ou política, ou seja, medir quantitativamente o número, por exemplo, de beneficiários atingidos. *Efetividade*: impacto do planejado sobre a política ou programa, ou melhor, um estudo dos efeitos da ação.

multiplicidades atravessadas na ontologia social, limitando a atuação das políticas públicas aos efeitos esperados de um grupo-controle, ou seja, os marcos regulatórios do Estado e do mercado, sem levar em consideração a construção dinâmica da realidade.

Vejamos o que Gussi e Oliveira (2016, p. 87) tem-nos a dizer acerca do caráter avaliativo vinculado à definição de metas e objetivos na provisão dos serviços dos programas e das políticas:

A avaliação de programas, projetos e políticas, sobretudo governamentais, baseados em critérios pré-definidos de eficiência, eficácia e efetividade, quase sempre reduzidas à dimensão econômica. Essas avaliações têm por intuito demonstrar o sucesso ou fracasso das políticas a partir da construção de indicadores, notadamente estatísticos, que revelam a otimização da relação custo-benefício, previamente calculada, em relação ao investimento realizado na execução das políticas. É preciso frisar que esse modelo não dá conta de tratar das contradições do Estado.

Cabe aqui falarmos, por ser comumente encontrado e discutido no campo teórico/científico o modo avaliativo por estas variáveis, que não se trata apenas de um contraponto, uma crítica deslocada de uma reflexão imputada ao uso delas. Pelo contrário, como constatamos junto à Gussi e Oliveira (2016), trata-se de como são percebidas e postas as intencionalidades em práticas validadas no cotidiano dos desenhos avaliativos por seus diversos atores, especialmente, os agentes envolvidos na área burocrática, normativa, legislativa, analista e implementadora da política.

De tal maneira, admitimos a importância na utilização das variáveis, entretanto, comprometidas em práticas fora da dimensão técnico-operativa, pois extraem e transformam, em síntese permanente, um contexto cultural, social, político das políticas e seus resultados, recaindo em uma avaliação orientada por valores políticos-ideológicos, típicos daquela demandada pelos organismos financiadores. Como disserta Jannuzzi (2016), em prol da primazia pela “qualidade do gasto público”, da “conformidade processual” ou do “aprimoramento em busca de maior impacto social” das políticas e programas públicos.

Gussi e Oliveira (2016) fortalecem a nossa crítica ao esclarecerem as representações distintas do que vale cada grau de avaliação normativa-positivista pautada nas variáveis de controle. São identificadas concepções e percepções distintas para cada agente do grupo, aos/as analisadores/as uma forma de conceber essas variáveis, aos burocratas, uma segunda representação e aos/as beneficiários/as, chamados pelos autores de cidadãos, o desafio de atribuir ou não um valor, significado de tais ganhos às políticas, portanto, uma terceira representação.

As representações de eficácia e eficiência são distintas para burocratas, avaliadores e cidadãos. Os primeiros e os segundos têm a capacidade de analisar os processos internamente, corrigindo-os e/ou aperfeiçoando-os a fim de satisfazer suas agendas, que podem encerrar diversos interesses (corporativos, políticos, sociais, individuais, dentre outros). O desafio para os cidadãos reside na capacidade de serem – ou não – capazes de atribuir valor (ou significado) a essas questões porque tais ganhos podem – ou não – ser tangíveis. A tangibilidade do ganho é uma das condições para que o cidadão reconheça a modernização ou as respostas do Estado. (GUSSI; OLIVEIRA, 2016, p. 86).

Neste sentido, o campo merece a construção de novos parâmetros para uma perspectiva avaliativa. A avaliação não envolve por si somente os organismos financiadores internacionais, os quais exigiam para financiamento a execução de critérios neoliberais de avaliação, prescrevendo e manipulando indicadores dos resultados a serem produzidos pelos programas e políticas financiadas, sem levar em conta como as políticas apresentavam os interesses de demandas coletivas. Ou seja, havia por direcionamento da política, programa já elaborados por um grupo de burocratas, formuladores/as, analistas, para um outro grupo de determinadas pessoas, que por eles/as eram totalmente desconhecidas. As políticas e programas já vinham postos com recorte de tempo da execução, as ações e serviços oferecidos, os critérios de elegibilidade, quem são os/as beneficiários/as, dentre outros. O tipo de avaliação baseada no modelo *Top-Down*²¹, ou seja, de cima para baixo.

Como denotam Gussi e Oliveira (2016), a partir da década de 2000 “o crescimento quantitativo e a importância das políticas sociais fomentadas pelo Estado brasileiro, a avaliação de políticas públicas começou a ser problematizada quanto à sua forma, usos e intencionalidades políticas” (GUSSI; OLIVEIRA, 2016, p. 84). Ao Estado exigia assumir um papel estratégico na articulação e direcionamento ao compartilhar a gestão das políticas públicas, delegando competência para um conjunto de instituições e sujeitos. Careceria daí tomar por assalto uma nova concepção dos critérios avaliativos aos agentes envolvidos nas políticas e programas públicos, sejam eles/elas os burocratas, os/as analistas, os/as avaliadores/as e os/as beneficiários. Desnudar a forma comitiana de se reger as políticas públicas e o campo da avaliação no patamar positivista, frente à ausência quase total de discussões referentes as problemáticas sociais e estruturais, percebendo que a sociedade não é um organismo possuidor de funções específicas e petrificadas, é por si só um ato corajoso e político.

²¹ “A primazia do Modelo Top-Down se deve às suas afinidades com o pensamento racionalista, por um lado; e, por outro, com o modelo weberiano de organização burocrática. A concepção de implementação consiste em um conjunto ordenado de atividades-meio para alcançar objetivos previamente. Nessa concepção, portanto, a implementação cabe especificamente aos burocratas, cuja margem de decisão limita-se aos aspectos operacionais e que devem se manter fiéis aos objetivos originais da política”. (ROMANANI; RUA, 2014, p. 08).

Ora, tudo isso começa a ser colocado em debate por meio de uma profunda crítica-dialética acerca dos eixos que englobam os aspectos político, cultural, social, econômico das políticas públicas e da avaliação, bem como a relação da intencionalidade das políticas com a sociedade. Trata-se do questionamento legítimo do papel do Estado, do papel do campo das políticas públicas, da avaliação. O que nos remonta a indagações acerca de em que medida o modelo das agências considerava o comprometimento social e coletivo do programa, da política por elas financiadas? Adentramos aos aspectos mais delicados aqui, o de começar a questionar qual a objetividade destas políticas para o Estado, em especial, para a sociedade. E os fatores que atribuem significados a elas.

Tomemos como nota, para fortalecer nossa crítica, o que Sobrinho (2004) indiscutivelmente traz para enriquecer nossa contraposição aos/as autores/as cunhados na perspectiva gerencialista: o reconhecimento de que a avaliação exerce um papel motor nos sistemas, nos grupos sociais, nas instituições, ou seja, no campo prático e subjetivo das políticas públicas. De tal modo, não podemos descontextualizar e desconsiderar as diversidades das questões dimensionadas nas relações sociais, as quais estão por excelência entranhadas no campo das políticas públicas brasileiras, por conseguinte, no da avaliação.

O que nos faz levantar as seguintes perguntas: como e quais os sentidos que realmente importam num processo avaliativo? Como uma avaliação pode apreender a realidade em sua totalidade ou ao menos aproximar-se dela? A avaliação apenas legitima um resultado a fim de uma dada política, em vista à ideia de cumprimento de metas propostas nos objetivos da política? Ou ela é realizada de forma que possibilite o exercício do controle social da política, disponibilizando aos sujeitos instrumentais críticos para o questionamento e ação? A avaliação tem possibilitado o ordenamento e a mobilização dos sujeitos alvos da política ou ela não incentiva sua participação no cumprimento dos fins da política? Ela constrói mecanismos de comprometimento dos sujeitos envolvidos ou ela se efetiva a partir de um distanciamento epistemológico-metodológico entre avaliadores/as e avaliados/as?

Bem, é notório que os/as avaliadores/as devem ter em mãos a propriedade dialética em se fazer essas questões indagativas e interrogativas no processo de avaliação das políticas públicas, afinal são questionamentos que se desdobram em muitos outros. Isso lhes permite perceber o caráter antagônico dos conflitos entre os grupos a cada etapa de um processo, como parte de um todo, percebidos por múltiplos ângulos ao interagir com os fenômenos imbricados no centro da realidade e/ou das realidades, bem como apreender os avanços teórico-metodológicos que aportam novas formas de compreensão e de práticas inerentes aos diversos

ângulos da abordagem da realidade social, enriquecido pela complexidade exposta de uma pluralidade de respostas inconclusas da dinâmica social imputadas ao campo da avaliação.

Concluimos o primeiro tópico de discussão, o qual contribuiu para compreendermos a perspectiva avaliativa apresentada na próxima seção do trabalho, uma vez que já realizamos um debate acerca de como se deu o campo da avaliação e como ela adquiriu forte presença no contexto brasileiro.

3.2 Os modelos contra-hegemônicos de avaliação: O *salto* para avaliação pós-construtivista

Iniciamos este tópico com o que Silva (2014) afirma sobre existir uma gama de possibilidades de definição para avaliação. São múltiplas concepções em seu amplo aspecto, como, por exemplo, o processo de julgamento que se faz sobre as práticas cotidianas e que pode ser usado como avaliação. Para Andriola (1999), a avaliação é uma atividade científica que tem a pretensão de obter informações úteis acerca do objeto analisado com duplo propósito: permitir sua valorização e possibilitar seu aprimoramento. Já para Souza (2003), a avaliação permite o acompanhamento e a análise da implementação de políticas que auxilia todas as etapas do planejamento, orientando o/a avaliador/a as tomadas de decisão.

Podemos perceber o conjunto de definições acerca do que os/as autores/as interpretam e analisam a avaliação. São diversas as concepções de avaliação. Daí, poderíamos ter mais e mais definições, ir ao encontro do cotejamento delas, ou seja, o confronto de ideias e quem sabe até mesmo montar um quebra-cabeça com inúmeras variações das definições. Todavia, este não é o ensejo da discussão deste trabalho. A proposta, de forma didática, vem ao encontro da dialogicidade concernente entre algumas das perspectivas epistemológicas essenciais no circuito da construção do saber no campo da avaliação de políticas públicas com enfoque no pós-construtivismo. Não pretendemos estender por demais o trabalho com os vastos apostolados históricos. Traçamos a seguir um diálogo com os principais pontos que nos farão entender o porquê de se pensar e realizar uma avaliação no motes pós-construtivistas. Acrescentamos que avaliar não se dá pelo ato próprio de avaliar, mas a partir dos quatro questionamentos na figura a seguir:

Figura 1 – Perguntas-chave para uma avaliação pós-construtivista.



Fonte: Elaborado pelas autoras, tomado como bases os referenciais teóricos utilizados na construção das categorias analíticas enfatizado por Gussi e Oliveira (2016).

Tomando como referência os quatro questionamentos, ao mesmo tempo, promovendo um espaço para pensá-los juntos/as, podemos iniciar afirmando não existir um só modelo de avaliação, ou seja, apenas uma avaliação monoreferenciada. Como já bem vimos, a avaliação possui uma multidiversidade, carrega em si uma problemática plural que ultrapassa amplamente os âmbitos acerca dela, até mesmo os mais restritos, por ser direcionada a uma ação pública, a uma ação coletiva. A avaliação ou as avaliações nos nossos tempos são declaradamente cada vez mais um assunto de interesse da sociedade, não somente e tampouco circunscritas no interesse enclausurante do Estado e de suas das agências multilaterais.

À guisa do exposto e como forma de edificar nossa defesa, lançamos o pensamento de Dias Sobrinho (2008) ao afirmar que avaliação pode ser percebida como polissêmica, aberta, ou seja, plurireferenciada, pois cada um de seus aspectos sempre se remete a outros e não podem ser compreendidos isoladamente. Além do mais, a avaliação carrega em si outras naturezas no plano plural dos valores da ética, da cultura e das relações sociais. Ora, não mais objetiva e tampouco subjetiva essa afirmativa. Isso porque a avaliação não se isenta do mundo, da visão de mundo, muito pelo contrário, é no mundo e para o mundo que estende sua ação e intervenção. Nem do ponto de vista técnico ou dos seus propósitos, a avaliação de hoje pode ser considerada a mesma praticada em outros tempos. Por isso, retomar as quatro perguntas de Gussi e Oliveira (2016), o como avaliar? Para quem avaliar? Por que avaliar? E o que se avaliar? Daí, rebatemos com um outra pergunta: qual é o sentido de avaliar as políticas públicas?

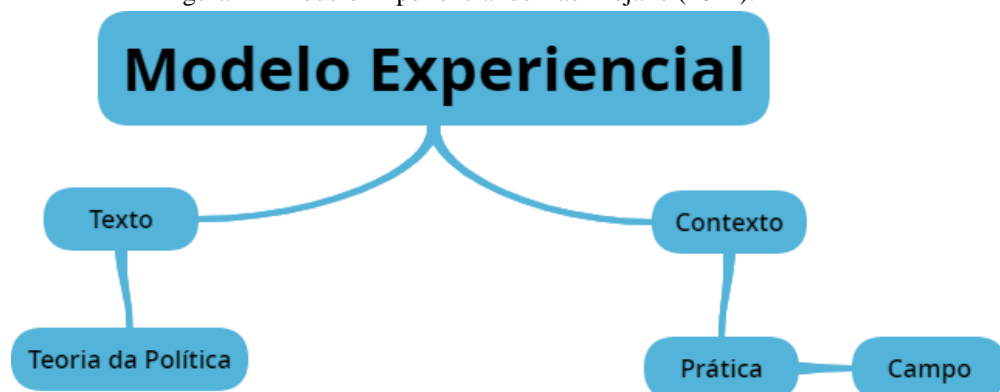
O processo avaliativo é necessariamente circular, pois a avaliação é tudo que rodeia o campo. É tudo que perpassa a política pública. A avaliação por si só tem de alcançar a complexidade e a multidimensionalidade. Não se pode desconsiderar os pontos mais sutis que ultrapassam o *informal*, ou seja, aqueles pontos de cunho subjetivo, simbólico, ambiental e não

meramente escorrer nas teias das linhas do institucional e econômico. Raul Lejano (2012), cientista político pós-construtivista opõe-se criticamente aos modelos de avaliação tradicionais positivistas e até mesmo os construtivistas. Indica uma proposta galgada em novos parâmetros para análise das políticas a partir de uma perspectiva pós-construtivista, assumindo uma abordagem experiencial, com a articulação do *texto* e do *contexto*.

O argumento central do autor é que os métodos clássicos partem de uma lógica do *texto* linear calcada em testes de hipóteses, transformando a racionalidade do modelo avaliativo em um valor *per se*, de tal modo, não levam em consideração o *contexto* do sujeito. Enquanto, na abordagem experiencial, os resultados advêm fundamentalmente da autenticidade, da descrição da complexidade, da multicausalidade do *contexto*, ao invés de serem centrados na mensuração de um resultado fim de um dado objeto de estudo. Estes modelos mais tradicionais de análise das políticas possuem um entendimento predeterminado, que impede a compreensão da política na forma como ela realmente ocorre, é vivida e experienciada pela multiplicidade dos próprios atores nos seus *contextos*. O autor acredita que para que o fenômeno possa ser apreendido e compreendido em sua totalidade, deve-se adentrar e experimentar o *contexto*, “nesse modelo o critério é a autenticidade, isto é, o quão verdadeira é nossa interpretação de uma situação política em comparação com a experiência concreta dos atores políticos” (LEJANO, 2012, p. 206).

Falamos sobre o *texto* e o *contexto*, mas, afinal, o que significam? Para melhor compreensão, desenvolvemos um desenho do modelo de análise das políticas de forma experiencial, traçado pelo autor.

Figura 2 – Modelo Experiencial de Raul Lejano (2012).



Fonte: Elaboração pelas autoras, baseada na Abordagem Experiencial de Lejano (2012).

Como melhor forma de explicitar as tipologias, após o demonstrativo na imagem, discorreremos os conceitos categóricos. O *texto* é tudo aquilo que advém dos processos públicos, são as instituições, a política, o ordenamento jurídico, as leis, normas, os acordos coletivos,

dentre outros. Já o *contexto* nada mais é que a própria prática da vida, é o campo, o centro, é o próprio sujeito, são as maneiras pelas quais as pessoas compreendem as coisas e conduzem as tarefas na vida real, são os *habitus*²², os fenômenos que rodeiam o sujeito. É a arena onde eventos e ações são trabalhadas. Tanto o *texto* quanto o *contexto* passam constantemente por um processo de interpretação e reinterpretação, visto a dinamicidade dos fenômenos. Por isso, também, não devem ser aplicados separadamente em hipótese alguma, considerando que a análise política tem que levar em conta o *contexto* e o *texto* no qual a política vai ganhar forma e as maneiras de adequação deles.

A virada do *texto* para o *contexto* é o que se caracteriza a noção de pós-construtivismo na concepção do autor, já que tem como objetivo principal aproximar o *texto* e o *contexto*, ou seja, o campo teórico da prática. E assim fomentar a pluridimensionalidade da análise e a ampliação do alcance avaliativo, pois considera-se as múltiplas situações políticas do *texto* e do *contexto*, ao não insistirem em um plano analítico/avaliativo simples, unidimensional, ou ainda, como disserta Sobrinho (2008), monoreferenciado. A priori, para tanto, deve ser sabido e admitido, por parte do/a analista/avaliador/a, que a política é um processo público, comunicativo, e precisamos de algum modo unir o intervalo que há entre experiência, natureza, contexto, campo, objeto, de um lado, e análise/avaliação, teoria, texto, centro e sujeito, de outro.

Lejano (2012) nos propõe novas formas de superar os limites dos modelos de análises das políticas vigentes. Provoca o corpo de analistas/avaliador/as a uma análise de políticas que deve considerar as múltiplas dimensões da experiência e do entendimento da

²² O conceito de *habitus* em Bourdieu (1989) propõe uma ruptura ao paradigma estruturalista, a qual posiciona o sujeito em um mero epifenômeno das estruturas sociais, sem recorrer às filosofias centradas na consciência do sujeito. Diz respeito à transmissão e a maneira como determinado capital cultural de uma classe social é incorporado e reproduzido pelos agentes. Para Luïc Wacquant (2007), a ideia de *habitus* em Bourdieu buscava diluir a oposição entre subjetivismo e objetivismo, entre individualização e socialização. Nesse sentido, “*habitus* é uma noção mediadora que ajuda a romper com a dualidade de senso comum entre indivíduo e sociedade ao captar “a interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade”, ou seja, o modo como a sociedade torna-se depositada nas pessoas sob a forma de disposições duráveis ou capacidades treinadas e propensões estruturadas para pensar, sentir e agir de modos determinados, que então as guiam em suas respostas criativas aos constrangimentos e solicitações de seu meio social existente” (WACQUANT, 2007, pp. 65/66). Ainda, para Wacquant, o *habitus* é uma categoria eminentemente social, “história individual e grupal sedimentada no corpo, estrutura social tornada estrutura mental” (WACQUANT, 2007, p. 66), transferível, não estática, mas dotada de certa inércia incorporada, o *habitus primário*, língua de origem, costumes familiares, modos de classe, e certa defasagem em relação a sua história passada e as interpelações presentes, o *habitus secundário*. Para Jessé Souza, em *Subcidadania brasileira*, “fruto de dada condição econômica e social, o *habitus* implica a inscrição dessas condições, especialmente as relativas às experiências infantis, que passam a ser traduzidas no sujeito como um conjunto de estruturas perceptivas e avaliativas que servirão como uma espécie de filtro para todas as outras experiências posteriores. O *habitus* seria, portanto, um “esquema de conduta e comportamento que passa a gerar práticas individuais e coletivas, sob a forma de esquemas de percepção, pensamento e ação, a garantia da correção de práticas no decorrer do tempo” (SOUZA, 2018, p. 80).

experiência sobre o que se pretende analisar/avaliar, atentando para a complexidade dos fenômenos, sejam eles de caráter processual, contextual, dinâmico e inflexível, os quais somente são apreendidos pelo entendimento de sua realização na prática, ou seja, pela imersão do/a pesquisador no *contexto*, no campo. Esta perspectiva, proposta por Lejano, dá à noção de experiência um lugar central nas formulações teórico-metodológicas.

No que tange à experiência, acreditamos ser necessário também explicarmos de qual experiência estamos falando. Ora, se discorreremos do modelo experiencial, nada mais certo do que construir o argumento que nos leva a interpelar o uso dela na nossa pesquisa. De tal modo, tomemos como nota o que o próprio autor faz referência ao falar sobre experiência:

O modelo de experiência, que se dizer, simplesmente, a via do conhecimento da pessoa (ou grupo) inserido na situação política. Esse modelo, por definição, respeita a contextualização e, na realidade presumo que não há análise fora do contexto a partir da riqueza da experiência e refletir isso em uma riqueza paralela de perspicácia paralela analítica. (LEJANO, 2012, p. 205).

Podemos afirmar, assim como está apontado, que o modelo experiencial consiste em evitar que a análise/avaliação de uma política seja feita de maneira simplista, reducionista e destituída do *contexto*. A resposta para isso, seria insistir em planejar outros meios de embasar a realidade no contexto e na complexidade das situações políticas reais vivenciadas por um grupo de sujeitos, pessoas. Muito embora, desvela o autor, que não conseguiremos por completo tocar ou até mesmo representar literal e absolutamente a realidade tanto objetiva, quanto subjetiva, entretanto, podemos assumir com mais confiança as descrições mesmo que parciais a respeito das situações políticas expressas nas diferentes linguagens do *texto* e do *contexto*, em outras palavras, no universo das políticas, que também é o universo social. Elas não são dissociáveis. Daí, por definição, presume-se que não há análise/avaliação fora da centralidade do *contexto*. Aqui, é o encontro da experiência ao refletir isso em uma riqueza paralela da perspicácia analítica/avaliativa.

Explicitado alguns dos aspectos do modelo pós-construtivista, vejamos, na próxima figura, o forte contraste entre os modelos avaliativos com posições opostas em todas as dimensões elencadas por Lejano. Trouxemos para exposição e discussão os modelos racional-positivista e o experiencial.

Figura 3 – Modelos Positivista e Experiencial.

Dimensão	Modelo Positivista	Modelo Experiencial
Lógica	Linear	Não linear
	Hipóteses isoladas do empírico	Interação pesquisador /empíria
	Teste de hipóteses	Teoria emerge da prática
Natureza do conhecimento alcançado	Resultado de análise de dados estatísticos (survey).	Multidimensional: diferentes tipos de dados e informações.
Análise	Teste de hipóteses	Hermenêutica -Holística
	Resultado final: correlação ou não com as hipóteses;	Integração das diferentes dimensões contempladas
	Crítérios: replicabilidade e confiança.	Crítérios: autenticidade da descrição da política como experiência
Objetivos	Prova estatística	Compreensão ampla e processual da dinâmica da política
	Respostas pontuais	Possibilidade de ação

Fonte: Elaborado por Rodrigues (2016) a partir de Lejano (2012).

No primeiro modelo - o clássico -, enfatiza-se efeitos da avaliação técnica, mediante o sistema de causalidade em que busca explicar a correlação ou não com as hipóteses já definidas e isoladas do campo, do empírico, ou seja, do *contexto* já esperando um determinado valor. A captura da realidade nesse modelo, aparentemente, nos leva a crer que o *texto* é supostamente imutável ou pouco variável, até mesmo estático. Para esse mote, não ocorre a existência da mutação do fenômeno, o que nos levaria a questionar, já que o sujeito é condicionado pelo meio, não o condicionaria a uma visão determinista do mundo social? Assim, seria tomado por fortes indícios de gerência de um conhecimento como sendo apenas algo objetivado?

Acerca destas indagações, Rodrigues (2015) nos esclarece e aprofunda que a obsessão pelo método, pelo resultado, a busca pela objetividade, está no pensamento tanto dos empiristas como dos intelectualistas (racionalistas), remetendo-se ao pensamento de Durkheim e no seu caráter conceitual de encontrar uma definição das categorias enquanto organizadoras da realidade de maneira objetiva.

Aqui, aguçamos outros indagativos e nos inspiram a desdobrá-los nas seguintes questões: Qual é ou qual seria a natureza do conhecimento a qual é desejado? De qual realidade se pretender apreender o fenômeno? A realidade é dada, objetivada? Os resultados/fenômenos advindos dela são cristalizados, formais? Afirmarmos, ao haver respostas positivas, após o contextualizado no texto, aparentaria elas na validação ao modelo racional-positivista, o qual

nos contrapomos enquanto modelo gerenciador tanto da pesquisa em pauta, quanto, do campo de análise e da avaliação das políticas públicas.

Indagações como essas, ao certo, nos levam a adotar a perspectiva de análise e avaliação das políticas públicas que se valem dos pressupostos do pós-construtivismo, questionando o postulado valorativo das avaliações tradicionais. Em oposição, elegemos aquela se designa a adoção de ação contra-hegemônica. Contudo, para o/a analista/avaliador/a fazer uso do modelo de abordagem experiencial, não deve ser por improviso, muito pelo contrário, requer que seja empregada uma melhor metodologia que se encaixe à situação política a ser avaliada/analísada.

Não se trata apenas de agrupar aleatoriamente diversas informações coletadas no contexto da política vivenciada no centro da realidade, é preciso um elemento de integração para as informações se tornarem coerentes, para isso, o/a analista/avaliador/a têm que tomar no todo o conjunto de conhecimentos e fazer as diferentes informações se encaixarem. Portanto, há necessidade de empregar com rigor os aspectos metodológicos nas etapas analíticas e isso não decresce a abordagem experiencial, na realidade, ela permanece. O modelo da experiência não pode ser vivenciado de modo solto, que impossibilite ou impeça de realizar um trabalho nas descrições mais puras, que se consegue alcançar daquilo experimentado, seja por parte do/a observador/a (analista/avaliador/a), seja do/a participante beneficiário/a da política.

Um fator relevante a ser exposto é a clareza da inserção da antropologia no modelo pós-construtivista, como, por exemplo, o experiencial. Defendemos a sua existência, por ela se destacar, mesmo que, na escrita, não aparente, ao longo do texto. Quando pomos o modelo à guisa da experiência, percebemos necessariamente os aspectos antropológicos *na* e *para* a pesquisa. Mesmo que esse não seja o *métier* do/a pesquisador/a, ou pelo menos, o principal.

Se pensarmos bem, tanto as instituições, a política, as leis, os acordos coletivos e as normas - *texto* -, não devem ser vistos envoltos ou apenas percebidos comumente em meio aos elementos materiais e estruturais, mas, sobretudo, vistos também por elementos na seara dos códigos culturais, do social, simbólico, do contextual, inclusive, as pessoas e o cotidiano - *contexto* -. Desta forma, as análises, até certo ponto, são derivadas pelo olhar do exercício da antropologia. É tão sabido nossa consideração, que Lejano (2012) cita o/a analista/a nesse modelo, não é o/a pensador/a olhando para o movimento da maré, em vez disso, é um “*peixe que nada no oceano*”, e isso requer, até certo ponto, um olhar antropológico, envolvendo a interpretação, descrição e análise dos fenômenos, como ressalta Jacobson (1991).

Em vista destas constatações, reverberamos que, no sentido amplo, o campo da avaliação de políticas públicas é por si só interdisciplinar, não somente pelo uso/emprego da antropologia. Extraímos também daí, a justificativa da inserção dela na área. Isto porque o campo da avaliação e das políticas públicas carecem de um estudo não restritivo aos aportes teóricos, eles devem ser advindos de uma reflexão rebuscada, ao mesmo tempo abrangente sobre o *texto* e *contexto*, por conseguinte, dependem de um conjunto de saberes contribuidores, sem o ordenamento do tradicionalismo-racional em enquadrar cada um na sua casta. Muito pelo contrário, aqui é o sentido reverso, ao mesmo tempo que se tem a positivação do encontro entre as profissões das áreas (*in*)comuns, o saber por eles investigados e identificados, há também a abertura para dialogicidade entre as diferenças entre si, remetendo as possibilidades potencializadoras do conhecimento que fora produzido e aquilo que ainda não se desvelou.

Diante do discorrido, recai-se a pergunta de como faremos no processo de integração das informações/resultados percebidos no modelo experiencial, utilizando a perspectiva antropológica para que as recomendações políticas respondam - ou se aproximem - à situação política como realmente é em toda sua complexidade?

Talamoni (2014) e Lejano (2012) apontam que a resposta talvez fosse indicada pelo uso da *descrição densa*²³, surgida na década de 1970 como método de observação criado pelo antropólogo Clifford Geertz. A descrição densa orientou as produções antropológicas, que na época, se contrapuseram à rigidez dos modelos positivistas de análise, especialmente, o estruturalismo, o qual adotava o interpretativismo como linha teórica para o entendimento da dinâmica cultural. Até os dias de hoje, a descrição densa tem sido muito utilizada nos trabalhos, por ser comprometida intensamente com a ruptura da visão positivista. Geertz, ao questionar a linha estruturalista-racionalista em analisar os fenômenos, colaborou com uma nova apreensão das estruturas significantes implicadas na ação social, que necessita, primeiramente, ser observada, percebida, apreendida, para depois ser apresentada.

Ao menos em uma grande parte dos trabalhos dos/as autores/as do modelo pós-construtivista, a descrição densa é sugerida, como, por exemplo, alguns/algumas dos autores/as utilizados/as nesta pesquisa, Lejano (2012), Rodrigues (2015) e Gussi e Oliveira (2016). Todos/as reportados/as são favoráveis ao uso dela, já que a partir desse novo observar abrem-

²³ Enfatizamos a necessidade de promover uma reflexão mais acurada se assim o/a leitor/a desejar acerca das contribuições da antropologia e a descrição densa. Indicamos como leitura o próprio antropólogo Geertz (1989) ou autores/as mais contemporâneos/as, como Gussi (2014, 2016), Ana Carolina Talamoni (2014) e Lea Rodrigues (2015).

se novas e profícuas portas à avaliação das políticas públicas. Vejamos alguns dos pressupostos que galgam essa explicação. Primeiro, o que já fora bem descrito no parágrafo anterior. Segundo, por percebemos que o modelo experiencial advém da pesquisa de natureza qualitativa, predominantemente, mesmo que não descarte a natureza da pesquisa quantitativa. Sendo que os estudos e pesquisas qualitativas carecem da descrição cuidadosa das respostas encontradas ou não nos fenômenos explorados. Terceiro, por auxiliar na descrição das análises reveladas, nos diferentes aspectos das situações políticas que formam ou formaram a experiência, tomando por base o uso da antropologia – ou não –. Quarto, por remeter-se à avaliação e a reflexão dos fenômenos, sendo estes circulares, as quais requerem que busquemos diferentes aspectos, perspectivas e dimensões observadas/experimentadas da situação política.

Neste ponto, há, indiscutivelmente, que se delinear um aspecto crucial no modelo. Temos que ter consciência que a análise e avaliação na abordagem experiencial não se dão no improvisado. O bojo da aparência, talvez, a abordagem experiencial nos forneça a intuição de ser centrada no empirismo solto, propiciado por meio da própria epistemologia da palavra *experiência*. Contudo, nos enganaremos se não levarmos em consideração a necessidade de haver uma metodologia para o uso da abordagem. Há algumas regras gerais que orientam o processo de análise, reflexão e avaliação. Lejano nos chama a atenção e indica que se deve fazer o uso coerente de técnicas para se alcançar a integração dos corpos das informações resultantes da pesquisa, ou seja, no nosso caso fim, o da análise e/ou avaliação de uma política. Para tanto, pode-se utilizar uma das facetas de análise, a qual, em geral, pode ocorrer por meio das diferentes abordagens, assim como o uso das diversas técnicas.

Elaboramos um quadro demonstrativo do conjunto de ferramentas à disposição do/a avaliador/a para auxiliar o/a pesquisador/a à desenvolverem uma pesquisa/avaliação sob a perspectiva do modelo experiencial.

Quadro 1 – Técnicas e abordagens do modelo de análise/avaliação experiencial.

(continua)

MODELO EXPERIENCIAL	TÉCNICAS	ABORDAGENS
	Trabalho de campo Observação participante Narrativas pessoais (por meio de entrevistas, testemunhos, grupos focais) Pesquisa participativa	<p>Metanarrativa: Envolve procurar uma narrativa mais elevada e abrangente que combine e contenha as diferentes partes do conhecimento.</p> <p>Composição: Nesse modo de integração, um meio adequado é encontrado ou construído, no qual os diferentes conhecimentos são apresentados juntos, como um todo unificado.</p> <p>Triangulação: Diferentes tipos de corpos de conhecimento podem coincidir e corroborar as mesmas conclusões em um processo geral-</p>

Quadro 1 – Técnicas e abordagens do modelo de análise/avaliação experiencial.

(conclusão)

MODELO EXPERIENCIAL	Técnicas de multimídia	<p>mente conhecido por “triangulação”.</p> <p>Testemunho: Envolve uma avaliação reflexiva de um ator político que está bem no centro da situação.</p> <p>Ação: Os diferentes conhecimentos podem ser usados para sustentar rotas de ação. A ação pode resultar de uma consideração sobre todo o conhecimento relevante.</p>
--------------------------------	------------------------	---

Fonte: Elabora pelas autoras conforme propõe Lejano (2012).

Reforça-se tanto as técnicas quanto as abordagens que serão utilizadas, de acordo com cada situação política a ser avaliada, dentro da perspectiva do modelo experiencial. O/a analista, avaliador/a tem de considerar a implicação do *texto* e do *contexto*, imputando o uso das técnicas²⁴ e abordagens específicas no processo de análise/avaliação.

3.3 A noção de *trajetória* no campo da Avaliação de Políticas Públicas

Ao assumir um itinerário balizado na perspectiva da Abordagem Experiencial, temos por decisão nítida a tomada pela ruptura das abordagens clássicas no campo da avaliação, sob a égide da busca em construir uma compreensão avaliativa postulada em critérios amplos e complexos. Neste ponto, convidamos ao/a leitor/a apropriar-se de um aspecto de forte impacto no campo da análise e da avaliação das políticas, em geral, pouco explorado no rol os estudos sobre a temática. Trata-se de elevar o patamar analítico sobre os estudos de trajetória no campo das políticas/da avaliação, já considerando que toda política advém de uma trajetória, parte dela e percorrer a partir dela. Tal afirmativa nos auxilia a compreender os deslocamentos das políticas nos diversos espaços sociais – no *contexto* -. Indubitavelmente, falar de trajetória é também um dos mais importantes alvos para o entendimento do que realmente ocorre no âmbito das políticas e programas, já que na seara tradicional é no plano rígido-inflexível do interior institucional das organizações, as deliberações possuem fortes conotações e desdobramentos a partir do conjunto decisório das ações.

Como forma de atribuir significação à noção de trajetória na pesquisa, tomamos com base o endossado por Pierre Bourdieu (1996, p. 81):

²⁴ Para definição melhor acurada acerca de cada uma delas, bem como, a aplicabilidade, sugerimos a leitura completa da obra do autor, indicamos o livro *Parâmetros para Análise de Políticas Públicas: a fusão de texto e do contexto* (2012).

A noção de trajetória como uma série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo), em um espaço ele próprio em devir e ser submetido a transformações incessantes. Tentar compreender uma vida como uma série única e, por si só, suficiente de acontecimentos sucessivos, sem outra ligação, que a vinculação a um “sujeito”, cujo a única constância é a do nome próprio, é quase tão absurdo quanto tentar explicar um trajeto no metrô sem levar em conta a estrutura da rede, isto é, a matriz das relações objetivas entre as diversas estações.

O autor faz a defesa da trajetória seja apreendida levando em consideração enquanto um sistema de traços pertinentes para a compreensão da trajetória individual e/ou de um grupo, constituída das posições que vão sendo sucessivamente ocupadas por determinados agentes seguida da correlação de forças, transformadas por incessantes mudanças. Dessa maneira, não busca interpretar a vida como um conjunto incoerente desenrolado seguindo uma ordem lógica, linear que se pode apreender de uma só vez, como se fosse um todo coerente, mas sim, como algo que se desloca no espaço social e não está vinculado apenas a um agente, mas a distintos agentes sociais (GUSSI, 2008; RODRIGUES, 2011b).

Antes de mais nada, faz-se o indicativo de incorporar a compreensão, que a noção de trajetória está intimamente associada à própria vida, a vida real dos agentes. É inseparável do conjunto de acontecimentos de uma existência concebida na dinamicidade da vida. Por conseguinte, as instituições seguem o mesmo nexos, capturam a lógica mais profunda das relações e não submergido numa somente particularidade da realidade, uma vez que são formadas por agentes atravessados por trajetória(s). O/a avaliador/a tem de apreender as estruturas e mecanismos, que por razões diferentes escapam do olhar a um modelo, no qual tem pretensão de validade universal. Vejamos o que Bourdieu descreve sobre a importância da narrativa da história da vida:

A história da vida é uma dessas noções do senso comum que entram de contrabando no universo do saber. Falar de história de vida é pelo menos pressupor, e é muito, que a vida é uma história e que uma vida é inseparavelmente o conjunto de acontecimentos de uma existência individual, concebida como uma história e a narrativa dessa história. É o que diz o senso comum, isto é, a linguagem cotidiana que descreve a vida como um caminho, um percurso, uma estrada com encruzilhadas ou como uma caminhada, isto é, um trajeto, uma corrida, que comporta um começo, etapas. (BOURDIEU, 1996, p. 74).

Compreender a trajetória das instituições e dos agentes é tarefa primordial. Ora, as organizações anunciam, ao mesmo tempo, produzem sistemas sustentados por rotinas, rituais, normas, interações e regulações. Fundamentando-se num conjunto de normas que estipulam, instituem e convencionam valores e crenças interpenetradas, sobretudo, em meio às relações sociais e incorporado ao comportamento entre os indivíduos e grupos sobre um terreno ou espaço comum. São possuidoras de um universo cultural, valores, tradições históricas, políticas

e hierarquias. Inclusive, produtoras até dos mais subjetivos aspectos, em que os agentes participantes dela são condicionados/as a internalizarem as regras do jogo.

Gussi e Oliveira (2016), no cerne da discussão, complementam que implica coordenar os esforços e interesses de um conjunto de pessoas/agentes que fazem parte da estrutura e exercem funções nos diferentes níveis hierárquicos. Está explícito, que a articulação não acontecerá espontaneamente e os interesses dos sujeitos não são essencialmente semelhantes aos da instituição, uma vez que, tendem os custos de transação a ser elevar, justificando a existência da autoridade hierárquica, da racionalização dos processos e do ordenamento burocrático. A avaliação está, portanto, contingenciada por esse grupo de fatores e seu resultado dependerá de como esses elementos combinam-se internamente.

Mediante estas relações predeterminadamente estipuladas, cabe o/a avaliador/a, analista tomar para si os estudos sobre a noção de *trajetória* e inclui-la como mecanismo potencial para compressão dos significados que os indivíduos atribuem para si, para sua vida, para os outros e para a situação em geral a partir do conjunto das políticas e das organizações. Do contrário, dificilmente conseguirá adentrar nos processos, ao não analisar/avaliar estes sistemas. É indispensável, como remete Gussi (2008), procurar perceber e levar para o campo da análise/avaliação os conflitos e interesses em jogo, bem como as dimensões contextuais de ordem política, econômica, social e cultural.

As organizações estão para garantir que os interesses definidos sejam ordenados e convergentes e, portanto, alcançados. São estruturas marcadas pelo conflito, externalizado pela divergência de interesses entre os indivíduos e elas, configurando-as como arenas políticas que podem influenciar os rumos dos processos avaliativos. Nos lembram Gussi e Oliveira (2016), a trajetória está concentrada entre espaços social e simbólico, por perpassarem reais e irrealis nos domínios das mais diferentes práticas. Deve-se, ainda, compreender os sujeitos participantes beneficiários das políticas também agentes transvertidos por potenciais características, *habitus*, como também, os que estão à frente na idealização/formulação/implementação. As pessoas são complexas, as instituições são complexas, formadas por pessoas.

Não se pode desprezar a explicação do contexto, seus símbolos, regras sem adentrar na instituição. Sem experimentar o cotidiano. Afinal, o real é relacional. Por tais razões, se indica vivenciar as instituições de acordo com *contexto*, no sentido de busca pelos significados da política para os que executam, formulam e vivenciam. Claramente, trata-se de uma tarefa difícil ao menos supor uma ação, intervenção, análise e avaliação àqueles/as que não acionaram

uma relação íntima ao campo prático, possibilitadora de interpretações e reinterpretações. Antecederia aí, em primeiro plano, tomar conta que a avaliação não pode ser uma mera resposta à dados estatísticos, porque é necessário considerar os aspectos não formais da política. Se quisermos interferir no mundo real, devemos ter a capacidade de compreender como ele funciona realmente. Isso significa ter a capacidade de ir além do que é puramente formal, Lejano (2012).

Percebemos que a ação do *contexto* de alguma forma reside no não formal do *texto*, pois ele afeta o funcionamento da política para além das fronteiras. As instituições reais não são apenas regras e estruturas organizacionais, mas se encontram entrelaçadas com a cultura, histórias, personalidades e outras contingência do contexto. São um rico espaço completo de diferença, feitas por pessoas reais e em lugares reais. Vale-se indicar as instituições políticas não enquanto apenas *texto*, haja vista os reais sentidos do *contexto*, levando em consideração a trajetória institucional e dos sujeitos. Se quiser o/avaliador/a, analista apreender o que faz com que a política e as instituições deem certo ou fracassem, devem, então, entrar no que essas entidades são de fato, e não na maneira como são formalmente dispostas.

Da mesma forma, que os papéis e identidade são múltiplos, mutantes e não formais, não são categorias fixas na realidade, mas sim fluídos. Ao tratar políticas e instituições, precisamos cada vez mais estar abertos a natureza abrangente, dinâmica significantes. Construimos com base nas abordagens de Lejano (2012) e das contribuições sobre trajetória desenvolvidas por Gussi (2008), quatro importantes alvos, os quais inspiram o/a avaliador/a a sair do plano reducionista dos motes tradicionais e vivenciar o local diferenciado da trajetória no campo da avaliação das políticas. Dentre os pontos, avaliador/a deverá ter como horizonte:

- Ver o novo dentro do constante é crucial para a análise e avaliação das políticas;
- Compreender que a política começa e termina no real e o real desafia a análise para o trajeto analítico/avaliativo;
- Não há nenhuma verdade, realidade absoluta, mas verdades/realidades, assim, como as trajetórias. O/a avaliador/a não pode realizar uma avaliação sem considerar os diferentes pontos de vista, visão de mundo relacionados aos/as envolvidos/as na política;
- Uma política, um programa de cunho público e para o público, uma vez que opera em um sistema social, é um conjunto complexo de interações e ações, reações dos sujeitos e do *contexto* e não pode ser percebido independentemente de seu ambiente ou até mesmo parcialmente de suas trajetórias.

Constata-se uma variada gama de apropriações e interferências pensadas nos processos de trajetória(as) desconstruídas do comumente fincado, ao ser aplicada no âmbito da avaliação no campo das políticas públicas uma nova porta de entrada compreensível a partir desta noção. Sinaliza-se, diante daí, ter preciso anteceder toda preparação aqui disposta, de forma bem acurada o explanado até aqui, com a intento de fornecer um alicerce no entendimento da próxima seção, em que será apresentada a perspectiva avaliativa aplicada no percurso da pesquisa, a qual se utiliza de todos os aspectos já trabalhos e discutidos até o momento.

3.4 A construção de indicadores socioculturais na pesquisa: uma alternativa contra-hegemônica

O campo das políticas públicas no Brasil vem passando por modificações, avanços, os quais requerem reflexão permanente dos aspectos políticos, culturais, socioeconômicos, cada vez mais circunscritos no trajeto da avaliação das performances das políticas públicas, através de fontes, informações, alimentadas nos bancos de dados a partir do uso de indicadores. Contudo, ainda no campo das políticas, análise e avaliação, tendemos a utilização dos indicadores tradicionais balizados em dados quantitativos pautados nos critérios de eficácia, efetividade e eficiência. Tais critérios dispõem de baixa capacidade de fomento e fornecimento de uma análise/avaliação abrangente e aprofundada, por não subsidiarem revelações adequadas da forma como a política, os programas foram pensados, formulados, implementados e executados, em razão da particularidade que diz respeito à dimensão sociocultural local e/ou regional do território recebedor, bem como, aos/as usuários/as beneficiários/as.

Gonçalves (2008) contribui ao alertar no caso das avaliações das políticas públicas, o debate suscita entorno da necessidade de construção de indicadores socioculturais que articulem no tempo-espço as dimensões das políticas. Uma das grandes questões centrais para os/as gestores/as, neste caso, centra-se no reconhecimento dos resultados das políticas para além dos indicadores quantitativos, descritos fora do contexto mensuradores conduzidos enquanto horizonte da análise/avaliação da política, do programa. Já, para os/as receptores/as remete a identificar qual o sentido fim da política, em que quantitativamente não obtenham respostas ao resultados analíticos propostos por indicadores sob o contorno da eficiência, efetividade e eficácia.

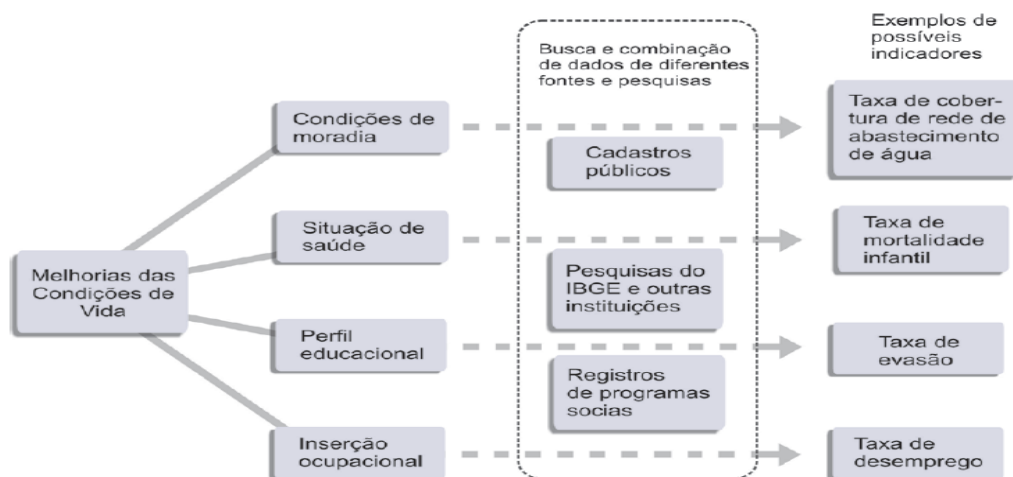
Januzzi (2012) vem contribuindo sobremaneira ao aludir que o conhecimento do significado, limites e potencialidades dos indicadores sociais podem ser de grande utilidade para os diversos agentes e instituições envolvidos na definição das prioridades sociais. Bem empregados, enriquecem a interpretação empírica da realidade ao orientar a análise, formulação e implementação de políticas implicadas na compreensão das ações na dinâmica da vida real, no contexto dos sujeitos recebedores delas e não somente naquilo que Lejano (2012) definiu como a interferência no campo do texto (as bases legais das políticas). Apreendem uma nova possibilidade de negociação das prioridades, contribuindo no redimensionamento das deficiências, carências sociais ao atenderem as suas diversas áreas de intervenção.

Januzzi considera os indicadores sociais devem ser usados para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou demanda de interesse programático na área social, principalmente, aquelas destinadas ao “bem-estar social”. De acordo com autor:

Os indicadores apontam, indicam, aproximam, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Subsidiar as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais (JANUZZI, 2012, p. 20).

Apresentamos abaixo o que fora delineado e construído como indicadores, os quais aparecem enquanto subsidiadores das atividades na ordem do planejamento público e da formulação de políticas públicas nas diferentes esferas de governo, com enfoque na melhoria das condições de vida.

Figura 4 – A construção de indicadores pautados na melhoria das condições de vida.



Fonte: Januzzi, 2012.

O modelo acima caracteriza-se por dimensões articuladas às condições de vida e suas melhorias. Ressalva-se, oportunamente, a construção, a elaboração, a tradução dos sentidos, objetivos, bem como, a aplicabilidade dos indicadores devem ser de fácil interpretação, acesso tanto por parte dos/as avaliadores/as, formuladores/as dos indicadores, sobretudo, por parte das pessoas beneficiárias das políticas. Não adianta a construção por mais genuína que seja, não comportar uma mínima serventia, e principalmente, não deem sustentação às respostas das políticas, programas à população usuária.

Como propriedades de um indicador, podemos destacar as algumas características como criatividade, representatividade, simplicidade, validade, confiabilidade, viabilidade, economicidade, comparabilidade, mensurabilidade. Espera-se que tais características não denotem uma dimensão puramente quantitativa, contrapondo-se à proposta que defendemos de que as avaliações de políticas públicas sejam capazes de construir indicadores qualitativos, que deem conta de apreender e/ou aproximar-se dos aspectos subjetivos, os valores e significados de tais políticas para os sujeitos que dela se beneficiam ou deveriam se beneficiar. O grau de consciência política, cultura política e educação local são indicadores ou dimensões fundamentais para os agentes receptores compreenderem as transformações de cunho positivo ou negativo sobre suas vidas.

Mediante ao afirmado, no cotidiano das políticas públicas, se é observado significativamente no campo da análise e avaliação, a utilização dos indicadores meramente numéricos, como dados estatísticos considerando a lógica estatística. O que nos leva a refletir acerca das evidências de um descompasso entre o que desejam alcançar, que por muito, em graus de crescimento econômico sem levar em conta as melhorias das condições sociais. Neste sentido, não atingem os traços mais subjetivos, enquanto nas avaliações pós-construtivistas utilizam outros modelos de indicadores construídos no contexto, inclusive, no campo, ou seja, no próprio contexto dos sujeitos, como sociopolítico, socioeconômico, sociocultural, dentre outros, estabelecendo uma relação mais íntima, ou ao menos, aproximando-se daquilo que é subjetivo e concreto na vida dos sujeitos.

Obviamente, os indicadores numéricos não disparam ou possuem a pretensão de abarcar toda a complexidade, a riqueza e a dialética constitutivas do universo simbólico dos/as usuários/as destinatários/as das políticas, assim, como os qualitativos também não. Por outro lado, os indicadores socioculturais estão mais abertos uma nova relação na dialética avaliativa, à medida que podem possibilitar novos resultados/indicadores dos já colocados *a priori*, ao auxiliarem reflexivamente a revelação das contradições postas perante o pano de fundo. E

mesmo se for o caso, por interesse do/a pesquisador/a, avaliador/a, da instituição/organização contratante, de os utilizar quantitativamente, não detectarão os sentidos da simbiótica entre a correlação dos interesses, conflitos, negociações, deslocamentos, interferências, as mediações culturais e as de poder, que devem por excelência serem amplamente analisadas, avaliadas.

Neste raciocínio, os indicadores clássicos parecem não ter sido acompanhados de um aprofundamento analítico ao uso deles no processo de formulação e avaliação de políticas públicas. Gonçalves (2008); Gonçalves e Santos (2010); Gussi (2008); Rodrigues (2011b, 2016), por tais colóquios difundem, defendem a ideia da construção de indicadores socioculturais. O objetivo deste repertório é lançar propostas de abertura para a elaboração de bases epistêmicas de pensar novos indicadores qualitativos, como os socioculturais. O trabalho de composição de indicadores socioculturais “é artesanal, requer sensibilidade analítica. É denso e, em princípio, microscópico, no entanto, remete-nos a problemáticas mais amplas” (GONÇALVES, 2008, p. 20).

À guisa do discorrido, Gonçalves frisa, em termos da construção dos indicadores socioculturais, dispor de um olhar etnográfico focado em dois pressupostos epistemológicos: a ressignificação e totalidade. Desta forma, não pode fugir de vista, a apreensão da visão de mundo dos sujeitos alvos das políticas públicas, além do modo como as ressignificam no seu contexto. E uma das dimensões centrais é a cultura como dimensão simbólica articulada aos aspectos políticos, econômicos e sociais. Assim, a partir do cruzamento de tais indicadores, podemos apreender os limites e as potencialidades das políticas públicas como uma dimensão significativa. Indica-se observar as seguintes dimensões colocadas pela autora:

1. Economia (arranjos produtivos e cadeias produtivas locais);
2. Relações de poder local e sua articulação com as demais instâncias (estadual e federal);
3. Cultura (valores, tradições e identidades que remetem aos grupos sociais beneficiários);
4. Geografia (condições físicas e climáticas);
5. Rede de proteção social (políticas públicas sociais existentes);
6. Concepções e projetos de desenvolvimento local; e
7. Sistema educacional local. (GONÇALVES, 2008, p. 22).

As sete dimensões auxiliam na busca de criação de indicadores que justifiquem o uso das categorias de pesquisa/avaliação, as demonstrando e problematizando no percurso da pesquisa/avaliação. Uma vez que, nesta perspectiva, os indicadores são (re)construídos no próprio movimento do campo, do empírico, da pesquisa, desde a documental, como o que vai se desenrolando e enrolado na imersão ao campo, nas entrevistas, nas conversas (in)formais, no dia a dia da política, do contexto dos sujeitos. Gonçalves elaborou as seguintes perguntas auxiliaadoras neste processo: Quem está recebendo a política pública e como a ressignificar? Em que contexto? Quais as mediações de ordem simbólica e política que a atravessam?

As respostas dão indícios que ao propormos projetos, programas e políticas públicas que esperam promover a mudança social, os indicadores convencionais, mais duros e rígidos não comportam o ponto de vista macroestrutural. Não dão conta de captar os valores, do que há de fundamental para vida dos sujeitos, inclusive, por meio das políticas. É preciso discutir o papel deles descentralizados da concepção de ciência racionalizada, estabelecendo diálogo com a base epistêmica, voltada à criação dos indicadores socioculturais, como também, as possibilidades de associá-los enquanto dispositivos suscitadores de novas questões. Para isso, o/a pesquisador/a, avaliador/a devem estar atentos/as se os indicadores numéricos têm uma perspectiva conservadora. Daí, por que não elaborar novos indicadores para dar conta das questões subjetivas, como as tensões e os conflitos de interesse no bojo das políticas?

Sinaliza-se de se tratar de uma proposta que considera o que acontece *in lócus*, nas representações. Afinal, como já afirmado os indicadores também devem aparecer a partir do próprio movimento do campo. Não descartar o achado *a priori*, mas contrapô-lo reflexivamente. Os indicadores identificados na pesquisa estão dentro dos documentos da base legal da política ou os superam? Avaliar uma política pública também centra-se na produção de indicadores. É falar de efetividade, eficácia, eficiência a partir de outra visão descontextualizada do convencionalismo. É ter a capacidade de a partir dos dados já prontos, construir outros do e no campo.

Na abordagem avaliativa em profundidade pode-se alinhar os dois modelos de informações, de acordo com a pesquisa/avaliação a ser desenvolvida, sobrelevado, na pesquisa os indicadores qualitativos. O formato empregado no uso destes dados é o que diferenciará, pois, a Avaliação em Profundidade subscreve-se na perspectiva contra hegemônica, exige-se uma avaliação densa, extensa, detalhada não simplificada em estatísticas. Do contrário, o/a pesquisador/a, avaliador/a ao utilizá-la estará enaltecendo dados numéricos, no constante paradigma de ser atraído/a para a armadilha do movimento das avaliações fechadas, tradicionais e não estará de fato a desenvolvendo.

No campo da saúde, uma das políticas pesquisadas neste trabalho, por exemplo, Pereira (2008) disserta que os indicadores de saúde devem ser utilizados quando na prática apresentarem uma comprovada relevância, viabilidade e também traduzirem a fidedignidade, confiabilidade e a praticidade dos aspectos da saúde individual ou coletiva. Entretanto, não leva em conta os sentidos mais gerais, pluridimensionais da concepção e das condições promotoras ou não de saúde, concomitante, dos processos de adoecimento social.

Ora, então, estariam eles permanecendo ainda sob o mesmo domínio dos motes mais tradicionais, retirados em sua maioria das proporções ou coeficientes pautados nos critérios de prevalência, incidência, letalidade, mortalidade, natalidade, frequência relativa, absoluta, muito utilizados nos estudos da área da epidemiologia. Indicadores comumente aplicados a partir de metodologias avaliação de qualidade, causa/efeito, grupo controle, etc. catalogados frequentemente no sentido de mensurar resultados, utilizando-os como medidas de comparação com a situação que se quer estudar. Pensar sobre isso, leva-nos a concluir que da forma como estão postos, comumente, atendem mais aos interesses econômicos, de controle, regulação do que aos sociais.

Ao lançarmos o olhar sobre a reflexão acerca desta problemática, muitas indagações nos interpelaram: a primeira, convém considerar que estes modelos apenas representam um dos vieses de se avaliar no campo da saúde, portanto, não significa que avaliação deva ser centrada nesses eixos. Existe uma gama de possibilidades de construção de indicadores socioculturais na área. Não devemos conceber uma perspectiva avaliativa fechada em ordem numerativa se as múltiplas variáveis sociais são dinâmicas e as condições de saúde as transversalizam? Por tais colocações, a pesquisa em tela não converte-se clássico modelo avaliativo.

Dialogamos com indicadores quantitativos, porém, o foco será os qualitativos surgidos na pesquisa exploratória, documental, bibliográfica, na imersão no campo e de todo seu próprio movimento. Traçamos as seguintes questões: Qual a finalidade dos indicadores? Como devem ser o seu uso? Para que servem os indicadores? Estão a serviços de quais interesses? De quem? Para que e qual a importância de construí-los no campo da avaliação de uma política pública? Por tais argumentos, defendemos a elaboração de indicadores socioculturais no decorrer da pesquisa, haja vista se contraporem à mera mensuração da praticidade e fidedignidade dos dados. Ao mesmo tempo, convertem-se em caminhos para a transformação de práticas avaliativas a serviços dos usuários destas políticas.

De forma que a compreensão destes indicadores nos auxiliou a buscar apreender questões do que se é objetivo de realizar uma Avaliação em Profundidade do Programa de Residência Integrada em Saúde da ESP-CE - Ênfase Cardiopneumologia, frente à educação permanente dos/as trabalhadores/as do Sistema Único de Saúde (SUS), lotados/as no Hospital de Messejana, Dr. Carlos Alberto Studart, situado em Fortaleza - CE.

3.5 A Avaliação em Profundidade: Modelo contra-hegemônico de avaliação

Para falar sobre a Avaliação em Profundidade, utilizamos os textos de autoria da professora Léa Rodrigues, uma das precursoras - junto a outros/as professores/as -, em 2004, ao lançar no programa de pós-graduação, do Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), uma nova perspectiva avaliativa, a qual permite trazer a aproximação entre o campo da análise e o da avaliação. Visava-se, na época, suscitar uma contribuição para construção e consolidação de um campo disciplinar ainda em formação no Brasil, o da avaliação de políticas públicas, sobretudo, ao que se refere à formulação de novas metodologias capazes de dar conta da complexidade inerente à área.

A perspectiva avaliativa por partir para a tomada do modelo crítico-dialético e experiencial galgado no pós-construtivismo, rompe com o pragmatismo ancorado e endossado nas avaliações de cunho positivistas. Isto porque, avaliar uma política pública ou programa em *profundidade*, implica considerar que sua avaliação só fará jus ao termo se operar a abrangência analítica para além da política em si, do seu marco legal e seu conteúdo - *texto* -, e para além do recorte empírico, de forma que se possam realizar inferências mais gerais a partir de resultados localizados, na análise e avaliação dos entraves políticos, econômicos, sociais, culturais, burocráticos, legais relacionados à política. É a quebra com a convencionalidade no campo avaliação das políticas públicas, pois demarca o que já delineamos por outros/as autores/as sobre as orientações valorativas acerca das dimensões pautadas nas noções de *contexto*, pluralidade, interação e trajetória(s).

Ao propor a Avaliação em Profundidade, Rodrigues (2008) defende uma imersão no campo de investigação pelo/a pesquisador/a, que se dê de modo detalhado, amplo e multidimensional. Aqui, a pesquisa qualitativa ganha um grande destaque, a fim de dar conta de aspectos não contemplados pelas restrições dos dados estatísticos, uma vez que abarca a um só tempo as dimensões dadas, tanto no sentido longitudinal, como latitudinal. Entretanto, é bom deixar claro, não há uma exclusão da pesquisa quantitativa, admite-se que ambas possam ser interconectadas, considerando que quanto mais o/a pesquisador/a mergulha na situação estudada, mais o campo de investigação amplia-se. Nesta proposta, olha-se à frente e para os lados, acima e abaixo, em uma perspectiva avaliativa “extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que, por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa” (RODRIGUES, 2008, p. 11).

Alude Rodrigues (2008), que, mesmo a Avaliação em Profundidade seja propositivamente extensa e ampla, ela não poderá se restringir a um olhar focado apenas na averiguação do cumprimento das metas propostas pela política e seus resultados, ou nos itens priorizados por um programa, bem como, tão-somente, no atendimento às suas diretrizes. Por tais colóquios, ela se diferencia dos modelos conservadores de avaliação. Em geral, arriscamos afirmar que se é muito simplista e redutor acreditar na ideia de avaliação enquanto um instrumento neutro e capaz de determinar de forma absolutamente objetiva o que é bom ou o que não é. Por isso também, o uso pela busca dos *significados*, “no caso, os significados da política para os que as formulam, executam ou vivenciam. Isto implica, em primeiro lugar, que a pesquisa qualitativa agora ganha destaque” (RODRIGUES, 2011b, p. 57).

A respeito deste aspecto, é importante reportar ao requerimento da interseção dos estudos multi e interdisciplinares como condição primária, evidenciada pela colaboração dos diversos tipos de conhecimento na orientação da dialogicidade da análise e avaliação nos motes da profundidade. Uma vez que, este modelo trilha os caminhos pós-constructivismo e não restringe-se a um olhar focado apenas, sobretudo, se dispõe de mais elementos concernentes para a amplitude da pesquisa/avaliação, demandando a articulação das diferentes especialidades da área do saber.

A compreensão focada, o olhar direcionado, certamente seriam o caminho mais fácil ao/a avaliador/a, no entanto, com certeza será limitada e limitante. Ou mesmo, correr o risco de na busca pelas análises/avaliação pautadas nos modelos universais, cair na armadilha do distanciamento, cujos resultados da pesquisa poderão sofrer fortes omissões e/ou deslizos analíticos, além de permanecerem na superfície da falácia dos esforços de uma busca incessante por modelos inquestionáveis da racionalidade das verdades absolutas, desconsiderando a relação das especificidades das políticas, dos agentes fazedores (burocratas, formuladores/as, avaliadores/as, beneficiários/as) das políticas e das instituições.

O fio condutor da perspectiva contrária, se encaixa também, na união dos estudos e saberes atinentes à refutação destes moldes. Portanto, a inclusão de outras ciências e áreas no campo de análise a avaliação corroboram a ênfase em realizar estudos interdisciplinarmente, tomados pela ciência política, a sociologia, a economia, a história, a antropologia, o direito mais aquelas outras específicas à política em tela.

Neste tipo de abordagem - em profundidade - se deve utilizar do modelo experiencial apresentado por Lejano (2012). Rodrigues considera uma proposta ímpar porque fornece novos referenciais teórico-metodológicos capazes de integrar as perspectivas

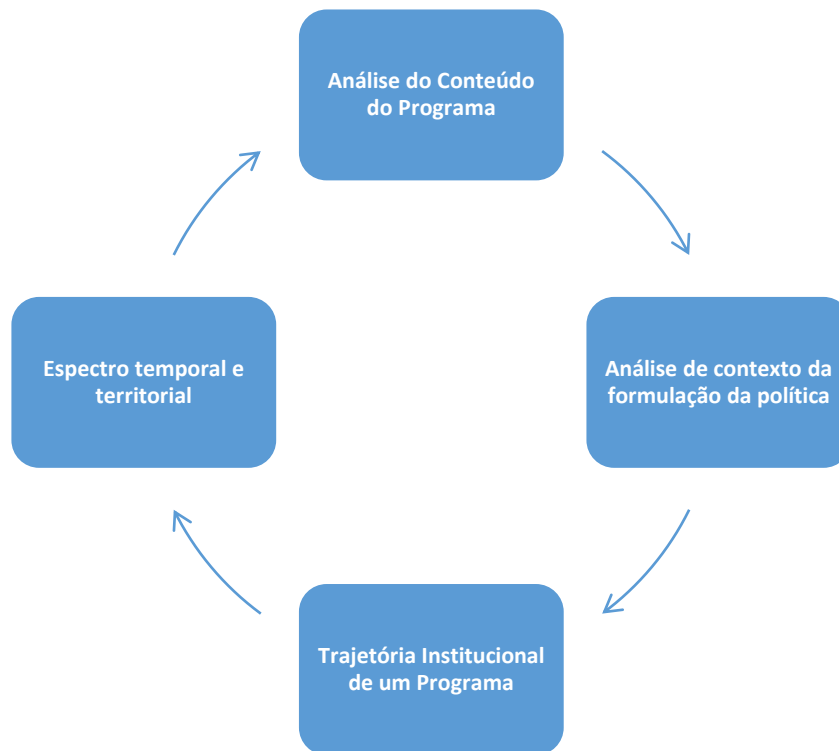
quantitativas e qualitativas de análise, de forma a alcançar um nível mais profundo de compreensão de questões não resolvidas pelos métodos tradicionais. Inclusive, a Avaliação em Profundidade vem tomada pela noção de experiência, do texto e do contexto concedidos por Lejano. Pode-se, ainda, utilizar das experiências etnográficas ao se apoderar das práticas galgadas na etnografia e na descrição densa em posição privilegiada no itinerário da pesquisa, inspirada nas formulações do antropólogo Geertz.

Todavia, arremata Rodrigues, ambas são mais que métodos e técnicas de investigação. Não são somente auxiliadoras no fornecimento de instrumentos e mecanismos metodológicos, sobretudo, oferecem reflexão continuada sobre técnicas, conceitos e paradigmas de interpretação, análise e avaliação que se dão no âmbito das disciplinas que compõem este campo de conhecimento. Sobre este colóquio, existe uma vasta literatura sobre o estatuto da etnografia, sua abrangência analítica, formas ou mais ou menos legítima de apresentação dos resultados e as especificidades de aplicação dela. Exige-se, em especial, um esforço intelectual do/a pesquisador/a na procura acurada dos referenciais concernentes do desenvolvimento de práticas e experiências no cerne da etnografia e o uso da descrição densa no campo dos estudos, pesquisas, principalmente, no da análise, bem como, na avaliação das políticas públicas.

Destarte, e por justaposição do ora arrematado por Rodrigues, é de extrema relevância destacar neste trabalho, não fizemos o uso da etnografia e da descrição densa. As trouxemos no sentido de indicar aos/as analistas/avaliadores/as ser possível sua aplicabilidade no campo de pesquisa de análise, da avaliação das políticas públicas. De tal modo, e por considerar não haver tempo hábil para debruçarmos uma imersão ao campo demandadora de maior densidade para realização de uma pesquisa etnográfica e com o uso da descrição densa, e, concomitante, ao fator tempo, não foram metodologicamente eleitas ao cerne da pesquisa.

Após já explanados os recursos epistemológicos acerca da interface interpelada à Avaliação em Profundidade, ao que tange a construção do referencial teórico e das estratégias em busca dos sentidos e significados dela, bem como, o que se propõe, a partir de agora discorreremos sobre os aspectos metodológicos para a sistematização das etapas da pesquisa. À vista disso, abordamos, na figura 5, as etapas norteadoras consideradas essenciais para a efetivação da proposta avaliativa. São quatro importantes para a sistematização.

Figura 5 - Avaliação em Profundidade



Fonte: Produzido pelas autoras com base nas quatro dimensões da Avaliação em Profundidade (Rodrigues, 2008).

Mostramos agora na próxima figura a representação de uma síntese explicitando as quatro etapas citadas, também nomeadas por eixos/dimensões, a partir da complementação entre autores dos sistemas universais (clássicos, positivistas) ao apresentarmos e defendermos outro percurso para o alcance e o exercício das avaliações pós-construtivistas, colaboradas a partir da desconstrução da centralização clássica de pesquisa. De todo modo, é perceptível o contraste entre os modelos, com posições opostas em todas as dimensões elencadas.

Figura 6 – Modelos Clássicos e Contemporâneos na Avaliação de Políticas Públicas

Exos Analíticos	Modelos Clássicos (Positivistas)	Avaliação em Profundidade
	Lógica interna do programa (modelo lógico: insumos, processos, resultados);	Análise das bases conceituais do programa e da política: paradigmas orientadores; conceitos e noções centrais; concepções e valores (coerência interna);
Conteúdo	Identificação dos objetivos e resultados esperados Teoria do Programa: hipóteses s/ resultados esperados	Análise da formulação do programa e da política: objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação (coerência).
	Lógica externa do programa / Articulação: execução e efeitos esperados	
Contexto	Referido apenas à abrangência da Avaliação: nível macro ou micro; global ou setorial	Contexto da formulação do programa e da política: Análise do momento político e das condições socioeconômicas em que foram formulados Contextos da trajetória do programa / política: esferas institucional e local Contextos do processo (no tempo) do programa/política: diferentes contextos podem alterar conteúdos e processos
Trajetória/ Temporalidade	Trajetória: não contemplado Temporalidade: restrita à perspectiva temporal da avaliação	Grau de coerência ou dispersão dos objetivos da política ou programa conforme o trânsito pelas vias institucionais, ao longo do tempo.
Espectro territorial/ Temporalidade	Segmentação por níveis e etapas de avaliação: abrangência (macro, micro, setorial, local) e tipo da avaliação (ex-ante, implementação, ex-post).	Configuração temporal e territorial do percurso da política: confronto das propostas e objetivos da política com as especificidades locais e sua historicidade (importância da dimensão cultural)

Fonte: Holanda (2006); Rodrigues (2008).

Como bem expõe a figura 6, pode-se reafirmar que a Avaliação em Profundidade possibilita longitudinal e latitudinalmente ampliar a compreensão analítica das contradições e dos limites existentes no percurso da avaliação das políticas públicas. A autora, oferece técnicas para desenvolvê-la, como, por exemplo, o uso dos diferentes tipos de dados e informações, os quais são precisos em qualquer pesquisa/avaliação. Os dados podem ser captados por meio das entrevistas em profundidade aliadas à observação de campo.

Nesse caso, a coleta de dados será obtida através de questionários, os quais devem primordialmente contemplar, ao mesmo tempo, perguntas abertas e forneçam ao/a entrevistado/a espaço para colocar suas ideias. Isso porque a apreensão de significados exige a realização de entrevistas aprofundadas e abertas, ou seja, entrevistas que não conduzam o/a entrevistado/a à resposta, sobretudo, que não lhe cerceiem o campo de reflexão. Tomando como base este arcabouço, sistematizamos com maiores detalhes cada uma das dimensões em acordo com o que nos apresenta Rodrigues em seus escritos. Enfatizamos que nesse momento, abordamos o objeto e o campo da pesquisa e como foram utilizadas cada dimensão no desenvolvimento trabalho, tanto ao que se remete aos aspectos epistemológicos, quanto metodológicos. Destacamos, aqui, que ao serem transcritos os trechos das entrevistas cedidas por nossos agentes, escolhemos por legitimar suas falas, ideias, permanecendo a formação

gramatical, verbal e de concordância, tais quais ditas pelos próprios agentes. Isto porque, nos galgamos na perspectiva experiencial e consideramos os aspectos da Avaliação em Profundidade.

Antes de prosseguir para próxima etapa, precisamos ressaltar a escolha da Avaliação em Profundidade enquanto perspectiva orientadora do centro avaliativo. A eleição se deu por ela ser circunscrita na experimentação do modelo de avaliação contra-hegemônico, pós-construtivista e experiencial. Além, de facilitar a produção de um escopo com maior amplitude e mais elementos auxiliares no momento de decisão das questões fundamentais relativas à problematização central da pesquisa, que diz respeito à própria construção do objeto de pesquisa, o recorte empírico adequado às estratégias metodológicas a serem desenvolvidas no corpo do trabalho. Neste sentido, temos condições investigativas de subsidiar o estudo relacionado à educação permanente no município de Fortaleza-CE, com recorte ao Programa de Residência Multiprofissional da RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, situado em Fortaleza-CE.

Outra constante, indispensavelmente, a ser colocada antes de iniciar os próximos pontos, trata-se de avultar que não necessariamente o trabalho se calçou numeralmente em etapas. Muito pelo contrário, por ser uma perspectiva avaliativa na contramão dos modelos centrados na hegemonia positivista, durante o estudo em questão, percorremos entre as dimensões sem categorizá-las linearmente. Aqui, não se coloca como desígnio o objetivo de “verificar se aquilo que foi colocado em meta da política se cumpriu (efetividade), ou se a relação custos benefícios é positiva (eficiência), ou ainda, se os resultados obtidos foram positivos (eficácia)” (RODRIGUES, 2016, p. 105). A ideia é passear no balanço do ir e do vir entre elas, a partir da interação e integração das pesquisadoras com o objeto de pesquisa, com o campo prático, pois compreendemos que o sentido da pesquisa é amplo e processual advindo de uma dinamicidade, para isso, respeitamos a autenticidade.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA: O MAR VELEJADO

Neste capítulo, abordamos a trajetória da aproximação ao campo, a experiência do pesquisar e os caminhos da pesquisa na RIS/ESP-CE e no Hospital de Messejana. Um esclarecimento fundamental merecedor de elucidação, remete-se ao desenho do trabalho, que possuiu como objetivo a tentativa - mesmo perante os entraves do próprio pesquisar - oferecer a defesa pela liberdade e autenticidade do reverberado durante a pesquisa e pelas pesquisadoras. Por se tratar de uma proposta experiencial, sob perspectiva do centro avaliativo a Avaliação em Profundidade, ambas de abordagens pós-construtivistas, acreditamos ser mais dinâmico reportar a pesquisa, não necessariamente, disposta de acordo com a ordem numerativa dos quatro eixos. Eles apareceram contemplados no texto de forma dialógica no decorrer da apresentação do trabalho, em que fomos e voltamos nas análises dos conteúdos, no contexto histórico e político, na trajetória dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde no Brasil, a RIS no Ceará, a RIS na ESP-CE e a RIS no HM, bem como, noutros referenciais, informações e dados colhidos.

Dito estas premissas, partimos para os indicativos de operacionalização sistemática das quatro dimensões da Avaliação em Profundidade no âmbito da pesquisa em foco, de acordo com o que é proposto por Rodrigues (2008, 2011b, 2016):

I. Análise de conteúdo do programa: Refere-se à análise do conteúdo institucional da base do corpo teórico apresentado para a formulação, implantação e o acompanhamento da política, do programa, com destaque a:

- ✓ **Formulação:** Objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação;
- ✓ **Bases conceituais:** Paradigmas orientadores e as concepções e valores que os informam, bem como os conceitos e noções centrais que sustentam essas políticas;
- ✓ **Coerência interna:** não-contradição entre as bases conceituais que informam o programa, a formulação de sua implementação e os itens priorizados para seu acompanhamento, monitoramento e avaliação.

Os três aspectos remetem-se a análise do material institucional sob formas de leis, portarias, decretos, resoluções estaduais, nacionais, além das normativas, documentos internos, projetos, relatórios, etc. Os discutimos no sexto capítulo, desenvolvendo-os a partir da análise do material institucional alusivas à Residência Profissional na Área da Saúde, a Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde, a política de saúde pública (leis que direcionam o SUS), e no âmbito da RIS/ESP-CE e da ênfase em Cardiopneumologia do Hospital de Messejana (HM), adentramos nos estudos dos documentos internos, regimento, Projeto Político Pedagógico (PPP) tanto da RIS/ESP-CE, quanto do hospital de Messejana.

Tivemos acesso à relatórios de gestão, atas de reuniões, dados estatísticos como meio de endossar a parte legal da política e identificamos a coerência e o alcance das bases conceituais da formulação e implementação. Além de avaliar o material institucional, com intuito de averiguar a apreensão da consistência dos objetivos, coerência interna do cotejamento da base legal RIS/ESP-CE, realizamos entrevistas com o corpo docente-assistencial e gerencial do HM, além do corpo discente (profissionais-residentes).

II. Análise de contexto da formulação da política: Centra-se na organização dos dados concernentes ao momento político da elaboração/formulação da política, estabelecendo as conexões com as esferas local, regional, nacional e internacional, ao depender do caso pesquisado, avaliado. Se destaca para isso:

- ✓ Levantamento de dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas em que foi formulada a política, com atenção para a articulação entre as instâncias local, nacional e transnacional;
- ✓ Apreensão do modelo político, econômico e social que sustentou a política à época de sua formulação;
- ✓ Levantamento de outras políticas e programas correlacionados à política em foco. Atenção ao marco legal que ampara a política, articulando-o ao contexto referido nos itens anteriores.

Esta dimensão tem como epicentro de discussão o quinto capítulo. Nele, incluímos a análise do contexto político, cujo deu origem a formulação e a implementação da política pública de saúde, entrelaçando a relação do Estado no bojo das políticas públicas. Passeamos, sobretudo, na discussão aos modelos de governo das décadas dos anos de 1990 à vigente, avultando suas interferências no campo das políticas públicas, inclusive, no SUS, destacando as ações do governo local, a nível estadual, visto às inferências na Política de Educação Permanente e dos Programas de Residências em Área Profissional em Saúde no estado do Ceará, com ênfase na RIS/ESP-CE.

III. Trajetória institucional de um programa: Visa elucidar o nível de dispersão e coerência em seu percurso pelas vias institucionais.

Uma das razões por termos aberto um subtópico de discussão sobre *trajetória* anteriormente, se dá por aguardar o encontro com esta dimensão analítica, uma vez que, as políticas/programas são interpeladas por questões emblemáticas, importantes para apreensão e entendimento do que realmente ocorre quando são gestadas e implementadas, desde as esferas superiores até sua descentralização às esferas locais. Isto porque, como nos remete Rodrigues (2008, 2011b, 2016) esta dimensão pretende perceber o grau de coerência e a dispersão do programa ao longo do seu trânsito pelas vias institucionais, em outras palavras, pela trajetória. Portanto, é imprescindível reconhecer a necessidade de reconstruir o itinerário da trajetória institucional - os processos de *deslocamento(s)* -, a partir também das pessoas (as quais são ou não representantes e representadas intencionalmente). Ao programa ser avaliado reconstituindo sua trajetória, perceberá o/a pesquisador/a as mudanças nos sentidos dados aos objetivos do programa e a sua dinâmica, conforme for adentrando espaços diferenciados e, ao mesmo tempo, descendo nas hierarquias institucionais até chegar à base, que corresponde ao contato direto entre agentes institucionais e sujeitos receptores da política.

A autora faz menção para que a apreensão da trajetória institucional é fundamental desenvolver pesquisa de campo, com a realização de entrevistas com diferentes agentes e representantes de instituições envolvidas na formulação e implementação. Aqui, enfatizamos, que foram realizadas entrevistas com os/as profissionais ligados/as à Residência, contexto hospitalar - ênfase Cardiopneumologia. Entre eles/as: profissionais-residentes, corpo docente-assistencial, gestão, usuários/as-pacientes²⁵, outras/as profissionais não participantes do corpo docente, mas que acompanham e/ou colaboram nas atividades da Residência no HM. Ao recompor esta trajetória, levamos em consideração a atenção aos aspectos culturais inerentes ao espaço institucional e organizacional.

Consideramos esclarecer que em relação a esta dimensão, ela foi desenvolvida ao longo de todo o trabalho. Caminhamos por diversas trajetórias até a aproximação dos resultados obtidos na pesquisa. Entretanto, a aprofundamos no sexto capítulo, elevando a intensidade avaliativa acerca das trajetórias institucionais e dos agentes que integraram a ESP-CE, a RIS/ESP-CE e RIS/ESP-CE no Hospital de Messejana. No capítulo sexto, desenvolvemos com

²⁵ A população brasileira direta ou indiretamente por si só é usuária do SUS. São ações de Vigilância Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador, Epidemiológicas, Prevenção, Promoção à saúde, etc. Para os/as usuários/as-pacientes utilizamos esta nomenclatura por entender, que são aqueles/as que também estão na ponta das políticas recebendo além do já disposto, outras ações de atendimento, tratamento, acompanhamento de assistência à saúde.

requisito e detalhes, o percurso da trajetória trilhada para construção desse trabalho.

IV. Espectro temporal e territorial:

Por meio desta dimensão analítica, procura-se apreender a configuração temporal e territorial do percurso da política estudada de forma a confrontar as propostas/objetivos gerais da política com as especificidades locais e sua historicidade. A apreensão dessa configuração coloca algumas questões em destaque:

- ✓ As possibilidades de articular, na avaliação, as perspectivas e objetivos de propostas generalizantes às particularidades locais;
- ✓ As possibilidades de implementação de políticas, de forma localizada, que levem em conta seu percurso temporal e territorial.

Esta etapa analítica percorre as vias institucionais e os espaços socioculturais ao longo da implementação e os deslocamentos sofridos na política/programa, concernente aos quesitos econômicos e socioculturais distintos, tanto do ponto de vista macroestrutural, quanto microestrutural. Como já descrevemos, corresponde o eixo a um momento mais avançado de sistematização dos dados já existentes da instituição e novos que podem ser criados referentes à política, ao programa. Contudo, podem ou não estar aptos - a depender de inúmeras variáveis - à manipulação de uma série de instrumentos metodológicos-analíticos, que possibilitem atingir um maior nível de abstração, síntese e criatividade por parte do/a pesquisador/a, avaliador/a no trato dos dados. Por sua vez, podem ser reanalisados e reinterpretados com a formulação de esquemas, modelos estatísticos variados, gráficos, mapeamento da distribuição espacial da população atendida/beneficiária da política, os índices sociodemográficos, as redes de interesse, as relações e os jogos de poder, as forças políticas locais detectadas no campo.

A reinterpretação dos dados poderá desvelar como um dos resultados a inadequação na forma como foi pensada, formulada e implantada a política/programa, em razão de particularidades que dizem respeito à dimensão sociocultural local e/ou regional. Rodrigues (2008) chama a atenção, que por primazia esta dimensão, essencialmente, requer tempo prolongado de pesquisa e análise do conteúdo. Além de anteceder e suceder estudos/intervenções pautadas na multidisciplinaridade. Segundo a autora, dificilmente, o que não quer dizer ser impossível, um/a aluno/a do mestrado ou doutorado conseguirá realizar tal tarefa sozinho/a.

No caso do recorte da política em estudo, a (RIS/ESP) - ênfase Cardiopneumologia, do Hospital de Messejana, esta dimensão foi desenvolvida sobretudo no oitavo capítulo

(dividido em quatro subcapítulos). Fizemos o mapeamento da distribuição espacial da população ao entorno e mediações das instituições. Pontuamos informações relevantes captadas durante a experiência em campo e antecedente a ela, destacadas a partir das análises dos resultados obtidos nas entrevistas dos nossos agentes em campo.

4.1 A Aproximação, a Trajetória e a Experiência do/no campo de pesquisa²⁶

*“Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la.
Em cofre não se guarda coisa alguma.
Em cofre perde-se a coisa à vista.
Guardar uma coisa é olhá-la, mirá-la por admirá-la,
isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado.
Guardar uma coisa é vigiá-la, isto é, vigília por ela, isto é,
velar por ela, isto é, estar acordado por ela, isto é, estar por ela
ser por ela...” Antônio Cícero (2013)²⁷*

A pesquisa, o campo, a *experiência do estar pesquisadora* não predisõem ou advêm de uma uniformidade. Podem ser duros, inflexíveis e amorfo. Na guisa contrária, também podem nos permitir “resgatar uma coisa a fim de não escondê-la ou trancá-la para não perdê-la de vista”, assim nos falam as palavras do poeta Antônio Cícero. Este é o campo da pesquisa. Há de se afirmar não ser sempre uma tarefa fácil.

Nesse tocante, trago mais um pouco de poesia apreciada no sentido do *tecer*. O tecer que parte da *experiência* da própria pesquisa e tudo mais inerente a ela. Nolasco (2001) pronuncia em sua poesia, que o tapete é tecido por tantos fios, cujo não é possível resignar apenas a seguir somente um. Afinal, uma história é feita de muitas outras histórias. Assim, é a pesquisa e os trajetos dados para o encontro dela. A chegada, o estranhamento, o reconhecimento, o afastamento, a reaproximação e tantas outras sensações vão tecendo, costurando fio a fio, na tentativa do captar o que se desejar desvelar, avaliar, ou, ainda, a tal emblemática do pesquisar. O aprender a navegar navegando, pesquisar pesquisando, aqui possuem forte conotação.

²⁶ Em algumas das partes desta seção, podemos, novamente, utilizar a primeira pessoa do singular, considerando fazer referência ao relato da trajetória e das experiências vivenciadas pela pesquisadora frente à construção do objeto de pesquisa e a aproximação ao campo.

²⁷ Trechos retirados do poema de Antônio Cícero, Guardar. Disponível em <<http://www.tanto.com.br/antonio-cicero.htm>>. Acesso realizado em 05 de julho de 2019.

É preciso conceber que a pesquisa e o campo são cobertos por relações vivas formados por inúmeros sujeitos. Assim, pelo um tanto de prosa e poesia, também a referida pesquisa se construiu, ao mesmo tempo, costurando a *experiência* do estar pesquisadora, observadora, agente num mundo que a mim só não pertence. Talvez, no papel de facilitadora por já ter experimentado o campo antes de levá-lo ao centro de pesquisa, e junto a outros agentes, tomar a ocupação no terreno das palavras no momento da transcrição dos relatos sobre a série de operações do *visto* para a constituição da hermenêutica, do saber epistêmico vivenciado em campo.

Neste sentido, recordo-me da primeira reaproximação ao campo de pesquisa após o ingresso no PPGAPP. Em meados de fevereiro/2019, realizei uma visita institucional à ESP-CE, setor da RIS. A finalidade não era unicamente utilizar como pesquisa exploratória para estudo fim. Estava sim, no ensejo de sanar um saudosismo ao retomar os velhos tempos de residente de Serviço Social RIS/ESP-CE. Era o anúncio às velhas amigas de não ter a RIS/ESP-CE permanecido apenas na conclusão da pós-graduação *Lato Sensu*. Ao mesmo tempo, a visita propunha a tentativa do convencimento e a defesa da instituição aceitar tal estudo. Ora, a escolha por ela não foi aleatória. Além de ser entre todas a IES promotoras das Residências em Área Profissional da Saúde no Ceará, a concentradora do maior número de Programas, hospitais executores, corpo docente e discente, existe, em paralelo, um contexto de *experiência* da pesquisadora com a instituição, com a RIS.

O campo teria de estar aberto, do contrário, não ocorreria em caso de desinteresse institucional. Precisávamos da parceria, já que para se desenvolver um estudo nos objetivos de alcance latitudinal e longitudinal como propõe a perspectiva avaliativa em profundidade, exige-se acesso aos documentos legais da instituição, acompanhamento das atividades elaboradas pelo corpo docente-estruturante (atividades políticas-pedagógicas de formação aos profissionais residentes, às preceptorias hospitalares), das atividades realizadas pelo corpo discente, das atividades da gestão, etc.

Entender enquanto pesquisadora e não Residente o funcionamento, gerenciamento da RIS, sabendo o contexto das Residências não ser mais o mesmo da época de Residente. Os Programas são dinamicamente marcados por transformações diversas na política econômica, na política da saúde, da educação permanente, nos processos de trabalho, nas linhas de assistência à saúde, da própria mudança epidemiológica, demográfica, cultural e as formas de atendê-las. Pensar em fazer um estudo das Residências sem apreender ou ao menos uma aproximação do que é planejado, como é planejado, para quem é planejado e por quem é planejado a composição

ética, política, pedagógica da IES condutora e como chega, alcança os espaços hospitalares executores das RIS/ESP-CE, no dia a dia, sem adentrar o cotidiano delas, confesso ser uma tarefa para mim, em particular, de elevado risco, ao não poder capturar a teia abundante repleta do simbólico e do concreto, regras impostas, do território dos discursos, das correlações de forças (in)existentes, dos deslocamentos da política, das trajetórias institucionais e dos sujeitos.

Foram semanas de aproximação ao campo, de negociações tanto na RIS/ESP-CE, quanto nas unidades hospitalares. Algumas delas não liberam seu campo para pesquisadores/as externos/as. Seguem protocolos fechados. Sem mencionar a possibilidade do sentimento de vigilância, vistoria e fiscalização do desenvolvimento do PPP da RIS, das práticas de saúde, dos processos de trabalho. Falar sobre RMS em determinados espaços hospitalares não é prioridade nenhuma desejada. Arrisco a compartilhar, que até a presença delas incomoda alguns/algumas profissionais, gestores/as. Mais razões pelas quais, precisaria que a RIS se colocar-se enquanto envolvida, parceira para que a pesquisa acontecesse. Ao menos no sentido de tentar negociar a abertura dos caminhos, já que no quesito de imersão, as instituições não interferem nos protocolos uma das outras.

Conseguido autorização, anuência da ESP-CE para realização da pesquisa da RIS na ESP, seguimos na eleição de uma das sete instituições hospitalares executoras da RIS em Fortaleza/CE. A escolhida, o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - ênfase Cardiopneumologia. A justificativa delinea-se no HM entre todas as unidades, oferecer dezoito vagas para profissionais-residentes de nove graduações diferentes, duas vagas para cada profissional. Portanto, hipoteticamente, deveria esta obter maior número de profissionais envolvidos/as na Educação Permanente dos/as trabalhadores/as. As demais unidades não alcançam todas as graduações mesmo as que oferecem também dezoito vagas. Informações estas já adquiridas nas pesquisas exploratórias ao avaliar os últimos cinco editais de seleção da RIS/ESP-CE das instituições participantes da RIS hospitalar.

No período de negociações entre o corpo docente-estruturante da RIS/ESP-CE e o HM, a maior parte dos/as profissionais estava desligando-se da ESP por circunstâncias diversas. Antes de tudo, era muito claro o estabelecimento de projetos políticos-pedagógicos e sanitários distintos entre alguns/algumas dos/as representantes docentes da RIS e da direção da ESP. Alinhamentos contrários acompanhados por tensões, desembocando em embates como da tentativa de imposição à RIS em conduzir o PPP da RMS vista a transformá-la nas mesmas faces de direcionamento da Residência Médica. Era apenas um deles. Contudo, não foi a aresta de estopim do desligamento, apesar de estabelecer também a partir do contrassenso político

uma seara aberta de negociações sem ou poucos acordos. A precariedade nas relações de trabalho, como o não recebimento e/ou atraso das bolsas de pagamento a alguns/algumas profissionais por fortes indicativos de alinhamento político divergentes foi o crucial da saída.

Mesmo após o desligamento de uma parte do corpo docente-estruturante da RIS/ESP-CE, conseguimos a parceria com o HM. Principalmente, com o apoio de uma das formuladoras e implantadoras da RIS, a qual também esteve à frente da coordenação geral da RIS/ESP-CE. Ao chegar no segundo lócus de pesquisa, as sabatinas de negociações adensaram por meses. Foram realizadas reuniões, apresentação do projeto esclarecendo os objetivos do trabalho, metodologia, sujeitos, instrumentos, técnicas de pesquisa com a coordenação de ênfase, de ensino pesquisa do HM, setor de Educação Permanente e Continuada, no sentido de avaliarem se o estudo era/é importante, interessante à instituição.

Além disso, mesmo com o consentimento, um/uma profissional do HM obrigatoriamente tem de estar responsável pela pesquisa por todo período dela. Seu nome vinculado ao projeto a ser submetido ao Comitê de Ética, já que é uma das unidades fechadas a pesquisadores/as externos/as. Ao negociar a abertura do campo, seguimos os fluxos internos, os critérios exigidos para adentrar na unidade, inclusive, os preceitos éticos da pesquisa antes de iniciar a pesquisa.

4.2 Os caminhos da pesquisa

Ao/a pesquisador/a é imprescindível indicar o tracejo do lugar que se tem o desejo do alcance, do tocar, do imbricar, do se ‘banhar’. É indispensável a indicação do caminhar, de uma metodologia que aponte o onde levar para alcançar as variáveis e ao chegar, o como fazer para tê-las, acessá-las. O percurso vai se desenhando, tomando forma durante os caminhos da pesquisa, ora sofre mudanças, ganha, perde personagens, soma, multiplica forças correlatas aos próprios processos inerentes ao campo de pesquisa, ao campo do saber. Severino (2007) aponta que o método é a via da direção, com uma sequência de operações a ser executada, representada por um caminho que permita interpretar as questões propostas num dado estudo. Acrescentamos o interpretar questões num dado espaço de sujeitos possuidores de subjetividades, de energias promotoras de mudanças, de colisão.

Magnani (2000) afirma que ao construir um circuito metodológico, é necessária a delimitação prévia do percurso e a cobertura do trajeto. Mas, não para por aí. A metodologia se expressa por uma abordagem da realidade apreendida através do estabelecimento de estratégias

e instrumentos. Constitui-se de concepções teóricas de abordagem, de um conjunto de técnicas que possibilitem o desvelamento da realidade e do potencial criativo do/a pesquisador/a.

Postas as premissas, destacamos, que a pesquisa se valida do método de análise dialético, o qual “colabora para o entendimento de que não existe ponto de vista fora da história, nada é eterno, fixo e absoluto.” (MINAYO, 2010, p. 34), apoiado na contraposição das variáveis criadoras dos fenômenos sociais. Isto quer dizer, no emprego do pensar a perspectiva dos contrários, o que pode a ser (des)coberto, atribuído no bojo das relações entre os sujeitos, o campo da pesquisa e no que haverá de ser pesquisado. Para Oliveira, o método dialético possibilita ao/a pesquisador/a um estudo em profundidade ao analisar as partes constantes da totalidade, visto que “todas as coisas estão em movimento e o movimento se processa através do contrário” (OLIVEIRA, 2008, p. 60).

Acerca do tipo de estudo, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Minayo (2010) infere que a pesquisa qualitativa permite a aproximação e apreensão do universo mais profundo dos processos e fenômenos intrínsecos às relações sociais dos sujeitos e sua realidade social, os quais não podem ser reduzidos meramente uma simples operacionalização de variáveis, uma vez que se detém ao universo de significados, crenças, valores, atitudes e aspirações apreendidas na realidade social. Ao considerarmos o termo qualitativo “implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível” (CHIZZOTTI, 2006, p. 135).

A elaboração da investigação se deu por meio de um levantamento bibliográfico em livros, dissertações, teses, artigos, jornais e periódicos sobre a problemática em tela, envolvendo os Programas de Residências em Área Profissional da Saúde, Educação Permanente em Saúde, Sistema Único de Saúde (SUS) e Avaliação de Políticas Públicas. Além disso, identificamos quais os respaldos legais que contemplam a temática, tais como leis, documentos, decretos, portarias, dentre outros.

A pesquisa de campo foi iniciada em fevereiro de 2019 e concluída em janeiro de 2020²⁸, por meio da qual nos apropriamos dos diversos aspectos do real que se expressaram no

²⁸ A data refere-se à aproximação ao campo, desde os primeiros contatos com a coordenação geral, coordenação pedagógica e acadêmica e a tutoria hospitalar da RIS/ESP-CE, com a coordenação da ênfase Cardiopulmonar, no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes, participação em grupos de estudos, reuniões das coordenações hospitalares na RIS/ESP-CE, reuniões entre os/as profissionais-residentes da RIS/ESP-CE e no Hospital de Messejana, participação na Câmara Técnica Hospitalar da RIS, participação nos módulos de aula dos/as residentes na RIS/ESP-CE no HM, dentre outras experiências vivenciadas. Todos os campos permitiram por meses de observação e observação participante, desenvolver novo olhar acerca da problemática pesquisada

locus da pesquisa, propiciando a observação dos espaços fomentadores do objeto a ser pesquisado, a RIS/ESP-CE. Aqui, é de importância ressaltar o *observar*, que se deu de forma permanente, nos auxiliando a alcançar aguçadamente alguns dos sentidos da pesquisa não explícitos nos conteúdos bibliográficos ou no momento de extrair as representações não postas nas literaturas científicas, bem como, durante as entrevistas com os/as interlocutores/as, *aquilo que nas palavras não se consegue enxergar*.

Compreendemos, assim, que o ato de observar nos permitiu a detecção e obtenção das informações por vezes não apreendidas por outros métodos, mesmo sendo ela interativa a outros conjuntos de técnicas. Aliada a isso, tomamos posse da observação participante (na ESP/CE, na RIS/ESP-CE e no Hospital de Messejana), que nos permitiu vivenciar algumas das experiências junto aos/as interlocutores/as. Para tanto, exigiu rigor e sistematização, diferenciando-se da observação informal e denominando-se observação científica. Ditas algumas das características, tomamos como embasamento teórico sobre a observação participante o entendimento de Correia ao inferir que “consiste em uma técnica para o investigador que visa compreender as pessoas e as suas actividades no contexto da acção” (CORREIA, 2009, p. 31).

A observação contribuiu na construção dos registros em diários de campo, como também, os períodos antecedentes à imersão. Os registros foram utilizados na avaliação dos dados e conteúdos levantados. Posteriormente, nos detemos a uma análise e interpretação do que fora capturado vista à qualificação dos dados coletados, os quais subsidiaram a criação do texto da dissertação.

No decorrer da imersão ao campo, aplicamos a técnica da entrevista como um dos instrumentos para coleta de dados. Sua eleição encontra-se no oferecimento das informações orais. Se é avaliado, percebido também aquilo que as palavras não alcançam, por exemplo, por uma demonstração corporal (sorriso, silêncio, estranheza, incômodo com a pergunta/resposta, dentre outras). De acordo com Manzini (2003), a técnica da entrevista subdivide-se em três importantes questões norteadoras: a primeira, relacionada ao planejamento da coleta de informações, a segunda, destacam-se as variáveis que afetam os dados de coleta e futura análise e por último, a terceira questão, remete ao tratamento e análise de informações advindas de entrevistas. Assim, consideramos que a técnica possui, ao mesmo tempo, que oferece contribuições na apreensão dos sentidos, fatos, atos e falas dos/as interlocutores/as da pesquisa.

junto a outros elementos subsidiados ao longo da pesquisa investigativa, os quais colaboraram para o texto da presente dissertação.

Circunscrevemos, que ao serem transcritas as falas/ideias, obtidas por meio dos/as nossos/as interlocutores/as, escolhemos por legitimá-las, permanecendo a formação gramatical, verbal e de concordância, tais quais ditas pelos próprios agentes. Mediante a isto, a transcrição nem sempre corroborou com as regras escritas do Português (brasileiro) formal.

Os métodos utilizados no estudo buscaram propiciar realizar uma avaliação em profundidade da RIS/ESP-CE - Ênfase Cardiopulmonar enquanto estratégia de educação permanente dos/as profissionais do contexto hospitalar de Messejana, situado em Fortaleza-CE. O estudo visa identificar, explorar os subsídios para a avaliação de tal política. Dessa forma, a ESP-CE e o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes foram os dois campos empíricos eleitos para pesquisa. Ao identificarmos as pessoas que possuíam o perfil do estudo, as convidamos a participar de uma entrevista (gravada com o consentimento do/a entrevistado/a), respeitando os critérios éticos de pesquisa com seres humanos. Como critérios de inclusão e exclusão dos/as participantes da pesquisa, são os tabulados a seguir:

Quadro 2 – Critérios de inclusão e exclusão dos/as interlocutores/as da pesquisa.

RIS/ESP-CE		HOSPITAL DE MESEJANA (HM)	
Critério de Inclusão	Critério de Exclusão	Critério de Inclusão	Critério de Exclusão
- Corpo docente-estruturante: Coordenação Pedagógica, coordenação Acadêmica e tutoria hospitalar; Gestão: Coordenação geral da RIS, direção da ESP-CE.	Profissionais que não atendam aos elementos citados nos critérios de inclusão.	- Corpo discente: Profissionais-residentes multiprofissionais da RIS/ESP-CE (R1 e R2), turmas V e VI; - Corpo docente-assistencial: Preceptores/as de núcleo, preceptores/as de campo, orientadores/as de serviço; - Gestão: Coordenação de ênfase e gestor/a acadêmico; - Demais profissionais contratados/as temporários ou de carreira, que possuem contato profissional direto ou indireto com a RMS em Cardiopneumologia da RIS/ESP-CE.	Profissionais que não atendam aos elementos citados nos critérios de inclusão.

*Fonte: Elaborado pelas autoras, (2020).

Estes foram os/as interlocutores/as tidos como formais. Todavia, no HM tivemos alguns diálogos adquiridos com outros agentes fundamentais, como, por exemplo, os/as usuários/as-pacientes e acompanhantes, os/as quais colaboraram no cotejamento de ideias para

composição dissertativa do trabalho. Citamos também o acesso aos/as profissionais do HM não participantes oficialmente do corpo docente-assistencial, entretanto, atuavam no mesmo espaço da Residência *Multi*, dividindo cotidianamente as linhas de atenção à saúde naquele hospital.

Vale destacar, foram importantíssimos os diálogos entre as Marias, os Josés²⁹ (usuários/as-pacientes, acompanhantes), quando na fila do almoço trocamos ideias, informações. Quando no lanche da tarde, nos encontrávamos e muitas histórias vinham ao meu conhecimento, histórias de vida, de como chegaram no HM, seus sentimentos, anseios, desejos e expectativas de internação, alta e outros projetos. Ao comprar o cafezinho com bolho de milho nas barracas/ambulantes do entorno do hospital, em conversas com os/as donos/as das barracas, que dali retiravam as possibilidades de sustento familiar, alguns há dois, quatro, dez, quinze anos desenvolvem suas atividades de trabalho lá. A aproximação de cada história, cada grupo de sujeito fora sendo construída ao longo dos dias, das visitas institucionais.

No prisma das entrevistas gravadas (formais), acompanhadas por um roteiro semiestruturado com amostra não probabilística por quotas (proporcional), aplicadas com 22 participantes no Hospital de Messejana. O roteiro foi submetido a pré-teste no período de julho/2019 e ao qualificarmos retiramos, incluímos perguntas objetivas e subjetivas previamente estabelecidas, somadas às indagações que surgirem no decorrer das entrevistas e imersão ao campo. Salientamos que “a entrevista semiestruturadas favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” (TRIVIÑOS, 1987, p. 157).

Utilizamos a amostragem não probabilística para a quantificação dos interlocutores/as, possibilitando a “seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo. (Mattar, 1996. p. 132). Consideramos conveniente adotar a amostra não probabilística por quotas, por meio da qual o/a pesquisador/a define a quantidade de pessoas que considera interessante entrevistar, contemplando as categorias abordadas, no caso desta pesquisa, 22 participantes entre os meses de julho de 2019 a outubro de 2020.

A realização das entrevistas propiciou subsídios ao que concerne a avaliação da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) – Ênfase Cardiopneumologia enquanto estratégia na educação permanente dos/as profissionais do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Esta técnica, nos oportunizou aguçar

²⁹ Tomar nota do poema da professora Annatália na página 149.

elementos exploratórios ora desvelados, percebidos ou não durante a observação do campo, compondo novos apontamentos, as possíveis contribuições e os desafios encontrados no processo de educação permanente dos/as profissionais integrantes da RIS/ESP-CE na unidade hospitalar, bem como, dos/as profissionais contratados/as da instituição para o acompanhamento assistencial-docente (preceptores/as de núcleo e de campo, orientadores/as de serviço, coordenação de ênfase e gestor/a hospitalar). Por tais razões, elegemos as entrevistas “tal como o artesão vai tecendo os fios das teorias, das técnicas e da epistemologia, aguçando sua percepção e sua sensibilidade, de modo a ver além daquilo que está a sua frente, de enxergar o que até então não se revelara diante de seus olhos” (FERNANDES, 2012, p. 239).

Quanto ao roteiro de entrevista, estruturamos em dois tópicos, o primeiro abordando o perfil sociodemográfico, profissional e acadêmico, contendo informações profissionais, étnico-racial, de gênero, entre outros elementos que serviram de base para traçarmos o perfil dos/as interlocutores/as pesquisados/as. O segundo tópico, norteado por perguntas disparadoras sobre a temática de pesquisa, aos quais contemplaram as categorias analíticas: Políticas Públicas, Avaliação de Políticas Públicas, Estado, Política Pública de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Programas de Controle Social, Gestão, Condições de Trabalho, Gênero, Étnico-racial, etc., além de perguntas inseridas pelos/as próprios/as interlocutores/as no momento da entrevista.

Ao total foram elaborados quatro roteiros de entrevistas semiestruturadas, uma para cada grupo: Corpo discente (profissionais-residentes); Corpo docente-assistencial do Hospital de Messejana (preceptoria de núcleo, preceptoria de campo, orientadores/as de serviço); Gestão Hospitalar de Messejana (coordenação geral da ênfase, diretoria/gestor/a acadêmico); Gestão da ESP-CE (coordenação geral RIS, diretoria da ESP) e o corpo docente-estruturante da ESP-CE (coordenação acadêmica, coordenação pedagógica e tutoria hospitalar da RIS/ESP-CE). Como subsídios na imersão do campo, desenvolvemos dois instrumentais auxiliares durante a experiência da observação do campo (um para a ESP e outro para o HM), com vista a atentar-se para o revelado formal, verbal, documental, sobretudo, informações, situações, como as quais não ditas, desveladas, mas sentidas, absorvidas pela pesquisadora, que estas não são passíveis de registro em diário de campo.

Como ferramenta de análise dos dados coletados, adotamos a análise de conteúdo, técnica comumente utilizada em pesquisas qualitativas, uma vez que busca os sentidos das falas, expressões, propiciando um diálogo entre as categorias e os relatos dos participantes do estudo. Campos (2004, p. 05) afirma que: “o método de análise de conteúdo é balizado por duas

fronteiras: de um lado a fronteira da lingüística tradicional e do outro o território da interpretação do sentido das palavras (hermenêutica)”. Disserta, ainda Chizzotti (2006, p. 98) que “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. A elegemos, portanto, por entendermos ser um caminho possibilitador para o melhor aproveitamento da análise dos dados.

Ressaltamos, que as etapas metodológicas, bem como as demais referentes à pesquisa requisitaram a constante reflexão, avaliação e revisão dos processos, uma vez que consideramos a dinamicidade dos fatos, dos fenômenos e das relações sociais construídas na luz do cotidiano. A pesquisa produz ciência, (des)afetos, sentidos, falas, inquietações, conceitos, atos. Martinelli (1999) nos diz que a pesquisa é um exercício político e possui um sentido de cunho social. De modo que tivemos o cuidado na revisão crítica e dialética da pesquisa, de modo ao finalizá-la, realizamos grupos com os/as participantes para socialização e publicação dos resultados obtidos.

De tal forma e por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos é importante frisar, que o manejo da pesquisa seguiu e contemplou as etapas de submissão, respeitando a liberdade de expressão, os valores sociais, culturais, políticos e religiosos dos sujeitos envolvidos não só no processo de entrevistas, bem como, na imersão ao campo e em todas as etapas antecedentes e posteriores, como norteiam as legislações referentes, são elas: a Resolução n.º 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Resolução 196/1996 do CNS, as quais direcionam as normas, diretrizes e os preceitos éticos. Inclusive, para a realização da pesquisa, seguimos a etapa de submetê-la a apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Ceará (UFC), seguida da provação, com o parecer consubstanciado número 3.284.111, datado de 25/04/2019 e pelo Comitê de Ética do Hospital de Messejana do Dr. Carlos Alberto Studart, sob número do parecer 3.376.225, datado 06/06/2019.

Ao ser apreciado e liberado o estudo, todos/as interlocutores/as foram devidamente informados/as acerca dos objetivos do trabalho proposto, os riscos e benefícios da participação. Ao serem convidados/as para as entrevistas, foram informados/as acerca dos objetivos da pesquisa, novamente esclarecidos os preceitos éticos e ao aceitarem a participar, assinaram a anuência em forma de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, no qual uma ficou com o/a participante, a outra com as pesquisadoras.

5 ANÁLISE DE CONTEXTO POLÍTICO DA FORMULAÇÃO E DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: ALICE NO PAÍS DAS MARAVILHAS³⁰ - O DUPLO PAPEL DO ESTADO NO CAMPO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Ao apresentar este quinto capítulo, desenvolvido em quatro subtópicos, revelamos, destaque à política pública de saúde brasileira constituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, propomos a desenvolver o eixo da análise de contexto político da formulação e da implementação da política, com foco na política pública de saúde, concatenada à análise/avaliação da concepção e as relações do Estado, apresentando nesta seção indicadores sociopolíticos e econômicos a partir da concepção de Estado e sua relação com o SUS.

Ora, como já bem justificado, não há possibilidades de fazer uma avaliação de uma dada política, projeto, programa, sem compreender as demarcações do Estado no jogo das políticas públicas. De tal modo, os indicadores socioculturais são fundamentais no pensar a política pública do SUS, primeiro porque o SUS vem atravessado por uma lógica estatal que cada vez se concilia a uma perspectiva neoliberalista. Do outro lado, os espaços de controle e de participação social, o Movimento da Reforma Sanitária, por exemplo, os quais balizaram a existência e o fortalecimento das Residências em Saúde, sejam multiprofissionais, sejam médicas. É imponente, sobretudo, analisar o contexto político da formulação e implementação do SUS, das Residências em Áreas Profissional da Saúde, implicado em uma avaliação política dos governos antecedentes ao período antes e após democratização, apontando como governos de Luís Inácio Lula Inácio e Dilma Rousseff.

Discutimos nesse capítulo, como o SUS, fruto da articulação da sociedade civil é premido por questões políticas, econômicas e orçamentárias. Vamos do início. Do ponto de vista estrutural, é importante buscarmos compreender as raízes que explicam o surgimento, desenvolvimento das políticas em cada momento histórico e em cada governo, especificamente. De tal maneira, o exercício remete-se a uma dimensão analítica e avaliativa referente ao papel do Estado e ao contexto gerador das políticas, da implementação e execução. De sobremaneira, avaliá-los considerando o trajeto da Seguridade Social brasileira frente ao desmantelamento dos últimos anos, mecanizado nas ameaças constantes mesmo desde ao seu nascedouro institucional da CF de 1988.

³⁰ Remete a obra infantil *As aventuras de Alice no país das maravilhas*, mais conhecida em sua abreviatura *Alice no país das maravilhas*, escrita por Charles Lutwidge Dogson (1865). Dogson conta a história da criança Alice que ao cair numa toca de coelhos, vive momentos de um lugar fantástico, com lógicas e características de sonho e tem de passar por obstáculos para encontrar o caminho de volta para a casa.

A situação de precariedade, fragilidade das políticas públicas, dos direitos sociais existe desde as suas gêneses, contudo, o agravamento nos dias atuais é notadamente preocupante. As reformas e contrarreformas do Estado predominadas nas configurações de mercado, da especulação do capital financeiro e da retração evidente do Estado, as quais se mantêm como atuantes nos círculos de controle da devastação da Seguridade Social. As políticas públicas vêm submetidas em uma conjuntura política-econômica regressiva, no movimento em função total aos interesses particulares do capital, desviando suas funções ao deixar como alternativa a absorção pelos sujeitos um processo de transferência de responsabilização em dar respostas às políticas.

A ofensiva onda neoliberal, no país, a partir da década de 1990, determinou o desenvolvimento de uma política voltada para a rentabilidade econômica em detrimento dos avanços sociais. Agora, com a instalação do governo reconhecidamente de extrema-direita e ultraliberal, a Seguridade Social passou a sofrer maior desmantelamento exponencial muito rapidamente, correndo riscos, em um contexto dito pela professora Ivanete Boschetti de “agudas desigualdades sociais, pobreza estrutural e fortes relações informais de trabalho. Esse modelo, deixa sem acesso aos direitos da seguridade social uma parcela enorme da população” (BOSCHETTI, 2009, p. 01).

Alinhado à flexibilização das leis trabalhistas, ausências de incentivos e investimentos na política de valorização do salário mínimo, a taxa de desempregados/as de mais de quatorze milhões, as Emendas Constitucionais (EC) 93/2016 e a 95/2016, estipulando a redução de investimentos nas políticas de educação e saúde públicas, são algumas das consequências influenciadoras na pauperização das condições de vida e saúde da população, em especial, àquelas mais vulneráveis economicamente, inclusive, na expansão e agravamento das desigualdades sociais. Neste sentido, a professora M^a Inês Souza Bravo percebe “a universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado tensão e resistência dos formuladores do projeto de saúde” (BRAVO, 2009, p. 03).

Nos parece significativo evocar a restrição severa do acesso aos direitos, delineados após a redemocratização e assinalados no contexto da universalidade e acesso a eles. Mesmo após o advento redemocrático, as políticas públicas por completo não foram eximidas das linhas duras recessivas no campo de investimento e crescimento, mesmo diante aos governos progressistas - que de fato deram lugar de visibilidade às políticas, entretanto, e principalmente, no tocante da via do acesso ao consumo. Todavia, é de, sobrecomum, considerar a afirmativa

da rapidez em que esses direitos têm (re)caído na armadilha violadora desde a arquitetura e a execução de um novo golpe de Estado, o Golpe de 2016³¹.

Não podemos deixar de registrar e configurar um dos marcos fundantes na tentativa de deslegitimar o campo das políticas públicas, da Seguridade Social. O golpe, o qual continua em curso, isso devemos reafirmar, podemos até dizer: o atual golpe. Pedaladas fiscais - crime de improbidade administrativa, estas foram as jogatas políticas e midiáticas que levaram ao impeachment. Nem mesmo a plataforma política conciliatória do PT, endossada por pactos, alianças políticas foram suficientes para cessar os conchavos da oposição submergida, principalmente, na elite brasileira enfurecida com o padrão político, econômico e social que o Brasil vinha desenhando. Instala-se o projeto violento de impeachment da então Presidenta Dilma Rousseff, levando o vice Michel Temer a ser presidente interino – ilegítimo –. Ao fim do processo de impeachment, uma das chancelas do Golpe de 2016, Temer conclui o mandato no cargo de presidente até dezembro de 2018.

O Golpe de 2016, representa o que há de mais antidemocrático nas sociedades que possuem a democracia enquanto horizonte. É um projeto de tomada de poder por uma classe ou classes derrotadas nas urnas, encarnadas no domínio de grupos patrimonialistas até hoje sugadores da estrutura do Estado, usurpadores do poder. Desde então, são muitos os desdobramentos em todos os campos da vida de cada um/uma de nós brasileiros/as. São sucessivos golpes, tensões, perdas, omissões, reorientadas pela lógica predatória da própria máquina estatal em conluio com uma elite desesperada pelo poder. É o que referenciam as professoras Alba Pinho e Eliana Guerra (2017) “golpes dentro de golpes”, os quais produzem e reproduzem resultados, mudanças no mundo real dos sujeitos. Vejamos alguns deles:

Dez meses do Governo ilegítimo de Temer e o enredo de golpes dentro do Golpe não para de nos surpreender a cada dia: remodelagens no aparato estatal; mudança no marco regulatório do Pré-Sal; reforma do Ensino Médio; “Escola com mordaza”, com a alegação de “Escola sem Partido”; PEC 241/55; reforma da previdência, reforma trabalhista. É a lógica do chamado “ajuste fiscal”, em verdade, ajuste para a acumulação do capital! E sua contra face: a política de espoliação de riquezas, de direitos, de Políticas Públicas. (PINHO, GUERRA, 2017, p. 11).

³¹ O Golpe de 2016 assumiu centralidade na cena política brasileira. Iniciado logo após a derrota eleitoral do PSDB em 2014, quando na época Aécio Neves, candidato opositor à Presidenta Dilma perde no segundo turno das eleições presidenciais. As professoras Pinho e Guerra (2017), dissertam acerca da intensificação da engenhosa arquitetura do golpe com a Operação Lava-Jato, constituindo marco decisivo na tessitura do Golpe. O processo do golpe foi chancelado muito rapidamente. Em 2016, a votação chega a Câmara dos Deputados Federais, em maio do mesmo ano, o Senado aprova o impeachment e Michel Temer assume ilegitimamente a presidência.

São apenas alguns dos exemplos de expropriação dos direitos no âmbito das políticas. Trata-se de um contexto, um projeto de desmonte da Seguridade Social, em curso potencializado com golpe de 2016, de forma mais ostensivamente circunscrita no campo da proteção dos direitos sociais, das políticas públicas. É um Estado de exceção e recessão. É o que estamos vivendo. Perante a tal projeto reformista, ofensivo, podemos nos interpelar diante tantas constatações de restrição das ações do Estado em ritmo vertiginoso, quais as respostas de um Estado mínimo, cujo próprio é provocador da perda dos direitos, podemos esperar? Afinal, estamos falando de qual papel ou papéis do Estado? É o que desejamos ou o que temos? Qual é a relação entre o Estado e o campo das políticas públicas?

5.1 De qual Estado falamos?

O início do título deste capítulo *Alice no país das maravilhas* provoca-nos a pensar metaforicamente a relação do campo da política pública de saúde e o Estado. A *Alice* faria menção à política de saúde, enquanto o Estado *o país das maravilhas*. Pensá-los frente a algumas questões espinhosas, vinculadas à concessão e a proteção dos direitos sociais, em especial, o direito à saúde é uma agenda urgente. A espinhosidade nada mais é que a instalação hibridizada da atuação e inserção do Estado no campo das políticas públicas. Ao mesmo tempo que o Estado assegura os direitos - ou pelo menos assim deveria - é o mesmo que desassegura, protege, desprotege. Ao que nos parece à primeira vista, um Estado fornecedor de políticas públicas na garantia efetiva da reprodução social, todavia, calçado na relação privilegiada de uma falsa desburocratização dos mecanismos estatais empenhados na legitimação e integração de um modelo de política pública universalizante.

Ao nos referimos ao campo da política pública de saúde, por exemplo, atravessamos uma maléfica manobra estatal de tentativa de deslegitimação da saúde, tanto nos investimentos quanto ao gerenciamento. A sacada maldosa dos capitalistas circula em torno da engenhosa arquitetura de retornar à saúde ao patamar privado, com acesso restrito às camadas mais pobres economicamente, totalmente avesso ao modelo de saúde universal conquistado socialmente no Movimento da RSB, uma política de saúde pública, gratuita, sobretudo, universal.

Ao percebemos o projeto de Estado e o campo das políticas públicas significa, *a priori*, que fundamentalmente seja imprescindível a discussão acerca das suas relações e concepções do Estado. Há de se considerar em não haver uma relação suave entrelaçada à

doçura entre o Estado, o campo das públicas e a sociedade. Tampouco idealizar se inserirem em uma arena harmoniosa. O Estado brasileiro não é a *Alice*, e muito menos, ainda, o campo das políticas públicas vive *no país das maravilhas*. Estamos em uma arena de conflitos permanentes, marcada pela raiz profunda do tensionamento das desigualdades sociais desde a invasão europeia³², ainda pouco considerada no vetor das relações sociais e suas desigualdades.

A pergunta-chave gira em iniciar o diálogo sobre qual concepção de Estado nos referimos, falamos? E para quem é o Estado? Esse Estado está governando para quem? Por quem é governado? Para dialogarmos sobre tais indagações, tomemos como base inicialmente o que nos aponta Bresser (2008) em relação à concepção de Estado. Para o autor, trata-se de uma instituição central nas sociedades modernas, uma organização que dá origem às instituições normativas formais e com o poder dele se formam as leis. Em uma primeira versão do Estado moderno³³, de acordo com o autor, este era concebido como absoluto do ponto de vista político, patrimonial e administrativo.

Bresser (2008) continua desenvolvendo a análise ao apontar, que na segunda parte do século XIX, os países capitalistas mais avançados empreenderam a primeira grande reforma administrativa, a reforma do serviço público, comumente conhecida como reforma burocrática, transformando o Estado em gerencial. Na visão dos capitalistas da época, os novos moldes resultavam em um progresso, já que o Estado tinha de criar condições favoráveis e refinadas com finalidade de estimular os investimentos do capital. Um mecanismo gerenciador do capital, na mesma órbita em que seus interesses eram de ser atendidos pelo Estado. Esse funcionava como aporte estratégico. O redimensionamento atingiu aos países centrais e os periféricos.

³² Nos últimos anos temos visto um novo olhar crítico (mesmo a passos lentos) ao chamado processo de colonização portuguesa, no âmbito, especialmente, da América Latina. Em relação a escravidão africana no Brasil, cerca de 4,8 milhões de africanos/as - quase metade de todo o comércio escravista avaliado em 10 milhões de pessoas - foram sequestrados/as para o Brasil. Sociólogos como Florestan Fernandes, Clóvis Moura e intelectuais do Movimento Negro, como Abdias do Nascimento, buscaram rever a história do Brasil com paraíso da “democracia racial”. Para com a colonização na América Latina, o Grupo Modernidade/Colonialidade é um dos que estão mais revendo todo esse processo, não apenas em relação ao nosso território geopolítico. A partir dessa formulação tornou-se evidente a “centralidade do conceito de colonialidade do poder, entendido como a ideia de que a raça e o racismo se constituem como princípios organizadores da acumulação de capital em escala mundial e das relações de poder do sistema-mundo” (WALLERSTEIN, 1990, p. 289). Esse padrão de poder “não se restringiu ao controle do trabalho, mas envolveu também o controle do Estado e de suas instituições”. (BERNARDINO-COSTA, 2016, p. 18).

³³ Propõe-se a leitura de GRAMSCI, Antônio. *Maquiavel, A política e o estado moderno*. (1991).

Do ponto de vista da órbita brasileira, quando chegamos ao século XX, década de 1930, o país transitava no caminho decorrente da Grande Depressão³⁴ iniciada nos anos de 1929, persistindo até a Segunda Guerra Mundial. Entre esses anos, Behring (2006), elucida, ter acontecido a maior crise do capital a nível mundial até aquele momento. A autora continua, ao descrever que o Estado passava por mudanças estruturais, objetivadas por promover a expansão do sistema econômico e industrial, pactuados entre a elite agrária e política, no governo de Getúlio Vargas.

O desejo dos burocratas do país, centrava-se em conceber o Brasil a um maior expoente de produção industrial. O lançamento do país no circuito da industrialização. Nogueira e Miotto (p. 03, 2006), endossam afirmando, “as alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, têm como alterações mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores”.

O Brasil, mesmo diante a Grande Depressão, caminhava-se ao início da construção de uma sociabilidade capitalista industrial, transitando de um país de economia eminentemente agrária para uma política econômica industrial, sob tentativa de gerir uma balança interna. O projeto de redefinição, obrigou ao Estado gerenciado pelo governo de Getúlio Vargas a mediar, negociar junto ao movimento dos/as trabalhadores/as, políticas sociais, as quais garantissem o atendimento ínfimo a reprodução das forças produtivas. Ora, sem a exploração das forças produtivas não há extração do capital.

Vejamos o que Silva (1999) faz referência ao sentido e ao termo da política social, bem como, a interlocução dela no modelo de caráter econômico. A autora explica, que uma das ações da política social se volta também para a qualificação da força de trabalho e de sua recuperação, tendo em vista atender às demandas do sistema de reprodução do capital. Portanto, ao governo acentua a obrigatoriedade de introduzir ao modelo político recursos nas mãos do Estado para o desenvolvimento de políticas sociais, em decorrência de garantir o próprio desenvolvimento econômico.

Com a forte organização sindical, os movimentos dos/as trabalhadores/as, na época do governo varguista, alcançaram alguns êxitos, no sentido de amenizar as consequências da expropriação do trabalho, como por exemplo, a criação da Consolidação das Leis Trabalhistas

³⁴ Behring (2006) alui, o período da crise da Grande Depressão também conhecida como a Crise de 1929, iniciado no sistema financeiro americano, quando os registros mostram a queda nas ações da Bolsa de Valores de Nova Iorque. A crise alastrou-se pelo mundo, reduzindo o comércio mundial a um terço do que era antes.

(CLT), regulamentando as relações de trabalho da época, inclusive, direciona os alguns dos contratos de trabalhos nos tempos atuais. É sabido, fora no governo de Getúlio, uma das primeiras experiências de aparelhamento das organizações sindicais junto ao Estado. Vargas, o típico burocrata populista, considerado na época como o “pai dos pobres”, servia a burguesia, a elite industrial, aos interesses do capital, ao mesmo tempo, instituiu estratégias de respostas para continuidade dos meios produtivos, na tentativa de frear o crescimento e a organização do coletivo da classe trabalhadora, por reivindicações de expansão de direitos e de políticas sociais. Processos esses permeados por contradição e interesses de classes. Bom estrategista como foi, circunscreveu uma espiral de ilusão proporcionada por um falso sufrágio de ampliação e do acesso às políticas sociais, associando o Estado garantidor do atendimento à materialização dos direitos sociais reivindicados.

Países como Inglaterra, Alemanha e os Estados Unidos, característicos de uma economia desenvolvida, experimentavam políticas de ampliação de seguridade dos direitos sociais, instituídas pós Segunda Guerra Mundial a partir do avanço do sistema de proteção social do *Welfare State*. Importa frisar, o Brasil nunca de fato concretizou o *Estado de Bem-Estar Social*. O mais próximo que chegamos foi a um ensaio dele, mesmo com o avanço das políticas nos governos autodenominados progressistas. Foram tentativas após tentativas, formulação e a execução de políticas sociais focalizadas, acrescenta Behring (2009, p. 11), políticas balizadas por “tensão entre universalidade e seletividade que está presente em seus princípios”, com objetivos fins ampliar a seguridade social, concatenada, ao mesmo tempo, à ordem do encobrimento dos conflitos oriundos da profunda desigualdade socioeconômica tecida *da/na* sociedade brasileira.

As tentativas de instaurar o Brasil ao projeto de redefinição do Estado, continuaram sem conseguir constituir uma política econômica longe do capital estrangeiro, mesmo nos períodos considerados de bom crescimento para países marcados como periféricos. O país continuou recebendo capital de países e de agências internacionais. Nem mesmo a década de 1950, no governo de Juscelino Kubitschek (JK), com o slogan campanhista de “50 anos em 05” na linha de desenvolvimento e crescimento, considerada a década de Ouro ou os Anos de Ouro, não sustentou uma nova crise do capital internacional, com fortes influências no Brasil. Os anos gloriosos, começam a exaurir no final dos anos da década de 1960 (década do novo Golpe e da Ditadura Militar), e na sucessora, em 1970, entra em um novo colapso com crise do sistema mundial. Vejamos o que Silvia et. al, dissertam sobre o Brasil entre de 1940 a 1960:

O período compreendido entre os anos de 1940 até meados da década 1960 significou, para o Brasil, um momento de considerável crescimento econômico. Todavia, os planos desenvolvimentistas não alcançaram os resultados esperados. O desejo do desenvolvimento econômico não se concretizou e o que podemos observar é a forte presença de capital estrangeiro no país, entendida como necessária para o desenvolvimento nacional. O que se observa, em verdade, é a construção de uma indústria no Brasil e não uma indústria do Brasil. (SILVA et. al, 2016, p. 06/07).

Países europeus como Inglaterra e a Alemanha ocidental, e os Estados Unidos, no final da década de 1970 e início da de 1980, estavam em direção ao capitalismo avançado, enquanto no Brasil, Silvia et. al (2016) convergem, que o país não conseguiu implementar uma forte balança comercial interna, apesar de ter avançando alguns aspectos de crescimento econômico, entretanto, como elucidam Silva et. al, continuamos sob as teias do capital internacional, confluindo ao que Behring (2006, p. 13), afirma, de termos tido “uma espécie de chegada tardia do neoliberalismo”. O marcador de entrada do neoliberalismo no Brasil, acontece na década de 1990, já num contexto de um projeto de Estado neoliberal, em que as linhas de governo se inspiram na vertente desenvolvimentista. Carvalho e Guerra (2015, p. 07) explanam que “o peso da ideologia desenvolvimentista vem como expressão do pensamento dominante, na formação social brasileira”. E ainda complementam afirmando que a “ideologia alça o desenvolvimento a valor primeiro e a meta principal para os países que, no século XX constituíam a parte pobre do mundo e, dentre eles, o Brasil”.

Acrescentamos aqui, a entrada efetiva do neoliberalismo no Brasil, antecedeu a importante articulação/organização dos movimentos sociais no período de redemocratização brasileira, na década de 1980. Os movimentos passam a ocuparam terrenos de debates e lutas políticas para implementação, ampliação dos direitos sociais por meio das políticas universais no sentido garantir melhorias nas condições de vida. Vejamos o que Boschetti (2017) corrobora ao expressar criticamente a entrada do pensamento neoliberal no Brasil, pós-constituição de 1988.

O pensamento neoliberal chega ao Brasil exatamente quando estamos reconstituindo o Estado Democrático de Direito e conquistando direitos com a Constituição de 1988, depois de um longo período de regime militar, que implementou políticas sociais com características tecnocráticas centralizadoras, autoritárias, em que os direitos sociais reconhecidos eram uma compensação à supressão dos direitos políticos e civis. O Brasil viveu o tensionamento da expansão do neoliberalismo em contexto de forte mobilização nacional pela expansão do Estado democrático de direitos. Em contexto de crise mundial, deu-se a promulgação da Constituição de 1988, voltada para a ampliação dos direitos e na contracorrente do movimento mundial de crise e de reestruturação de direitos, numa perspectiva neoliberal. Apesar das particularidades políticas do contexto nacional, o Brasil não fica imune ao contexto mundial de crise e de avanço do neoliberalismo. Na década de 90, logo após a aprovação da Constituição de 1988, apesar dos vários movimentos pela redemocratização do Estado naquele momento, o Brasil passa a incorporar as medidas neoliberais. As tentativas de desmonte ou de não implementação daquelas conquistas constitucionais são permanentes, graduais e cotidianas. (BOSCHETTI, 2017, pp. 20/21).

A afirmação de Boschetti (2017) converge com análise de Dagnino (2004), no qual explorou a relação Estado-Sociedade dos países da América Latina entre as décadas de 1980 a 1990, dissertando sobre as dimensões do avanço do neoliberalismo mesmo após os movimentos democratizantes. Dagnino (2004) lança a discussão acerca do sentido do deslocamento das ações democráticas, sofridas por mudanças consequentes da implementação neoliberal no Brasil. Sobre tal colóquio, a autora argumenta que a década de 1990 é subscrita pelo fenômeno apresentado por ela cunhado como “confluência perversa³⁵” do neoliberalismo.

Nas palavras de Dagnino (2004, p. 195), a confluência perversa circunscreve “de um lado, o projeto neoliberal que se instala em nossos países ao longo das últimas décadas e, de outro, um projeto democratizante, participatório, que emerge a partir das crises dos regimes autoritários e dos diferentes esforços nacionais de aprofundamento democrático”. Daqui começa a recair a provocação do Estado e o seu duplo papel. Um Estado de compromisso perspectivado por ideias neoliberais de acumulação, desembocada no aprofundamento dos interesses dominantes do capital - controlador do Estado -, do gerenciamento dos próprios negócios do Capital-Estado. Um Estado gastador e investidor nas estruturas do seu cliente - do mercado -, com fortes estímulos a emergência de um consenso político de caráter liberal nacional-desenvolvimentista.

Na teia teórico-prática, não podemos esquecer que, devido ao histórico patrimonialista no Brasil, inclusive, da administração pública dominada por relações clientelistas fortemente influenciadas por um discurso neoliberal de que o privado é sempre melhor que o público, ganha força no revestimento da engenharia estatal em conceder a adoção das políticas neoliberais e ultraliberais - privatizações, venda de empresas estratégicas para a soberania nacional ao capital internacional, desregulamentações dos serviços básicos ou do próprio sentido do Estado na medida em que adquire um novo papel dentro desse cenário - para o campo das políticas públicas, sejam elas, econômicas e/ou sociais³⁶.

³⁵ A autora faz referência “por perversa, a um fenômeno cujas consequências contrariam sua aparência, cujos efeitos não são imediatamente evidentes e se revelam distintos do que se poderia esperar”. (DAGNINO, 2004, p. 197).

³⁶ Geralmente ao se referir sobre o campo das políticas públicas, ligeiramente concebemos políticas ligadas ao sistema de proteção social e outras demais concernentes a ela: educação, saúde, previdência, assistência, trabalho e renda, dentre outras. É necessário considerar que o campo das políticas públicas é parte integrante do conjunto de estratégias governamentais relacionadas às várias áreas de atuação, como as políticas econômicas, tributárias, de produção agrícola, transporte, turismo, etc.

As políticas públicas vêm enfrentando por longos anos um processo de sucateamento, como também já visto os grandes resquícios esperados para os próximos anos³⁷, frente a implementação das medidas fiscais dos planos de congelamento pertinente ao financiamento. Aqui estão alguns dos exemplos práticos consequentes do fenômeno da confluência perversa.

Balizados no que já fora analisado/dialogado no decorrer deste capítulo, é nos incumbido - principalmente nos dias atuais -, resgatar as importantes lutas gestadas no fim da década de 1980 para o início de 1990, o tensionamento dos movimentos sociais para com o Estado, a tornar predominante a implementação de um projeto político que procura ampliar a participação dos atores sociais na definição da agenda política, criando instrumentos para possibilitar um maior controle social sobre as ações estatais e desmonopolizando a formulação e a implementação das ações públicas. São as experiências alternativas de ampliação da gestão pública, como, por exemplo, os conselhos de participação social (Conselhos Gestores e o Orçamento Participativo) conquistados pelos ideários herdados politicamente das mobilizações populares contra a ditadura e pela redemocratização do país, com destaque para os movimentos sociais, ganhou força na década de 1990 com o debate da reforma do Estado e o desenvolvimento da administração pública.

Nesse contexto, multiplicaram-se pelo país, governos com propostas inovadoras de gestão pública que abrigavam diferentes experiências de participação social. Nascimento e Oliveira (2013) discutem e analisam as novas configurações de modelos. Identificaram três dimensões fundamentais para a construção de uma gestão pública que se revestisse no campo democrático, importantes para compreensão do novo marco.

A primeira, econômico-financeira: relaciona os problemas do âmbito das finanças públicas e investimentos estatais, envolvendo questões de natureza fiscal, tributária e monetária. A segunda, institucional-administrativa: abrange os problemas de organização e articulação dos órgãos que compõem o aparato estatal, como as dificuldades de planejamento, direção e controle das ações estatais. Aqui, ressaltam as autoras que o Estado tem papel estratégico na sociedade, deve pensar a formulação de políticas que organizam toda a sociedade. Acreditamos que o Estado é um dos agentes pensadores/formuladores das políticas e não tão-somente o único. E por último, a terceira dimensão, pautada na sociopolítica: compreende as problemáticas situadas no âmago das relações entre o Estado e sociedade, envolvendo os

³⁷ Emenda Constitucional 93/2016 e a 95/2016.

direitos sociais e a participação na gestão.

As autoras referem que de um lado está o problema de como estruturar ou organizar estes serviços do Estado, como, por exemplo, o que deve fazer o núcleo estratégico do Estado, o que deve ser delegado para às agências políticas. Esse é o aspecto estrutural. Do outro lado, a questão de como administrar todo o sistema, baseada, especialmente, com a participação societária. Surge daí um novo paradigma diferente de pensar a comunidade e o seu desenvolvimento social, econômico, político, cultural e social, todavia, ameaçado com o forte investimento neoliberal nos diversos serviços, inclusive, no campo das políticas pública no interior do aparelho do Estado. Weidauer (2008) afirma que existe um grande demarcador de retirar o Estado a responsabilidade de intervenção e de transferi-las à esfera do capital, a esfera privada. Para Montañó essa jogata é fundamentalmente político-ideológico:

[...] retirar e esvaziar a dimensão de direito universal do cidadão em relação a políticas sociais (estatais) de qualidade; criar uma cultura de auto-culpa pelas mazelas que afetam a população, e de auto-ajuda e ajuda-mutua para seu enfrentamento; desonerar o capital de tais responsabilidades, criando, por um lado, uma imagem de transferência de responsabilidades, e por outro, criando, a partir da precarização e focalização (não universalização) da ação social estatal e do “terceiro setor”, uma nova e abundante demanda lucrativa para o setor empresarial. (MONTAÑO, 2006, p. 27).

Assim, percebemos que é instrumentalizado uma estratégia neoliberal ao setor político e ideológico, com função tanto de justificar e legitimar o processo de desestatização³⁸, gerando maior aceitação e menor enfrentamento à viabilização constante do projeto neo, ultraliberal de acumulação capitalista. Montañó (2006) alui que a desresponsabilização estatal é, na verdade, uma reestruturação dos mecanismos de desregulação. Nesse processo, analisou que o Estado não é ausente, e sim subsidiador e promotor do processo ideológico de ‘transferência’ da ação social para o mercado. É um ator protagonista destacado nesse processo.

³⁸ Prestes a entrar no governo, Jair Bolsonaro candidato na época do PSL (Partido Social Liberal) – hoje sem partido – assumidamente ultraliberal, intrigante antes mesmo da posse, anunciou em novembro de 2018, logo após sua eleição, a criação da Secretaria de Desestatização, que ficou a cargo da responsabilidade do Ministro de Economia, Paulo Guedes. A Secretaria possui objetivos afinados com os interesses do capital. Indicou-se a partir daí uma maior série de privatização das empresas e instituições públicas do Brasil, com vista ao forte investimento do capital internacional. Para tanto, utilizaram e reutilizaram o discurso de sanar as contas das dívidas públicas da máquina estatal. Discurso costumeiramente utilizado com forte ênfase na campanha presidencial.

5.2 Um raio em céu sereno: O Estado e a disputa pelo poder

Introduzimos neste subtópico, lançando a provocação de como o Estado percebe os sujeitos, agentes constituidores dele, da sociedade? Enquanto objetos de regulação social, subjetiva, cultural, política? Se sim, se a hipótese na verdade for uma afirmação, o que representa a regulação num sistema capitalista? Existindo regulação, tudo indica que há quem regule e há quem é submetido/a ela, o seja, o/a “regulado/a”. Para discutir tal indagação, tomamos como base o conceito gramsciano sobre hegemonia. Segundo Gramsci (2002) a característica do projeto hegemônico volta-se à concentração do poder e o exercício do poder de um grupo perante os demais, ou seja, o Estado dirigido por uma classe que hegemonicamente desempenha o poder sobre a maioria da sociedade. Marx (1986, 1990, 2005) demonstra essa relação monopolizante ao apontar em vários dos seus escritos, a divisão da sociedade em classes antagônicas³⁹, o que implica em regras, leis, normas, todo um aparato institucional e burocrático para defesa dos interesses particulares e privativos da classe burguesa.

Coutinho (1994) exacerba que autenticamente o Estado é o aparelho de dominação da classe economicamente dominante. Se reveste da regulação para operacionalizar autonomia estatal. A hegemonia, no plano regulatório das mais diversas manifestações coercitivas e hierarquizadas, tende a cooptar autoridade como instrumento de reforçar sua própria demanda disciplinar em diferentes modos da “complexificação da estrutura e dos conflitos de classe” (COUTINHO, 1994, p. 15). Bourdieu (2014, p. 04) corrobora afirmando que o “Estado não é um aparelho orientado para o bem comum, é um aparelho de coerção, manutenção da ordem pública em proveito dos dominantes”.

Concatenando o cerne das ideias de dualidade do aparelho estatal com às afirmativas dos estudiosos anteriores, Silva (2005) avança na concepção marxista de Estado, exclusivamente centrada na dominação entre as classes sociais, e analisa a ampliação do Estado na perspectiva gramsciana:

Para Marx o Estado capitalista é resultante da divisão da sociedade em classes e não um poder neutro acima dos interesses das classes. Sua ênfase coloca-se no caráter de dominação de classe do Estado, considerando-o, exclusivamente, um mecanismo de opressão e de repressão ao proletariado/trabalhadores para garantir a acumulação e reprodução do capital, e com isso, a reprodução do capitalismo. Enquanto para Gramsci, o Estado é a própria sociedade organizada de forma soberana. A sociedade é vista como uma organização constituída de instituições complexas, públicas e

³⁹ Indica-se tomar posse dos manuscritos econômico-filosóficos de 1844, assim, como já os apresentam Coutinho (1994) para Marx é o efeito da divisão da sociedade em classes antagônicas entre burgueses e proletariados/as, ou seja, os/as proletariados/as são trabalhadores/as que possuem apenas sua capacidade de trabalho e a burguesia, os que detém os meios de produção.

privadas, articuladas entre si, cujo papel histórico varia através das lutas e relações de grupos específicos e poderes, que se articulam pela busca da garantia da hegemonia dos seus interesses. (SILVA, 2005, p. 09).

Lançamos o contraponto⁴⁰ aos/as autores/as marxistas, que ao considerarem a esfera do Estado como espaço das estratégias de reprodução do capital e suas lutas de classes - está para isso, mas também para além disso - sob o risco de minimizar a ampliação e a atuação do Estado. Retomemos como critério a concepção de Gramsci (2002) sobre o Estado, constituído por uma teia complexa formada no bojo da sociedade, ou seja, a própria sociedade estruturada em instituições públicas e privadas articuladas entre si.

O que quase tudo indica na teoria social crítica de Marx, a extinção do Estado capitalista superaria os conflitos resultantes da manutenção do domínio e do controle das lutas entre as classes, respaldados nos interesses das que possuem o maior bloco de poder econômico na sociedade. Ou seja, uma grande mudança estrutural libertando o homem da natureza opressiva do capitalismo (a força motriz das disputas das classes). Silva (2005) alui que Gramsci, talvez por ser mais contemporâneo, permite uma aproximação mais efetiva das características ampliadas do Estado nos tempos atuais:

Em sua concepção “ampliada do Estado” (sociedade civil mais sociedade política), rompe com a ideia do Estado enquanto representante exclusivo da burguesia, de Marx e outros marxistas, identificando que quem tem a hegemonia do aparato estatal deve se preocupar com a questão da legitimidade do governo. (SILVA, 2005, p. 10).

Trazemos a concepção ampliada do Estado de Gramsci (2002), na qual o autor coloca a sociedade civil mais a sociedade política como constituidoras do Estado. Tanto a sociedade, quanto o Estado possuem um papel histórico, ambos produtores de identidades e subjetividades. Uma constante paradoxal sob a forte influência do campo do poder, da função pública, sobretudo, por parte do Estado. Bourdieu (2014) aponta o Estado como o principal detentor do “monopólio da violência simbólica legítima”, expressamente engendrada “na visão do Estado como quase um Deus” ou ainda sim, “Estado divino, Estado diabólico”.

⁴⁰ Sem sombras de dúvidas, assim como disserta (SILVA, 2005, p. 14) as análises de Marx foram capazes de antecipar muitas das discussões, destacando algumas das características do Estado, como a constituição de um aparelho militar e civil (exército, burocracia), que a república parlamentar se constitui como um espaço político - uma forma pura de dominação ou forma onde a burguesia exercia seu poder sem mediações - no qual a burguesia teve que desfazer-se tendo em vista que constituía-se num momento no qual as maiorias poderiam usurpar este poder. Para tanto, as mudanças societárias e as do próprio Estado requerem a contínua discussão das teorias clássicas em conjunto com as contemporâneas. Incluímos autores/as os/as quais complementam o debate. Não é de interesse desclassificar a teoria social crítica e seus conceitos, os considerando fundantes para a compreensão dos muitos dos fenômenos em uma sociabilidade capitalista. O objetivo é pluralização ao agregar demais autores/as como forma de endossar o aprofundamento do debate das questões adjacentes à contemporaneidade.

Silva (2005) defende o pensamento de Gramsci a evidenciar que não podemos ver o Estado apenas como um aparelho de violência/repressão, mas um aparato jurídico-político cuja organização e intervenção varia de acordo com a organização social, política, econômica e cultural da sociedade, mediadas pelas correlações de forças entre as classes vigentes. O Estado não é apenas o instrumentalizador da burguesia, do capital. Essa visão não escamoteia as várias funções, papéis e concepções do Estado, pois este não é imune e nem é uma abstração como queria Hegel, está inserido mesmo que pouco ou muito pouco na sociedade, lugar onde ocorrem as contradições, conflitos, sejam elas de classes ou de interesses comuns.

Não genuinamente, à guisa dessas constatações, é concreto o reconhecimento das arestas conflituosas pela disputa do poder. Não se tem ideia de se haver *um raio em céu sereno*. As massas⁴¹ devem interrogar o poder governamental, colocando-se como opositoras dos organismos que constituem a própria estrutura produtora ou auxiliar dos conflitos de classe e entre as classes, sobretudo, identificarem-se como parte integrante do próprio Estado. O Estado, não necessariamente, estará aberto aos questionamentos, inclusive, ao debate de reexaminar a especificação do seu papel.

O papel do Estado e ações não podem ser cercadas por sigilo, devem eminentemente ser públicas e publicizadas. Ao serem restritas ou confidenciais minam sobre a sociedade a negação da posse dos fatos, que permitem avaliar as consequências reais das tomadas de decisões do Estado e o desempenho delas nas estruturas sociais. A monopolização do acesso à informação vedado a uma minoria dos sujeitos, desloca a “poucos os que detêm vantagem distinta sobre os demais” (BAUMAN; MAY, 2010, p. 221). Mais uma engenharia de controle e regulação da ordem estatal, por isso, a essencialidade em discutir de qual Estado falamos, qual inserção, a extensão dela, a quem representa e representado. Este Estado representa alguém?

Retomemos a égide gramsciana analisada por Carvalho e Guerra (2015), a ampliação do Estado na sociedade civil concentra-se a partir das lutas sociais e pela via da política instaurado numa arena contraditória, afirmam a urgência em “compreender e trabalhar politicamente o Estado como espaço de disputa” (CARVALHO; GUERRA, 2015, p. 08). Tem-se daí como questão de fundo, a precisão em analisar cuidadosamente as relações das forças, das “contradições das classes dominantes, com a explícita tentativa de excluir as camadas populares de uma participação mais ampla” (COUTINHO, 2008, p. 174).

⁴¹ Ver conceito em Manifesto do Partido Comunista.

O Estado, a sociedade não são projetos acabados. Estão em constante avanço, recuam, ao passo que também ampliam-se, retrocedem em dados períodos/movimentos políticos, culturais e históricos. Uma sociedade diversificada ao representar o tensionamento com frente das forças sociais em relação contraditórias do Estado. As classes ditas como dominadoras, além disto são conservadoras, têm como regra a tradição da manutenção hegemônica dos blocos de poder para si. Tomam de assalto o Estado para si, em troca oferecem pouco à sociedade, oferecem algumas políticas compensatórias para afirmarem o compromisso e o exercício na garantia de agentes facilitadores para amenização da efervescência das mazelas sociais.

Dito isto, o que fora discutido acerca das relações do Estado com a sociedade civil, continuamos, no tópico a seguir, avaliando algumas tarefas e ações do Estado experimentadas no campo da política pública de saúde, enquanto tentativa de desenvolver um processo garantidor do acesso às condições de saúde, que nos ajuda a pensar os fortes processos desiguais, inclusive, no campo da saúde pública, pelo qual o Brasil transitou para a modernidade e enfrentou os grandes desafios históricos de sua evolução ou a falta dela.

5.3 A constituição da política de saúde pública no Brasil: O que tínhamos antes do Sistema Único de Saúde?

"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." - Sérgio Arouca⁴², 1988.

O sanitarista Sérgio Arouca dialoga em sua citação, como se deu a historicidade na tessitura do Sistema Único de Saúde, do SUS. Arouca remete a dois grandes eventos, os quais mudaram inexoravelmente os rumos da organização sanitária no país, são eles: o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em 1970, e a 8ª Conferência de Saúde, em 1986. Juntos, formam o epicentro do marco histórico dos movimentos sociais em defesa da democratização

⁴² Arouca, levantou a bandeira de discutir saúde como política e direito garantido para todos/as. Foi dos principais sanitaristas e líderes da RBS. Exerceu o cargo de Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e presidiu a Fiocruz Nacional. < <https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>>. Acesso realizado em 16 de abril de 2020.

da saúde no Brasil. O que isto quer nos dizer? Nos diz, que por muitos séculos, a população brasileira foi única responsável em prover a autogestão dos meios de garantia das próprias condições de saúde. Contudo, uma ínfima parte poderia provê-la, uma vez que era restrito às populações pagantes da medicina previdenciária, contributiva ou privada (medicina liberal).

Sobre tal colóquio, corrobora Paim (2009) ao elucidar que o esse cenário esteve presente desde o dito Brasil Colônia e, mesmo após a instauração do Brasil República deu-se continuidade. Na década de 1930, no governo de Getúlio Vargas, foi fundado o Ministério do Trabalho, o qual atrelava e legalizava a saúde dos/as trabalhadores/as à Medicina do Trabalho, destinada àqueles/as que exclusivamente mantinham vínculos trabalhistas. Portanto, o acesso à medicina era marcado predominantemente pela lógica do poder de compra. E àqueles/as que não poderiam exercê-la, recaía as ações puramente de cunho caritativo⁴³ e da filantropização das ações saúde, desembocadas, principalmente, por parte do catolicismo e posteriormente pelo primeiro damismo, assim como destaca o autor, proporcionado algum atendimento apenas para aqueles que comprovassem a sua condição de pobreza e a impossibilidade da compra se serviços no mercado. (PAIM, 2009). Assim, eram nossas condições de saúde. E por que não dizer, a ausência dela.

Nos anos de 1953, no governo de Juscelino Kubitschek aconteceu o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde para instituição do Ministério da Saúde (MS). O MS atuava em campanhas sanitárias episódicas, sobretudo, campanhas de endemias e epidemias (febre amarela, malária, varíola, etc), pautadas em um projeto meramente higienista, no período em que o Brasil desenhava o ensaio da industrialização. O governo e o setor econômico utilizavam-se do discurso de controlar o quadro caótico sanitário, o que na essência, o alvo era a repercussão econômica - Afinal, a mão de obra era necessária para continuidade de projeto econômico -. Como percebida, uma postura de política de saúde explicitamente regulatória das condições de vida dos sujeitos. Uma espécie de saúde denominada por Paim (2009), como polícia sanitária. O autor consiste em afirmar, que a população era contrária e organizava-se frente a uma resistência às intervenções autoritárias do governo da época.

Na década de 1970, nos tempos de regime militar, na gestão do Presidente Médici (1969 a 1974) e seu sucessor Ernesto Giesel (1974 a 1979), dois militares governando o país, tivemos uma frente de resistência, principalmente, no tocante pelo avanço da redemocratização

⁴³ As ações caritativas desenvolvidas em hospitais filantrópicos, como os hospitais da Santa Casa de Misericórdia, os quais foram os primeiros hospitais beneficentes no Brasil, a prestar assistência aos/as que não possuíam recursos para acessar à medicina privada. O primeiro foi hospital fundado em 1543 na cidade de Santos, após, Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo. (Paim, 2009).

da política brasileira. Eram tempos de repressão e censura em todos os campos, setores da sociedade. A década foi importante salto para o campo da saúde. O país avançou e acelerou a produção de conhecimento, ampliando o debate sobre tal questão. Os movimentos ligados a uma nova organização sanitária avançavam e resistiam o contexto militar. Ao chegar em 1976, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), um órgão importante de pesquisa na área da saúde foi criado, e em 1979, a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde). O CEBES, a ABRASCO foram e seguem compostos por cientistas, pesquisadores/as comprometidos/as com estudos para uma nova ordem sanitária. Contribuíram no desenvolvimento futuro de um sistema nacional de saúde.

A década de 1970, continuaria marcada pela inclusão de momentos cruciais para o país. Mais precisamente, nos anos de 1975, implodiu o que veio a ser um grande marco na história da saúde pública do país, a RSB, que trouxe consigo o avanço na produção de conhecimento com o enfoque por uma ruptura do até então modelo de saúde vigente. Questionava o papel da saúde privada e a criação de um sistema de saúde público. O movimento contou com a luta, o debate permeado por segmentos populares da sociedade civil, moldurado na participação popular, profissionais de saúde, pesquisadores/as do campo da saúde, dos/as intelectuais, cientistas, movimentos estudantis, lideranças comunitárias, órgãos de pesquisa de saúde, dentre outros. Uma luta surgida e erguida pelo povo, de baixo para cima. Um movimento que acreditava mesmo no período duro e perseguido pelo regime militar, elevar a discussão das condições de vida da população no campo da saúde.

É importante afirmar, que o projeto da reforma sanitária não está encerrado e totalmente ganho. Muito pelo contrário, o movimento perdura até os dias atuais. Desta forma, a RSB está em trânsito. Muitos direitos referentes à saúde mesmo sendo alcançados na RBS e constitucionalizados, ainda, no presente contexto do país, estão a passos largos no ataque cotidianamente de se legitimar e assegurar a defesa desses. O movimento alçou esforços em defesa da saúde coletiva, pública e universalizada, ao partir da premissa ‘saúde é um direito de todos e dever do Estado’, portanto, com a incumbência de considerá-la enquanto uma política pública, uma política de Estado. Ortodoxamente, acompanhamos sistematicamente os ataques ao campo da saúde pública, ao SUS e aos direitos ligados a ele.

De tal modo, ao longo de todo o movimento da RSB consistiu em provocar que os temas específicos fossem amplamente discutidos, com esforços de tematizar a saúde em um patamar de ação de política pública universal, seguindo da criação e institucionalização do SUS, do financiamento, da hierarquização dos cuidados mediante seus níveis de complexidades e,

sobretudo, garantir a participação popular nos serviços de saúde. Começava, então, a reavaliação das possibilidades concretas de incorporação de novos elementos significativos aos modos de vida da sociedade brasileira.

Sob a perspectiva do forte advento da RSB, propostas alternativas ao modelo tradicional de atenção à saúde perdurado antes do SUS, emergiram durante um movimento histórico. Na década de 1980, período mais acelerado de redemocratização política no Brasil, os movimentos sociais, de classe, continuaram se organizando e ganhando força. Sob o governo conservador do presidente José Sarney (1985 a 1990), em março de 1986, acontece a primeira Conferência em Saúde aberta à sociedade. Já havia acontecido antes desta, sete conferências. A 8ª Conferência, foi a única a garantir após pressão e exigência dos movimentos advindos desde a década de 1970, além participação dos burocratas (agentes políticos e um número pífio de convites à intelectuais), expandir a participação para sociedade civil, os movimentos sociais, dos/as trabalhadores/as dos serviços da época, pesquisadores/as da área, dentre outros.

A 8ª Conferência de Saúde, teve como temas: a ‘Saúde como direito e dever do Estado’, a ‘Reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e o ‘Financiamento setorial’. Assim como a RSB, a Conferência foi símbolo de resistência, diálogo, junção das forças sociais. As propostas discutidas desde a década de 1970, chegaram em março de 1986, sedimentando e delineando o fortalecimento do futuro SUS. A 8ª Conferência contou 135 grupos de trabalho, com plenárias com quase cinco mil participantes, em torno de mil, com o direito a voz e a voto eram delegados/as indicados/as por instituições e organizações da sociedade, com a finalidade de representação por um desejo de uma nova organização sanitária. Finda-se o xeque-mate monocrático das decisões do núcleo dos burocratas. O povo teve voz, voto, decisão nas mãos.

Os debates da 8ª Conferência foram inegavelmente essenciais, geradores do relatório final, no qual concebeu a origem do capítulo final da Seção Saúde, que dava cara e corpo constitucional ao Sistema Único de Saúde, o SUS, posteriormente, incluso na legislação da Constituinte Federativa dois anos após a Conferência, na Constituição Federal (CF) de 1988, considerada como a primeira constituição cidadã brasileira. O país, na época datada, alcançava a redemocratização após passar por um longo período de autoritarismo e ditadura militar e política. Viva as lutas sociais! Criação e institucionalização da saúde como política pública.

O prisma pela constitucionalização do que utilizamos e conhecemos hoje como SUS. Sua criação e a institucionalização, o financiamento, a relação de hierarquização dos cuidados mediante seus níveis de complexidades (Atenção Primária, Secundária e Terciária) e, sobretudo, garantia da participação e a gestão popular nos serviços de saúde. Começava, então,

a reavaliação das possibilidades concretas de incorporação de novos elementos significativos aos modos de vida da sociedade brasileira, descentralizadores do cerne individual para a saúde coletiva.

Isso se expressa na CF de 1988 quando inscreve na Seção II – Saúde, entre os artigos 196 ao 200, os quais remetem sobre a competência, a descentralização das ações da união para os estados e municípios, a hierarquização, a participação popular, o financiamento tripartite, ou seja, entre os três entes federativos, dentre outros aspectos importantes da lei. No artigo 198, garante a participação⁴⁴ da comunidade e o financiamento do SUS nos termos do artigo 195 deverá ser por meio dos recursos do orçamento da seguridade social, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, além de outras fontes.

Mesmo perante uma nova constituição, a crise assolava o Brasil no final da década de 1980 até meados da década de 1990, o governo vinha executando políticas de ajustes macroeconômicos. Utilizava como pretexto a justificava de reajustes com o argumento de ser um ambiente adversos para a implantação do SUS. Como é sabido, nos anos de 1990, iniciou-se o processo de desenvolvimento de um sistema neoliberal. A frente da república estava então o presidente direitista Fernando Collor de Melo. Após o período de redemocratização, bem como na continuação de sua gestão, o governo federal resistia ao que lhe competia e definido na CF de 1988: o repasse da contrapartida de financiamento regular e automática de recursos aos estados e municípios para a implementação e execução do SUS, de modo que o SUS já estava ameaçado. Como já apontamos, um duplo do papel do Estado, gestado na confluência perversa descrita por Dagnino (2004).

A década de 1990, nos governos do Collor e FHC, foi marcada pela reforma administrativa do Estado, potencializando o forte modelo estrutural econômico neoliberalista,

⁴⁴ No atual governo, os espaços de participação social também vêm sofrendo fortes ataques. O decreto presidencial n.º 9.759/2019, possuía a pretensão de extinguir conselhos federais, comitês, comissões, grupos, fóruns ou qualquer outra dominação dada a colegiados que não tenham sido criados por lei. A medida eliminaria a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social criados em 2014. Conselhos como do Idoso, Transparência Pública e Combate à Corrupção, Erradicação do Trabalho Infantil, Combate à Discriminação e Promoção de Direitos de LGBT, dentre outros importantes estavam na mira do decreto, que foi derrubado após votação no STF. A imposição trata-se, percebidamente, do severo retrocesso. Afinal, são organizações, espaços de controle social que possuem a função de integrar a sociedade nas discussões do Estado, representando os mais variados segmentos das populações e com participação dela. No início de agosto/2019, uma nota no diário oficial cancelava a convocação da 5ª Conferência Nacional da Pessoa Idosa, além da diminuição dos investimentos para realização de outras conferências Nacionais, com a da Saúde e Assistência Social. Claramente, utilizando-se da estratégia de tentativa de desarticulação dos movimentos sociais. Em posição contrária, alguns estados e municípios a partir dos atos de resistência da pressão popular e dos movimentos sociais interessados no acontecimento das Conferências e na garantia dos espaços de participação social, se organizam internamente para continuar as Conferências mesmo com baixo orçamento para a realização.

incorporando as regulamentações do mercado em suas ações governamentais, que, por conseguinte, recaem sobre as políticas públicas e atravessa a atuação profissional das práticas de assistência à saúde. A política de saúde não diferente das demais, passou a ser regida por um sistema ambicioso neoliberal, economicamente rentável ao mercado, ao o capital privado, que mesmo após a CF, negociam a saúde como um serviço e não como um direito. O mesmo cenário perdurou nos governos posteriores.

Não podemos esquecer, a política pública de saúde sempre foi operacionalizada em sua capacidade mínima instalada. Nenhum dos governos após sua constituição foi capaz de gerenciá-la de modo a garantir potentes expansões de ações do SUS de maneira a responder os gargalos acirrados na política. A política de enfretamento governamental é a suavização das questões mais agudizantes na saúde, desde sua constitucionalização e após dela. Nem mesmo àqueles/as considerados/as de uma corrente de esquerda, perspectivados/as numa política progressista, como os governos da Era Lula (2003 a 2011) e Era Dilma (2012 a 2016) fugiram das entranhas neoliberais. Todavia, como vemos do decorrer do trabalho, foram os governos que mais injetaram recursos no campo das políticas públicas, das políticas sociais.

Sem sombras de dúvidas, a maior sentença de desarticulação nas áreas das políticas públicas, vem do avanço do governo direitista e ultraliberal de Michel Temer (2016 a 2019), assumindo a presidência após o impeachment de Dilma Rousseff, chancelado pelo Golpe de 2016. No governo Temer, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) 95 de 2016 - embrionada na gestão de Dilma. A EC 95/2016 congela os investimentos progressivos no âmbito federal por vinte anos, ou seja, até 2036. A continuidade da lógica da perversidade da EC 95/2016 segue atuante no atual governo de extrema-direita ultraliberal, do presidente Jair Bolsonaro, empossado em 2018. Nem mesmo em tempos da Pandemia por conta do novo Coronavírus (Covid-19)⁴⁵, iniciada fora do país no final de dezembro de 2019, e com casos confirmados no

⁴⁵ Pandemia decorrente do vírus da família Coronavírus, grupo SARS-CoV-2 / Covid-19 iniciada ao final do mês de dezembro de 2019. O vírus possui altas taxas de contágio, letalidade e mortalidade. No Brasil, tivemos o primeiro caso confirmado em fevereiro de 2020. Até meados de janeiro/2021, sem contabilizar a subnotificação do número de casos, o Ministério da Saúde oficiou e registrou o acometimento da doença a ao menos doze milhões brasileiros/as, com o desalentador número de 260.000 de óbitos. Foram inúmeras famílias que perderam parentes, amigos/as, conhecidos/as para o vírus do Covid-19. A nível mundial, no mesmo período de março/2021, os dados são exponenciais, se aproximando dos 108 milhões de total de casos, com mais de 2,5 milhões e meio de óbitos. A última pandemia, ocasionada por vírus tão letal e mortal quanto ao Covid-19, a Gripe Espanhola acontecida há mais de cem anos, em 1918, no período da Primeira Guerra Mundial. Cem anos depois da Gripe Espanhola, mesmo perante o avanço de alguns países na criação e expansão dos sistemas de saúde, não foi suficiente para enfretamento do Covid-19. Muitos dos sistemas de saúde não deram conta, colapsaram mesmo com estratégias de quarentena, isolamento social, isolamento rígido (*Lockdown*), suspensão das atividades consideradas não essenciais, etc. No Brasil, o governo federal chefiado por Jair Bolsonaro, atuando em sua plataforma política populista, seguiu com o negacionismo da existência da doença, enquanto a letalidade e

Brasil, em fevereiro de 2020, o governo de Jair Bolsonaro seguiu sem revogação da EC 95/2016, e muito menos, a leva a revogação ao centro do debate de sua agenda política catastrófica, anti-povo.

Como constatado, as ações voltadas à saúde remodelam-se a medida da expansão, retração e centralidade que política sofria, sofre em detrimento da ausência, limitação e do desinvestimento do Estado, submetendo à política pública de saúde pública características de uma política excludente e focalista, contrapondo-se as diretrizes do movimento da RSB e do formato idealizado a partir dos princípios de universalidade e gratuidade, instaurados no SUS. Mesmo após a constituição do SUS no final da década de 1980, logo no início dos anos de 1990, a saúde volta a ser subscrita em ações privatistas, alterando a concepção do direito à saúde para aquisição de um bem ou de um serviço. As políticas neoliberais de desmontes e a inversão da lógica do direito pela lógica do serviço, ao passo que cotidianamente as práticas de saúde passam a ser inseridas na prestação de serviços e não mais na promoção do acesso aos direitos, reforçando involuntariamente a configuração do direito enquanto direito.

O direito submerge à cultura do exercício da cidadania, substituído por interesses clientelistas dos modelos privativos de saúde. Os embates não cessaram entre as décadas de 1970 a 1990, no sentido de uma ruptura do mercadológico sistema liberal que envolve as ações de saúde pública. Ao considerar as lutas gestadas pelos movimentos de controle social, os quais exigindo do Estado mecanismos de defesa da continuidade da democratização e da universalização dos direitos e as condições essenciais de saúde garantidamente pública.

Sob essa ótica, e garantir blocos de financiamento ao SUS, com o apoio de parlamentares e representantes da sociedade, os movimentos sociais continuavam se organizando e participando de frentes de negociação no governo neoliberal de Collor, como forma de legitimar o cumprimento do SUS conquistado e redigido na Constituição Federal. Partiram para além das bases da institucionalização até assegurar a regulamentação do SUS. Somente no segundo semestre da década de 1990, aos 15 anos da RSB, os movimentos sociais em acordo com demais instâncias, conseguiram a promulgação da lei n.º 8.080 de setembro de 1990, no qual institucionaliza e regulamenta o SUS como uma política pública de Estado. Aqui,

mortalidade avançavam. Não o bastante, militou contra a ciência, conta os estudos científicos, contra a pesquisa, a universidade brasileira e a campanhas de vacinação. Seguiu com muita ineficiência no combate ao Covid-19, perseguindo os adversários políticos, retraindo recursos públicos específicos do orçamento das ações de enfrentamento do Covid-19, os quais deveriam ser injetáveis no momento de crise sanitária. Continuou com sua plataforma de gestão, a de perseguição dos/as governadores/as, prefeitos/as que foram os/as principais responsáveis em gerir a crise em suas respectivas regiões.

nasce o escopo infraconstitucional.

A lei n.º 8.080 dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No decorrer do texto constitucional é explicitado todo o funcionamento do SUS, contemplando seus objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão; competências e atribuições da União, Estados e Municípios; serviços privados de assistência à saúde; recursos humanos; gestão financeira, planejamento, especialmente, o tocante da garantia orçamentária. Dois meses depois da promulgação da lei n.º 8.080, foi promulgada e a lei n.º 8.142, em novembro de 1990, a qual dispunham sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ou seja, o respaldo da garantia das diretrizes financiadoras por parte do Estado, do governo ao SUS. Em concomitância, a mesma lei, formaliza a criação das instâncias de controle social, como os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, a níveis nacional, estadual e municipal, com a participação da comunidade paritariamente a participação dos/as burocratas na gestão do SUS.

Perante tudo lançado, o quão é indispensável enfatizar que as conquistas até agora percorridas nasceram do bojo da sociedade civil, expressas nas lutas dos movimentos sociais imersos desde do movimento da RSB até a égide dos desafios da contemporaneidade. Por tais razões, inserir a sociedade no campo dos debates das políticas pública e nas agendas políticas não apenas legitimam a representatividade do povo, como nos relembra como no Brasil foi calçado na ausência de políticas públicas de saúde, com forte atrelamento a individualização do adoecimento. A necessidade de repensar os processos formativos na área da saúde é uma das bandeiras levantadas ainda no movimento RSB. Torna-se extremamente relevante evidenciá-la e reafirmar que até os dias atuais lutamos por sua efetivação. É um ato político retomar o resgate das lutas históricas e de sua suma importância, principalmente, nos tempos atuais, denunciar os ataques em larga escala difundidos contra a Seguridade Social.

5.4 Saúde é Direito, não um Privilégio: O que temos do SUS após 30 anos?

Apontamos a seguir a inserção das políticas de ajustes neoliberais no campo da saúde pública, no Sistema Único de Saúde (SUS). A frase *não é necessário direito para ter direitos*, nos leva a cooperar no aprofundamento de pensar o direito constituinte como a mínima condição intrínseca ao homem e a tudo indicaria o seu reconhecimento natural, “(...) pressupõe

um direito substancial e originário” (BOBBIO, 1990, p. 07). O filósofo político continua encadeando que o plano histórico sustenta a afirmação dos direitos derivados de uma radical inversão de perspectiva, característica da formação do Estado moderno na representação da relação política, ou seja, na relação Estado e sociedade. Bauman e May (2010) trazem uma complementação ao indicarem que os direitos podem pôr desafios a outros direitos. Aqui, mais uma vez defrontamo-nos com as tensões entre os aspectos potencializados e ofensivos do Estado.

As relações entre o Estado e seus sujeitos são muitas vezes tensas, posto que os sujeitos se veem obrigados a empenhar-se para se transformar em *cidadãos* ou para proteger seus status quando ele é ameaçado pelas ambições crescentes do Estado. Os principais obstáculos encontrados nessa luta são os relativos ao chamado complexo de tutela e às atitudes terapêuticas do Estado. (BAUMAN; MAY, 2010, p. 220).

O completo de tutela e as atitudes terapêuticas condizem à tendência a tratar os sujeitos como incapazes de determinar o que é bom para eles e agir de maneira que sirva melhor os interesses do Estado. Ou ainda sim, individualizar as problemáticas sociais para a ordem do privado, retirando de si a competência pública para fins públicos. Um exemplo muito claro, refere-se à disposição constitucional da DRU⁴⁶ (Desvinculação de Receitas da União) regulamentada em 1994, no governo FHC, estabelecendo a desvinculação de 20% das receitas proveniente das arrecadações⁴⁷ dos estados, Distrito Federal e municípios direcionados ao governo federal, o desobrigando a investir na Seguridade Social e nas demais políticas sociais, ao poder aplicar as arrecadações livremente em conjunturas consideradas pelo governo prioritárias, como o pagamento dos juros da dívida pública.

A manutenção da DRU vem prorrogando-se por vários governos. Um governo após o outro. A última expansão foi acionada por meio da Emenda Constitucional (EC) 93 de 2016, embora, aprovada no governo de Michel Temer, foi gestada ainda no governo de Dilma Roussef. A EC 93/2016 estabeleceu um novo aumento da desvinculação da taxa de 20% para 30% até 31 de dezembro de 2023. Ela consiste na continuidade da ampliação do desmonte orçamentário, especificamente, as receitas a serem reaplicadas e reinvestidas nas políticas de saúde, educação e afins. Todavia, não o bastante e concomitante a este processo de

⁴⁶ Criada em 1994 no governo do FHC como Fundo Social de Emergência (FSE). Nos anos 2000 passa a ser DRU.

⁴⁷ Impostos, contribuições sociais e econômicas, acréscimos legais de impostos e contribuições, Fundos Constitucionais (FCO/FNE/FNO), compensações financeiras, recursos hídricos. Disponível em <<https://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/dru>> Acesso realizado em 01 de novembro de 2019.

subfinanciamento, outra jogata sobe aos palcos, a PEC 241 ou 55⁴⁸ conhecida comumente como a *PEC do Mal/PEC da Morte*, aprovada e regulamentada como EC 95 no mesmo ano de 2016.

A EC 95/2016 congela os investimentos progressivo do governo federal e fixa um teto de despesas/gastos⁴⁹ para o campo da saúde e educação pública por 20 anos. Somente poderão ser revistos após o 10º ano de execução da EC, de acordo com a inflação acumulada conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplos (IPCA). Como efeito da fixação de recursos⁵⁰ destinados ao primeiro ano de vigência *PEC do Mal/PEC da Morte*, em 2017, os recursos foram de apenas 15% do Orçamento Fiscal e a partir de 2018 corrigido pelo valor da inflação acumulada até junho do ano anterior. Assim, o ano de 2019 a cotação girou em torno da inflação usada na medida entre julho de 2017 a junho de 2018. O desinvestimento no SUS após vigorar a EC 95/2016, chegou a casa dos 22,5 bilhões apenas entre os anos de 2018 a 2020. Do valor total, foram congelados em 2018, 04 bilhões, em 2019, 13,6 bilhões e para o ano de 2020, a perspectiva está na casa dos 09 bilhões.

Uma das perguntas do roteiro das entrevistas, o qual merece destaque, pretender identificar como nossos/as interlocutores/as, cujos são trabalhadores/as da saúde, ou seja, atuam na assistência direta ao usuário-paciente percebiam e compreendiam o contexto de desinvestimento na área, bem como, os seus rebatimentos. Ao final das contas, são os/as profissionais do SUS que vivenciam o dia a dia em seus postos de trabalho, nas unidades de saúde que trabalham, na assistência direta ou indireta ao usuário-paciente. Destacamos algumas das falas dos/as nossos/as entrevistados/as, os/as indagando sobre suas análises e avaliações da atual conjuntura da política de saúde pública, do SUS:

⁴⁸ PEC 241 ou 55 (a depender da casa legislativa) antes de aprovada, após nomeada vigorou a ser Emenda Constitucional 95/2016. Baliza-se no desinvestimento estratégico para o avanço ultraliberal no Brasil, utilizado como bandeira para o ajuste fiscal das contas do Estado. Tornou-se no mote para as reformas Trabalhista, Previdenciária, cortes nos programas da política de Assistência Social, como Bolsa Família, Educação, como a privatização das universidades públicas com a implementação do FUTURE-SE, dentre outras medidas que ainda poderão aparecer encabeçadas pelas elites atravessadamente dirigidas pela tentativa de privatização do Estado.

⁴⁹ As palavras *despesas/gastos* tendem a denotar um investimento sem retorno. A grande mídia brasileira corroborou e corrobora em vender cruelmente essa propaganda, sob a forte justificativa de ajustes fiscais e sanar o déficit das contas públicas, acompanhadas pelo típico do discurso dos governos sejam estes liberais ou progressistas. Todavia, pontencializado no congelamento dos investimentos da PEC aprovada enquanto EC na vigência do governo liberal de Michel Temer, na companhia do banqueiro Henrique Meirelles, que na época mantinha posição de Ministro da Fazenda, ambos emedebistas.

⁵⁰ As informações podem ser encontradas no site do Senado Federal: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/13/pec-que-restringe-gastos-publicos-e-aprovada-e-vai-a-promulgacao>> Acesso realizado em 26 de março de 2019.

⁵¹O governo tem que gastar aquilo que ele tem. Deve reorganizar os gastos, os investimentos pra não dobrar as taxas de impostos que já são pagos e que se gaste com eficiência. (Gestor/a do Centro de Residências em Cardiopneumologia - 01).

Eu não vejo diferença em relação do ano passado. As dificuldades que eu tenho, são as mesmas dos anos anteriores, dos outros governos. (Ex-gestor/a, Coordenador/a da Residência Médica - 01).

Você trabalha improvisando. É uma das maneiras que prejudica bastante o desenvolvimento do trabalho. Assistência fica prejudicada, diminui número de pessoal, redução de custos, aumenta o número de profissional e temos que dar conta desse número com insumos reduzidos, a qualidade de assistência não é a mesma. (Preceptor/a de Campo - 01).

A PEC ataca muito o social, com a visão de reduzir os gastos sociais, a saúde será mais afetada. A população está envelhecendo muito mal, chega ao hospital muito mal com muitos sintomas. A saúde já está sendo atacada. A gente vê que não tem concurso, só leis enxutas, reduzidas, inclusive, pra saúde. É a lógica do produtivismo. Não são vistas as relações sociais, do que lugar onde as pessoas estão. É visto o que os gestores maiores acham que é melhor pra população, pra gente. (Preceptor/a de Campo - 04).

A PEC é vista de forma mais eficaz, eficiente, mas que eficiência e eficácia é essa que os usuários chegam com muitas demandas que não são atendidos? (Orientador/a de Serviço - 01).

A saúde tá na UTI, na derroca. Falta tudo... Falta de recursos no hospital, que prejudica bastante. Cancelamento de cirurgia por falta de material, falta coisas simples como luvas, gorro, máscara de procedimentos... Teve uma época que a gente teve que comprar e ficava difícil exercer nossa profissão, por exemplo, quando tinha paciente em isolamento e não tinha material, como a gente ia atender? (Profissional-residente - 01).

Drásticos são profundos rebatimentos sanitários em torno fixação de investimento do âmbito da união, na continuidade de desinvestimento no campo da saúde. Na concepção das falas dos/as gestores/as, as ações de *contingenciamento* não são consequentes das fortes tentativas de aprofundamento dos vetores contrários ao SUS, os quais possuem a contínua estratégia de ameaça-lo, desmonta-lo. Uma espécie de uma lógica institucional crônica do próprio aparelho estatal, rabiscada nas linhas de *eficiência na aplicação dos gastos*. Uma espécie de encaixe da política aos pilares orçamentários convergentes à linha do governo, e não a primazia das necessidades de saúde da população. Já para os/as demais profissionais que estão na ponta, na assistência ao/a usuário/a-paciente, recebendo os agentes beneficiários da política, avaliam a implicação dos prejuízos de forma diferente da avaliação dos/as gestores/as.

⁵¹ Relembramos, que ao serem transcritas as falas/ideias, obtidas por nossos/as interlocutores/as, escolhemos por legitimá-las, permanecendo a formação gramatical, verbal e de concordância, tais quais ditas pelos próprios agentes. Mediante a isto, a transcrição nem sempre corroborou com as regras escritas do Português (brasileiro) formal.

Os rebatimentos da descontinuidade gradual de investimento trazem severas consequências diretas ao campo da política de saúde, aos/a usuários/as-pacientes, aos/as profissionais, aos/as pesquisadores/as atuantes na área. Além do mais, trazem consigo o pouco investimento na área de ciência e pesquisa no/do SUS, limitação ou paralisação da criação de novos cargos de trabalho por meio de concursos públicos; Congelamento de aumento salarial; Limitação de incremento de recursos nos planos de cargos e carreiras para os/as profissionais já contratados/as; Diminuição de investimentos na área de formação profissional, com pouco investimento na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a descontinuidade na construção de novos hospitais-escola integrados às universidades federais, adotados como medidas de expansão física, acadêmica e pedagógica da rede de ensino e educação superior para formação em saúde pública, prevista no Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federal (REUNI) e no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

Pra mim não há diferença, não acontece nada. Porque pra mim, eu já não tenho benefícios, então esse contingenciamento pra mim sempre existiu por não receber insalubridade, férias, gratificações... Pra mim, já é como se esse corte já existisse. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

Pode ter um impacto negativo porque eles podem cortar gastos e isso pode interferir na formação dos profissionais, impactar negativamente na assistência aos pacientes. Não só em termos de reduzir funcionários, suplementos, medicação... até mesmo, a alimentação oferecida aqui ano hospital... Inclusive, até não contratar mais Residentes porque quem paga é o governo federal ou se eram mais vagas, possam ser reduzidas, assim para a pesquisa. (Preceptor/a de Núcleo - 05).

Muito ruim e desmotivante. Não há investimento para insumos, servidor, formação para o servidor. Isso gera questões nas relações negativas, ficamos desmotivadas. (Preceptor/a de Campo - 05).

É desmotivador, a gente perceber que há uma ameaça contínua a saúde pública, que a gente precisa realmente lutar mesmo por esse espaço, para que as coisas não parem aqui e todo esse investimento não tenha um retorno pra população. (Profissional-residente - 06).

Me vejo frustrada quando a gente não consegue avançar na política por muita burocracia ou por conta das outras políticas, das fragilidades delas. Então, a gente sabe qual seria o ideal, como deveria ser melhor pro paciente e acaba tendo entraves, coisas que fogem do profissional em si. Você fica lidando com o paciente que tem sérios, vários empecilhos para seguir na política. Uma política sem recursos ou poucos. (Preceptor/a de Núcleo - 08).

O SUS está extremamente ameaçado, principalmente, para nós que buscamos ensino, pesquisa e prática. O que é angustiante é não saber o que é você está construindo de bom, se vai conseguir passar pra mais pessoas e mais terem oportunidade. (Profissional-residente - 03).

Os trechos das entrevistas realçam as ameaças aplicadas desde mesmo sua concepção como política pública de saúde e a todas as áreas de atuação dela, os Programas, Projetos, Serviços, etc. Os cortes da EC 95, por exemplo, servem de alerta como uma⁵² das questões viabilizadores para o fim do Programa Mais Médicos, cujo comportava aproximadamente 8.500 médicos/as distribuídos/as em 2.857 municípios, dos quais 1.575 destes contavam apenas com atendimentos de médicos/as cubanos/as, a maioria nos municípios em regiões de difícil acesso.

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)⁵³ estimaram 28 milhões de pessoas usuárias do Programa. Do quantitativo são 08 milhões de famílias e mais de 05 milhões de crianças, que deixaram de receber atendimento de saúde. Com a saída do Mais Médicos, zerou a cobertura de atenção básica em alguns dos municípios, inclusive para algumas populações específicas, que, por si só, o alcance e a cobertura foram sempre pouco priorizados e garantidos, como exemplo, as aldeias indígenas, em que operavam 300 médicos/as, proporcionando atenção básica a 75% da população indígena.

O relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁵⁴ de 2018, aponta dos 2.857 municípios, 68% apresentam os piores índices de desenvolvimento humano (IDH) do país, no qual 20% ou mais da população vive em condições de vulnerabilidade social ou situação de extrema pobreza, principalmente, no interior do Norte e Nordeste, regiões de maior concentração de atuação dos/as médicos/as cubanos/as.

A redução dos investimentos alinhada à pauperização das condições materiais e imateriais de vida, elevam as necessidades de saúde, as quais desaparecem perante o lugar severo do subfinanciamento, constatado no modelo de ajustes, haja vista a restrição do acesso e da diminuição da perspectiva da universalização dos direitos. Em contrapartida, é notório o aumento do gerenciamento privado da saúde, concomitante, da educação. No contexto da saúde,

⁵² O governo de Jair Bolsonaro, sempre deixou claro sua falta de empatia com o Programa Mais Médicos e o desinteresse em mantê-lo. Além das práticas preconceituosas com declarações depreciativas e xenofóbicas aos/as médicos cubanos/as.

⁵³ Dados capturados nos sites institucionais do CNM <<https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/cnm-participa-de-debate-sobre-o-financiamento-da-saude-em-congresso-do-conasems>> e do CONASEMS <<https://www.conasems.org.br/nota-sobre-o-programa-mais-medicos-e-a-saida-dos-profissionais-cubanos-do-pais/>> Acessos realizados em 08 de agosto de 2019.

⁵⁴ Dados retirados da entrevista do representante da OPAS Brasil. Endereço eletrônico <https://www.paho.org/br/a/index.php?option=com_content&view=article&id=3288:representante-da-opas-oms-no-brasil-fala-sobre-o-programa-mais-medicos&Itemid=842> Acesso realizado em 08 de agosto de 2019.

por exemplo, a população usuária do SUS passa a requerê-la de acordo com as possibilidades de consumo da saúde complementar, saúde privada, alterando a concepção do direito à saúde para aquisição de um bem ou de um serviço, montada na inversão da lógica do direito pela lógica do serviço. Realçamos o que já fora dito, a individualização das problemáticas sociais para a ordem do privado, retirando do Estado a competência pública para fins públicos.

A saúde pública *à luz da sombra* do sucateamento no campo das políticas públicas num país com cenário de crescimento para 9% da população, com aumento significativo da população idosa. Estimativas buscadas por Pereira (2017) nos bancos de dados do IBGE⁵⁵, mostram para o ano de 2060 a projeção do aumento da população brasileira é de em torno de 218,2 milhões. Se considerado um período de 20 anos após a EC 95/2016, recaímos no ano de 2036, cujo a taxa prevista ficará em 226,9 milhões de habitantes, 10,1% superior a de 2016. O evidente crescimento populacional, nos revela demandar crescentes ações por parte da política de saúde. Inclusive, discutir o princípio da universalidade do acesso à saúde, considerando que os cortes, o desinvestimento das ações podem influenciar no alcance de um menor contingente de pessoas. Isto quer dizer, menos pessoas acessando os serviços públicos de educação e saúde. A fala do/a nosso/a entrevistado/a, reflete o que fora posto enquanto discussão aqui:

Você trabalha improvisando. A falta de investimento é uma das maneiras que prejudica bastante o desenvolvimento do trabalho. Assistência fica prejudicada, diminui número de pessoal, a redução de custos não aumenta o número de profissional, e temos que dar conta desse número de pacientes com insumos reduzidos. A qualidade de assistência não é a mesma e por consequência temos uma menor possibilidade de atender mais pessoas que precisam de atendimento especializado, de atendimento rápido na saúde. (Orientador/a de Serviço - 01).

À guisa dos relatos, concordamos com o sanitarista Eugênio Vilaça (2011), no qual defende o investimento, ressaltando que no campo da saúde para “produzir impacto sanitário, tem de vir junto com reformas profundas no SUS. É imprescindível incremento dos recursos públicos” (MENDES, 2011, p. 18). Vale contribuir lembrando, que a política de saúde sempre veio se operacionalizando com um significativo subfinanciamento, mesmo quando institucionalizada na CF de 1988. Até mesmo antes do advento, já se era claro, a política de saúde sempre careceu de maiores incrementos de recursos financeiros, a qual veio

⁵⁵ Estudo realizado em 2013 pelo IBGE. O Instituto publicou a projeção da população brasileira por sexo e idade para o período 2000-2060. A população atingirá o seu ápice em 2042, com 228,4 milhões de habitantes, e passará a partir de então a decrescer (um dos motivos está na baixa da taxa de natalidade). Em 2060, a projeção é de 218,2 milhões. Matéria veiculada pela revista eletrônica Fórum (Out/2016). Acesso realizado em 10 de março de 2020, no endereço eletrônico: <<https://revistaforum.com.br/blogs/mariafro/bmariafro-ipea-os-impactos-do-novo-regime-fiscal-para-o-financiamentodo-sistema-unico-de-saude-e-para-a-efetivacao-do-direito-a-saude-no-brasil/>>.

operacionalizando nos limites de verbas destinadas. Com o fortalecimento da legalização da EC 95/2016 até mesmo o subfinanciamento vem se desmontando no percurso do desfinanciamento. Menos recursos subtraídos já de menos recursos.

O sanitarista continua a defesa do financiamento, dissertando que a agenda tem sido constrangida e empobrecida por uma fixação desproporcional na questão do volume. Além disto, demonstrando o aumento das condições agudizantes no campo da saúde, as elevando ao patamar de situações crônicas. O Estado, por sua vez, ao corresponder, responderia as ações e situações isoladamente. Um sistema, como refere Mendes, “de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas”. (MENDES, 2011, p. 18).

As considerações do autor auferidas, em 2011, recaem familiarmente com os tempos atuais vividos no campo das políticas públicas, no campo dos direitos. Este emaranhado ressalta o caráter contraditório do gestado na RSB e nos princípios de sustentação do SUS. O Sistema Único de Saúde vem adquirindo como uma das principais características, ser fonte de investimento do capital e tomado pelo gerenciamento de uma política de saúde pública precária, perversa e alienadora às necessidades sociais, de vida e das condições de saúde⁵⁶ da população brasileira, operacionalizado também pelo interior do próprio aparelho estatal, como um dos núcleos estruturantes. “No interior do capital, o Estado afirma-se como um dos elementos do seu núcleo estruturante” (CARVALHO; GUERRA, 2015, p. 03).

Como poder afirmar a existência e o acesso ao direito, perante a iminência de considerá-los como partes fundantes de um sujeito, frente às vestes do modelo econômico/político neo e ultraliberal? O que decorre deste sistema é o alinhamento da privatização das condições de vida, materializada na individualização do sofrimento social, ou seja, é imputado ao sujeito recorrer a si como produtor e gestor na deliberação de suas próprias políticas. Nesta constante, é inegável a redução da responsabilidade do Estado em responder pelo acesso aos direitos. Afirma Iamamoto, “drásticas reduções dos investimentos públicos na área do bem-estar social. Cortam-se gastos sociais e transferem-se serviços para o setor empresarial, condizente com a política de privatização, levada a efeito pelo Estado” (IAMAMOTO, 2009a, p. 159).

⁵⁶ “As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde” (Mendes, 2011, p. 25).

São tão verídicas as palavras de Yamamoto, que no mesmo ano em que o SUS completou seus 30 anos, a Federação Brasileira de Planos de Saúde⁵⁷, em abril de 2018, promoveu o 1º Fórum “Agenda Saúde: a ousadia de propor um Novo Sistema de Saúde”. O movimento privatista possui a meta de privatização da saúde pública, de modo que em 2038 somente 50% da população seja usuária direta do SUS. Se retomarmos a margem populacional do ano de 2036, ou seja, dois anos a menos que o ano de 2038, teremos uma população demográfica acima dos 226,9 milhões de habitantes, isto nos mostra que pelo menos 113,45 milhões de usuários/as diretos do SUS serão alvos do movimento. Uma pesquisa realizada pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) e pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (CNDL) mostra que atualmente 69,7% dos/as brasileiros/as não possuem plano de saúde particular, seja individual ou empresarial. Depreende-se, quase 70% da população brasileira depende da política pública de saúde, ou seja, dos 210 milhões, 147 são usuários/as direto do SUS.

População usuária direta compreende a que faz maior uso e/ou com frequência dos serviços do SUS. Todavia, sobretudo, nesses tempos, é impreterível reafirmar, todos/as somos usuários/as do SUS. O SUS não é meramente um plano de saúde é um Sistema de Saúde composto por uma ampla e abrangente Rede, tanto nas ações quanto nos serviços de saúde. Não centra-se apenas na assistência à saúde direta, em hospitais, por exemplo. Engloba a atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias, assistência farmacêutica, acompanhamento sanitário das fronteiras do Brasil, dentre outros.

Citamos alguns dos muitos exemplos desenvolvidos no/pelo SUS: Formulação, planejamento e implantação de políticas como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Política de Saneamento Básico; Serviço de Vigilância Sanitária; Vigilância do Meio Ambiente; Vigilância Epidemiológica; Gerenciador do Sistema Nacional de Doação e Transplante de Órgãos; Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME); Prevenção e Controle HIV/AIDS; Programa Nacional de Imunização; Assistência Farmacêutica, Campanhas Nacional de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s); Banco de leite humano, etc.

Todos somos usuários/as e beneficiados/as do sistema de saúde pública brasileiro, seja direta ou indiretamente, todos/as. Entretanto, as ações de saúde anteriores à contexto da Pandemia no novo Coronavírus, vinham sendo pouco publicizadas nas mídias até mesmo no

⁵⁷ Os dados podem ser pesquisados no endereço eletrônico <<http://www.vermelho.org.br/noticia/309950-1>>. Acesso realizado em 08 de agosto de 2019.

próprio governo com sua plataforma neoliberal. Esta mesma ideia também adveio do Banco Mundial, desde os anos de 1990, onde segundo os critérios das agências internacionais, como o Banco Mundial, para que países conseguissem o financiamento das políticas públicas, o Estado deveria se responsabilizar apenas pelos serviços básicos para a população considerada mais pobre economicamente, ou seja, aquela que não pode investir financeiramente e todo o restante da população busque no mercado os bens e serviços, de acordo com as formas de pagamentos orientadas pelo mercado.

A este colóquio, já acrescentado as tentativas do jogo sujo de desmantelamento da política de saúde, demarcado pelo forte discurso do SUS ser direcionado à camada economicamente mais pobre da população, retomemos a frase intitulada neste tópico de discussão: saúde é direito, não um privilégio. Privilégio emprega-se na lógica da compra. Mais do que nunca, tivemos a certeza do quão importante e necessária esta política, muito embora, com todos os desgastes e precariedade dela, ainda sim, e diferentemente de países como os Estados Unidos, o SUS assegurou cobertura nas ações de enfrentamento à Pandemia.

Incansavelmente, o capital não freou o constante avanço das propostas predatórias no campo da saúde a põe gradativamente com características da lógica da compra, do pagamento por ela, ou seja, da compra por um serviço. A saúde não é um serviço, é um direito, portanto, não pode ser encarada enquanto um bem, onde o acesso advém de um valor desembolsado por ela, justamente por não ser concessão de um serviço pago - já contribuimos e financiamos com as altas taxas de arrecadações em impostos, uma parte revestida para o campo da saúde -.

A lógica do privilégio e não da concessão do direito substitui o exercício da cultura de cidadania por interesses clientelistas dos modelos privados de saúde. Os embates não cessaram no sentido de uma ruptura do mercadológico sistema liberal que envolve as ações de saúde pública. Mas, há de considerar as lutas gestadas pelos movimentos de controle social, exigindo do Estado mecanismos de defesa da continuidade da democratização e da universalização dos direitos e as condições essenciais de saúde garantidamente pública.

Trata-se do cumprimento legal da universalização da saúde, em outras palavras, da garantia do acesso a quem dela precisar, independentemente da condição econômica que dispõe. O SUS tem como princípio básico o acesso universal, igualitário e equânime à saúde por todas as pessoas que se encontram no território nacional. Para tanto, é preciso sempre recordar as disputas no bojo do capital e os enfrentamentos na luta de garantia do direito. Raichelis (2006) alui que é uma dinâmica que envolve a organização e representação de interesses coletivos na

cena pública, que possam ser confrontados e negociados a partir do enfrentamento dos conflitos que regem as relações sociais na sociedade de classes.

No âmago de uma sociabilidade capitalista em níveis cada vez mais ferozes, o discurso “não é necessário direito para ter direitos” como já constatamos é contraditório. Meramente artificial e insuficiente para a apreensão das múltiplas determinações que caracterizaram como se deu o movimento histórico da política pública de saúde, frente aos desafios de como os direitos foram alcançados e legitimados em uma seara de disputas e conflitos, ora revestidos por um sistema de proteção, ora por um sistema de opressão, assegurados e dessegurados pelas vias do mesmo mecanismo, o Estado.

Por fim, feitas as discussões analíticas desenvolvidas até este exato momento do trabalho, as quais foram essenciais e subsidiárias no processo compreendermos a materialização das ações políticas do Estado no campo das políticas públicas, em especial, na saúde pública brasileira, partimos nos próximos capítulos, a continuidade das análises/avaliações. Neste ponto em diante, discutimos como a política pública de saúde chega ao Estado do Ceará, em Fortaleza/CE, especificamente, analisando/avaliando a política de formação e qualificação de recursos profissionais *para o/do/no* SUS, avultada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Uma das muitas estratégias de Educação Permanente em Saúde, trata-se dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde, a qual já trouxemos a apresentação delas no capítulo da Introdução. De agora em frente, articulado com o que já discutimos ao longo do trabalho, avaliamos como tais políticas chegam aos/as agentes beneficiários/as e quais são os resultados, rebatimentos provenientes delas.

6 A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E O ENCONTRO COM OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

A complexidade da formação na área da política de saúde vem se ampliando em decorrência das mudanças exigidas no interior das diferentes ações de saúde e dos campos das profissões, sobretudo, devido às transformações sociais contemporâneas e do mundo do trabalho, que demandam um novo perfil profissional desejado, incidido no modelo de saúde que propôs a RSB. Desta forma, a formação, e o trabalho profissional em saúde estão diretamente imbricados no avanço do conhecimento e colocam o desafio de incorporar como objeto de ensino áreas profissionais imprescindíveis para o aprofundamento da reflexão sobre o cuidado integral à saúde.

De tal modo, o (re)aprender a perceber a saúde no formato coletivo e não apenas no âmbito individual, as formas de produção de saúde foram sofrendo alterações ao longo dos tempos, principalmente, após a RBS. Um dos fatores se deve considerar a mudança no comportamento da sociedade e os determinantes sociais relacionados às mudanças, os quais requereram um giro de 360° na perspectiva formativa e de assistência ao cuidado em saúde. Entra em cena a educação permanente dos/as trabalhadores/as do SUS, visto uma nova concepção ampliada de saúde, descentralizadora da doença, eximida da verticalidade médica, portanto, uma saúde convocada por diversas mãos profissionais extraindo conhecimentos, técnicas transversalmente. O novo modelo trabalho-ensino e ensino-trabalho, passou a ganhar paulatinamente espaços nas instituições de saúde por todo o Brasil.

A Constituição Federal⁵⁸ e as legislações⁵⁹ em saúde atribuíram ao SUS o papel de ordenador da formação de pessoal - expressa no termo formação de recursos humanos -, estava posto um vetor em favor dos interesses de saúde da sociedade, não os privados ou corporativos de qualquer espécie, pelo menos em primeiro plano. A CF descreve a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento na área da saúde pública. Este debate encontra-se na ordem do dia nos diferentes cenários educacionais, formativos, científicos, políticos e culturais.

⁵⁸ CF de 88 - Capítulo IV (Recursos Humanos) / Art. 27, inciso I: A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: I - Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (BRASIL, 1988).

⁵⁹ As leis orgânicas da saúde, NOB/RH-SUS, Pacto pela Saúde.

A Resolução n.º 287 de 1998 do CNS e a Portaria Interministerial n.º 14 de 2016 do MEC/MS consideram a importância da ação interprofissional no âmbito da saúde e o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos/as diferentes profissionais de nível superior. A resolução constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção, ao resolver relacionar outros grupos profissionais de saúde para fins de atuação na área, incorporando 16 novas categorias⁶⁰ no corpo de atuação. O conjunto de profissões já era imerso na área, entretanto, não era reconhecido no campo legal - a não ser a médica. Um marco para as profissões, um dos passos conquistados na afirmação de considerá-los essenciais no processo de colaboração para à saúde.

Em 2003, outra resolução do CNS n.º 333, publiciza a Norma Operacional Básica de Recursos Humano para o SUS (NOB-RH-SUS), o que viera a desdobrar-se no âmbito do SUS na Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. A CF, a lei nº 8.080/90 e a resolução do CNS n.º 287/1998 interpelam a preposição de uma agenda política-estratégica, como forma de organização sistemática de um debate nacional articulador de educação permanente no campo da saúde, entre gestores/as, trabalhadores/as e formadores/as.

A finalidade dos documentos pauta-se não somente na recomendação, mas asseveram o aperfeiçoamento e a adequação das necessidades sociais em saúde segundo as realidades de cada região, localidade e de acordo com o papel de cada esfera governamental. Portanto, constituem-se com mais um dos instrumentos produzidos em vista à consolidação do SUS, com destaque à importância do trabalho, da valorização dos/as profissionais na implantação dos modelos assistenciais e da regulação das relações de trabalho no campo saúde.

No polo conseguinte, avultamos uma das estratégias políticas desenvolvidas pelo MS, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou orientações e diretrizes para assegurar educação permanente dos/das trabalhadores/as para o SUS. Uma educação voltada para a adequação da formação dos/as trabalhadores/as às necessidades de saúde da população e ao próprio desenvolvimento do SUS, suscitado na PNEPS/MS n.º 1.996 de 2007.

A política considera que a educação permanente possui o “conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre

⁶⁰ Assistentes Sociais, Biólogos/as, Biomédicos/as, Profissionais de Educação Física, Odontólogos/as, Enfermeiros/as, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos/as, Psicólogos/as, Médicos/as Veterinário/a, Nutricionistas, Farmacêuticos/as, Terapeutas Ocupacionais, Física Médica, Saúde Coletiva e Médicos/as.

docência e atenção à saúde”. (MS, 2007, p. 07). É aprendizagem no trabalho. O aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Aponta o texto da Política:

A Educação Permanente é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, 2009, p. 38).

O prisma da educação permanente inspira-se na configuração dos/as profissionais produzirem em seus lócus de atuação novos olhares e espaços de conhecimento, reflexões sobre a educação, o trabalho em saúde e os processos dirigidos a eles que vêm se desenvolvendo. Um modelo de aprendizagem protagonizado na reflexividade das práticas em ação, na problematização da realidade à frente, em que possibilita a busca da (re)construção do conhecimento instituídas pelas experiências cotidianas no contexto profissional enunciadas na ação pedagógica, estimulando a refletir, agir e, assim novamente, questionar as práticas de saúde vigentes, e, no movimento de experimentação levantar ensaios de transformação delas.

Ceccim e Feuerwerker (2004) criticam a formação arquitetada na saúde adotada como referência apenas na busca de evidências ao diagnóstico, tratamento, prognóstico, etiologia das doenças e agravos e a intervenções sobre elas. A autora e o autor descontrolam esta aresta, considerando a formação em saúde consistida adequadamente para o desenvolvimento de condições do “atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43).

De tal modo, investir na formação dos/as trabalhadores/as em defesa do compromisso com a população beneficiária do SUS, repercute na consistência estratégica de contribuição para sustentabilidade de uma política coletiva e coletivizante, sob o viés ativador da PNEPS em transformar as práticas de saúde existentes no cotidiano dos/as trabalhadores/as de acordo com suas realidades, potencialidades e dificuldades do próprio território, do lócus de atuação daqueles/as recebedores/as da ação de saúde. Portanto, um dos objetivos da PNEPS como trazem à baila Soares e Lorena (2018), centra-se em problematizar os processos de aprendizagem (a resolver, a levantar, a deixar vir) a partir da demanda daqueles/as

implicados/as no cuidado seja na ponta ou nos espaços de gestão, já considerando o trabalho em saúde acontece nos encontros entre usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as, em meio à comunidade, permeando territórios e seus cenários.

Uma aprendizagem, formação as quais extrapolam os nós da educação de domínio técnico-científico, ou seja, da reprodução das práticas comuns da assistência, do cuidado. Ceccim e Feuerwerker continuam a defender uma formação englobada nos aspectos de produção de subjetividade, habilidades técnicas, experimentação do exercício da alteridade com os/as usuários/as, atualização técnica-científica, o adequado conhecimento do SUS, dentre outros aspectos. São ações implicadamente perspectivadas num conjunto de aprendizagem hipersignificativa, a qual pressupõe a produção de sentidos a partir da reflexão crítica das práticas do cuidado, de saúde, resultando em respostas a elas, tanto a nível de execução do trabalho, na formação e atenção à saúde e nos espaços de gestão social, desembocados no que a autora e o autor conceituaram de *Quadrilátero* da formação em saúde, cujo, evidencia a interação viva e multifacetada emergente no cotidiano do trabalho, frente a quatro importantes faces: formação (ensino), gestão, atenção (serviço) e participação (controle social).

A própria estrutura do SUS reveste-se de orientações disparadoras para a educação e desenvolvimento do trabalho, como também, o de alvitrar o encontro entre estes dois eixos juntos à gestão e a participação social. Alencar (2018) postula existir uma inter-ação do quadrilátero, no sentido de não haver formas planas, geométricas específicas para relacioná-los. A modulação se dá na “medida em que a energia resultante dos processos que emergem das relações entre os quatro elementos modula o seu próprio formato” (ALENCAR, 2018, p. 224).

A experimentação prática do quadrilátero, todavia, não pode ser encarada isolada do contexto social. Sem refletir, sem questioná-la. Como indicam Feuerwerker e Ceccim (2004), alheio ao debate crítico das práticas de saúde nos sistemas de estruturação do cuidado. Sem os/as profissionais experimentarem no cotidiano o que a autora e o autor classificam brilhantemente como o exercício da alteridade como o estado de arte do ato de cuidar, permitindo a constelação de um modelo de cuidado autônomo, emancipatório do sujeito.

Mostra-se imprescindível refletir, debater qual o modelo de cuidado, os sistemas e estruturas de saúde vêm se gestando, formulando e exercido no trabalho em saúde. Como profissionais se dotarão de habilidades descentralizadas *da/na* clínica, ao mesmo tempo nela, com outras habilidades formativas? Já pondo em xeque, a clínica não se constitui apenas com intervenções instrumentalizadas, técnicas. Ela também parte e se faz com o diálogo, a escuta. Se faz com a interação, planejamento e tomada das decisões de saúde em conjunto aos/as

usuários/as e profissionais. É o que chamamos de clínica ampliada. Um/uma profissional que vivencie outras habilidades sociorelacionais, atitudinais, comportamentais necessárias a ampliar as intervenções de saúde. Profissionais que promovam o fomento da participação social dos/usuários nos espaços de saúde, a inclusão deles/as nas redes de saúde, nos processos de decisão sobre as práticas terapêuticas, nas linhas de cuidado, aos procedimentos a serem planejados, adotados.

Vê-se, então, que a inserção dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde, protagonizada enquanto estratégia na modelagem de formação em serviço, articula em um só processo trabalho e educação em uma área profissional ou áreas profissionais. A prerrogativa basilar para a consistência da proposta política pedagógica das Residências advém das quatro faces do quadrilátero. Possuem como diretriz o incremento do quadrilátero na formação em saúde ao permitirem experimentar a apropriação da ação-reflexão-ação sobre os processos de trabalho, das relações sociais, de outras habilidades e capacidades essenciais para o cuidado.

Uma política de formação disparada no centro da vivência da realidade dos serviços, não esgotada em uma aprendizagem instrumentalizada na reprodução do saber de técnicas pertinentes dos conjuntos das profissões, em que por vezes, a aplicabilidade do conhecimento tecnocrático sem conexões com o ato de refletir sobre a ação desenvolvida é preponderante no cotidiano dos serviços de saúde. Por tais razões, o oferecimento de uma nova proposta de formação, nos coloca a diante de uma janela aberta que extrapole os motes tradicionais. Uma formação evidenciada na criticidade das configurações do modelo de saúde posto.

Os Programas são destinados às profissões de educação e atuação no campo da saúde pública, considerando os núcleos profissionais assistidos na Portaria Interministerial n.º 16/2014 do MEC/MS e na Resolução n.º 287 do CNS/1998, excetuando a profissão médica. As Residências orientam-se pelos princípios e diretrizes do SUS, de forma a contemplar os eixos norteadores da valorização da PNEPS a partir do quadrilátero, com respeito às especificidades de cada contexto local e regional de saúde. As Residências emergem nos espaços de saúde fazendo deles lugares potencialmente propositores no aprimoramento da formação profissional, parafrazeando Soares e Lorena (2018) *do/no/para* o campo da saúde.

Constituem como instrumento de formação em serviço, expressa na própria realidade do cotidiano e dos processos de trabalho, num processo pedagógico de ensino e aprendizagem de formação *no/do/para* o SUS. Provocam a reconstrução dos processos de

educação dos trabalhadores/as da saúde, por se constituírem instrumentos de formação em serviço imersas a própria realidade, expressa no cotidiano do processo de trabalho, exigindo deslocamentos, uma nova trajetória das ações postas. Objetivam o aperfeiçoamento, a transformação e a (re)organização do trabalho, ao considerarmos o movimento contínuo de ensino-aprendizagem no exercício do papel pedagógico relacional no ato de formação em serviço.

Contaram inicialmente para sua regulamentação com a Lei Federal n.º 11.129 de 2005, sob caráter de um programa de cooperação intersetorial entre os setores da saúde e da educação para favorecer a inserção dos/as *jovens*⁶¹ profissionais nas áreas prioritárias da saúde. Em 2012, com a promulgação da Resolução da CNRMS n.º 2, são formalizadas as diretrizes gerais das RMS em âmbito nacional, orientadas pelos princípios e também diretrizes do SUS a partir das necessidades/realidades locais e regionais de saúde. Hoje, a terminologia *jovens* para fins de imersão ao campo da saúde é inutilizável, uma vez que abrangeu aos/as profissionais que possuem interesse em atuar na área ou afins, bem como, nas Residências. A Resolução também garante a oferta de bolsas de educação pelo trabalho aos/as profissionais-residentes financiadas diretamente pelo governo federal, por meio do Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Área Profissional da Saúde, via MS. Cada bolsa possui o valor nacional de R\$ 3.330,43⁶².

O movimento da regulamentação das Residências tem proveniência também por conta da abertura de novos Programas distribuídos pelo Brasil, provocada pelo debate efervescente de descentralização do saber, vista à inclusão de outros/as profissionais no cotidiano da saúde da população, necessárias no tocante do processo das mudanças de saúde, do trabalho e educação em saúde. Elas trazem por objetivo o aperfeiçoamento, a transformação e a reorganização das relações de trabalho, num movimento contínuo de ensino-aprendizagem

⁶¹ Política do MEC voltada à educação de Jovens e Adultos (PROJOVEM). Possui como um dos objetivos a inclusão de profissionais com idade entre 18 e 29 anos ao campo de trabalho, inclusive, na área política da saúde.

⁶² Deste montante havia o desconto da 11% da contribuição previdenciária, após a Reforma da Previdência em 2019, fixou-se logo no mês de janeiro de 2020 publicado na Portaria do Ministério da Economia n.º 914/2020 um aumento de 11 para 14% de alíquota para fins de recolhimento ao INSS (Instituto Nacional de Seguro Social) para rendimentos entre R\$ 3.134,14 a R\$ 6.101,06. É coerente destacar tal problematização por ser uma das reivindicações dos movimentos defensores das Residências, o reajuste do valor da bolsa-salário, considerada defasada pelos movimentos. O último aumento foi aplicado em março de 2016, portanto, não houve progressão, inclusive, sem o acompanhamento do índice inflacionário para a concessão de aumentos posteriores ao último. Em acordo com uma das cartas abertas publicadas no Fórum Nacional de Residentes em Saúde, em março de 2020, o não reordenamento da bolsa-salário estaria estimado no acúmulo inflacional de cerca de 15% do último ajuste. Ao fazemos o cálculo a média atual garantiria o valor de R\$ 3.829,99/mês. Como mobilização, os profissionais-residentes no dia 03 de março/2020, paralisaram por um dia das atividades

no exercício do papel pedagógico no ato de formação em serviço em cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do Brasil nas diversas regiões da capital/interior, descentralizadas dos serviços antes distribuídos predominantemente nas grandes metrópoles.

Berger e Dallegrave (2018, p. 67) recaem sobre esta discussão ao aluírem haver “um imaginário de que há centros de referência para o ensino em saúde no Brasil, os quais estão, geralmente, localizados nas grandes cidades e nas regiões metropolitanas”. As Residências não acontecem isoladamente. São provenientes do Pacto *Interfederativo* entre os Estados, Municípios e a União. Ao mesmo tempo, que os entes devem assegurar os meios orçamentários de financiamento, devem garantir as condições para a execução das Residências nos territórios sanitários das várias áreas e linhas de atenção ao cuidado nas redes de saúde. As Residências em Área Profissional da Saúde vêm ganhando fôlego e visibilidade por todo o país.

A nível nacional, o campo da saúde pública salteia com a cobertura e imersão delas nos mais distintos cenários: Saúde Comunitária e da Família, Saúde Mental, Saúde Coletiva e Hospitalar, Médicas. Pereira (2016) aponta que até 2010, existiam financiadas pelo MS e o MEC 478 bolsas de formação no modelo de Residência, saltando esse número para 9.159 bolsas em 2016 e um total de 1.342 Programas de diferentes áreas de especialidades, dos quais, 622 são ofertados na modalidade multiprofissional.

Nessa mesma conjuntura, em 2010, começaram a crescer a linha de investimentos do MEC, MS no conjunto das proposições relativas ao REHUF, abrindo espaço para as RMS no contexto hospitalar. Tanto as instituições públicas e filantrópicas conveniadas ao SUS, que desejassem promover o Programa de Residência Multiprofissional ou Uniprofissional, tinham garantido a concessão de investimento para educação permanente dos recursos humanos na área da política pública de saúde, âmbito hospitalar, de modo que em todo país surgiram diversos novas RMS hospitalares. Mioto et. al (2012) afirmam que as Residências no Brasil adquiriram expressão na entrada da década de 2000, paradoxalmente, sob os auspícios do Banco Mundial, como proposta do MS e com a participação de várias entidades relacionadas ao campo da formação profissional e vinculadas à Saúde Comunitária, especificamente, ao Programa Saúde da Família (PSF).

Uma exponencial crescente procura, por parte dos municípios e estados para a abertura de novos Programas de Residências, seja, na área comunitária, seja na hospitalar. A procura não cessou nas instituições, os/as profissionais tiveram mais conhecimento e interesse na possibilidade de atuarem em uma Residência. O *boom* das Residências, requereu e requer

providências no sentido de torná-las frente fundamentalmente obrigatória de discussão de uma agenda que garanta a permanência enquanto dispositivo legal, enquanto uma política pública, assim como a PNEPS, a política de educação, a de saúde. Uma das bandeiras levantadas pelos movimentos em defesa das Residências. Que mesmo apresentado enquanto instrumento de expansão formativa de pessoal atuante na saúde pública, não possui caráter legal de reconhecimento de uma política pública de Estado.

Outro precedente abre-se aqui acerca do crescente quantitativo de IES, Proponentes, Programas, vagas oferecidas para a Residência. A frente de luta não esgota em legitimar as Residências em Área Profissional de Saúde enquanto política de Estado, sobretudo, indagar qual o papel que as Residências vêm submergindo no campo da política pública em saúde altamente afetada pela recessão. Amplia-se o número de instituição, Programa, vagas direcionadas a profissionais-residentes, contudo, sem abertura de novos sem postos fixos de trabalho para a contratação de pessoal assumir os cargos na saúde, são estes/as os/as mesmos/as os profissionais docentes dos/as residentes.

Como concretizar o formato de ensino-aprendizagem preconizado pela Residência em Área Profissional de Saúde sem um corpo docente ou ainda sim com pouco pessoal? Se não insuficiente a quantidade de profissionais, quem está formando os/as residentes e quais circunstâncias das relações de trabalho desses/as trabalhadores/as estão se tecendo? Profissionais-residentes suprimindo a ausência de pessoal fixo dos serviços? Os/as profissionais docentes professores/as de outros/as profissionais, os/as residentes encontram subsídios de formação, educação permanente?

Neste contexto, é imprescindível apontar as condições precarizantes das relações de trabalho também no setor saúde, inclusive, com enfoque à saúde do/as trabalhadores/as. Problematizar quais espaços e lugares os/as profissionais-residentes estão ocupando ao serem egressos/as? É na política de saúde? É na saúde pública? É no serviço público? São questões que devem ser refletidas por gestores/as, profissionais da ponta, formuladores/as, avaliadores/as das políticas, usuários/as, nos conselhos profissionais, nos movimentos sociais, nos espaços de representação/deliberação da RMS, etc.

Um dos espaços⁶³ de discutir tais indagações e outras questões, como entidade representativa e legal, as Residências em Área Profissional da Saúde dispõem da Comissão

⁶³ Contam-se, ainda, os fóruns nacional e estadual de Residentes; Tutores/as e Preceptores/as e Coordenadores/as.

Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS)⁶⁴, condicionada e guiada por princípios do SUS emanadas pelas instâncias de gestão do SUS. A CNRMS trata-se de um órgão de cobertura a nível nacional, que possui como pressuposto representar todos os Programas de Residências em Área Profissional da Saúde no território brasileiro. Refere-se a uma instância, que por primazia, deve ser detentora do horizonte deliberativo e autônomo. É acompanhada e coordenada conjuntamente pelo MS e o MEC. Para o desenvolvimento de suas atribuições, deve receber o apoio ministerial de financiamento dos recursos voltados para a manutenção da estrutura da CNRMS, possibilitando as ações de caráter técnico-administrativo, bem como, o funcionamento contínuo da Comissão.

Todavia, na tentativa de engendrar uma desarticulação dos espaços de controle e participação social – como já discutido –, a CNRMS vem recebendo interferência federal na legitimidade do órgão. Desde abril de 2019, estão suspensas todas as atividades da Comissão. Um lugar imprescindível de luta concernentes às questões que envolvem as Residências em Área Profissional da Saúde. Movimentos dos/as profissionais envolvidos/as nos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde em todas as regiões do Brasil, lançam cartas, manifestos, pedidos legais reivindicando o retorno imediato das atividades da CNRMS. Seguem sem respostas por parte do MS e do MEC.

Desde sua legalização em 2009 – no governo de esquerda –, é factual, a CNRMS não havia sofrido com ataque de longa escala, ausência de recursos, deliberação, autonomia e as atividades paralisadas. É o âmago da barbárie política, endossada por um Ministério da Educação⁶⁵ sem envolvimento com o projeto ético-político e educacional, vista às propostas das Residências em Área Profissional em Saúde. Sem contar, a ausência de envolvimento

⁶⁴ A CNRMS foi instituída por meio da Portaria Interministerial do MEC e MS sob n.º 1.077 de 2009. Deve ser composta por coordenadores/as dos Programas, gestores/as municipais e estaduais, tutores/as, preceptores/as e profissionais-residentes eleitos/as dos diferentes estados e Programas Multiprofissionais, com a finalidade de representação a nível nacional das demandas concernentes a cada Residência.

⁶⁵ Ex-Ministro da Educação, Abraham Weintraub, empossado no início do mandato de Jair Bolsonaro, operacionalizou uma gestão conservadora das políticas educacionais e expoente contrário à proposta de educação emancipatória. Se utilizou de uma guerra ideológica a fim de perseguir a ciência e a universidade brasileira. Investigado em dois inquéritos no STF (o primeiro, relacionava a ameaça aos magistrados da corte dos STF, o segundo, ao crime de racismo cometido contra China), deixou o Ministério após proteção e conchavos políticos com seu chefe, assumindo da noite para o dia, um importante cargo/função de representação do governo brasileiro no Conselho do Banco Mundial. Após a saída publicada em uma rede social (pessoal), em maio/2020, o Ministério esteve sem representante por dois meses. Um espetáculo de “troca troca” de indicações, fruto da velha política do “toma lá dá cá” do presidente Jair Bolsonaro. Enquanto isso, negociava o cargo com seus articuladores políticos. Em julho/2020, Milton Ribeiro foi empossado como Ministro. Sem expressividade, continuou sem apresentar projetos educacionais.

também do Ministério da Saúde⁶⁶, quase que irrestritamente passou por diversas mudanças de Ministros ao longo de 2020. Só no decorrer deste ano, aconteceram 03 trocas entre abril e maio. A último a ocupar o cargo, trata-se de um representante da ala conservadora militar. Tanto o MEC, quanto o MS não abrem espaço de diálogo com a CNRMS.

No âmbito estadual e/ou municipal, cada IES/Proponente oferecedora das Residências, deve obrigatoriamente dispor da própria comissão a nível local do Programa, das Comissões de Residências Multiprofissionais (COREMU)⁶⁷, as quais caracterizam-se como espaço local autônomo e deliberativo, subordinadas às normativas nacionais da CNRMS, do MEC e do MS. O financiamento da COREMU fica a carga de cada IES. Ressalva-se, as RMS necessariamente como requisito devem estar inscritas na CNRMS, que em conjunto com o MEC e o MS, acompanham os Programas. Os dois órgãos possuem a função de coordenar as ações de credenciamento dos Programas, concessão, validação, aprovação do credenciamento, descredenciamento, liberação para a execução das atividades residenciais, dentre outras.

Com os efeitos da paralisação da CNRMS, os Programas a nível estadual e municipal podem ficar soltos, apesar das IES e as COREMU'S serem autônomas e deliberativas – relativamente. É um risco, já que os Programas podem deliberar um PPP não quisto e reconhecido pelas diretrizes da CNRMS, impactar na ampliação das condições agudizantes da precarização nas relações de trabalho, do ensino. Além disto, não têm representação federal, portanto, não podem dialogar e negociar problemáticas atinentes à Residência, primeiro, por não haver controle e fiscalização das ações das IES e COREMU'S e segundo, por não haver como representá-las a nível nacional. O maior beneficiário, nada menos, é o próprio governo

⁶⁶ Nos anos de 2020, no contexto da Pandemia do novo Coronavírus, entre os meses de abril e maio, o Ministério da Saúde (MS) passou por três mudanças. O primeiro Ministro Luiz Mandetta (médico ortopedista e ex-deputado federal de Mato Grosso do Sul), rompeu com o governo durante a Pandemia. Lobista representante dos planos privados, foi um dos principais nomes do projeto de tentativa de privatização do SUS. Durante a Pandemia do novo Coronavírus, viu sua aliança política com o presidente Jair Bolsonaro diluir, após sofrer perseguição e ataques do próprio ex-alinhado. Sofreu inúmeras ameaças de exoneração até pedir por ela em abril/2020. O sucessor Nelson Teich (médico oncologista) empossado em abril, pediu exoneração do cargo com menos de 30 dias. Não afirmou na época, contudo, era constatada a interferência de Jair Bolsonaro do MS. Teich demonstrou pouco domínio sobre o SUS e nada elaborou como plano de contingenciamento nas ações do Coronavírus. Em abril/2020, na saída de Teich, o Ministério esteve sem ministro titular e ocupado interinamente por um militar, Eduardo Pazuello. Sua vaga também fora negociada pela velha política de Jair Bolsonaro e depois confirmado a ser o Ministro da Saúde. Sem formação e conhecimento técnico no campo da saúde, Eduardo Pazuello seguiu operacionalizando o MS de acordo com os interesses políticos do presidente.

⁶⁷ Para maior representação e representatividade devem ser compostas por coordenadores/as dos Programas, gestores/as municipais e estaduais, tutores/as, preceptores/as e profissionais-residentes eleitos/as em uma Câmara Técnica - instância de deliberações e pactuações da COREMU. As COREMUS possuem autonomia e responsabilidade em desenvolver seu próprio Regimento Interno, Estatutos, Projetos Políticos Pedagógicos (PPP), dentre outros documentos atinentes à legislação em vigor referenciados à política pública de saúde e das RMS.

federal, consegue êxito na implantação da tentativa de desmobilização de políticas, e dos espaços de representação dos coletivos.

6.1 Análise de conteúdo do programa: O desenho das Residências em Área Profissional em Saúde

Neste subtópico, apresentamos brevemente - em acordo com a legislação concernentes às Residências - o desenho geral dos Programas de Residências em Área Profissional desenvolvidos a nível Brasil. De acordo com as normativas⁶⁸ da CNRMS, os Programas devem cumprir uma jornada de 60⁶⁹ horas semanais, por um período mínimo de 02 anos com dedicação exclusiva por parte do/a profissional-residente. Ao total, perfazem 5.760 horas de formação distribuídas em 80% delas (4.608 horas) às estratégias de ensino-aprendizagem voltadas às atividades práticas e teórico-práticas. Vejamos o que determina o artigo 2º da Resolução n.º 05/2014:

Art. 2º Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional serão desenvolvidos com 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas. (BRASIL, 2014).

80% das horas são destinadas para as ações e estratégias práticas e teórico-práticas de formação em serviço. As atividades práticas e teórico-práticas correspondem às “estratégias educacionais relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial” (BRASIL, 2014). Ou seja, são atividades teórico-práticas acontecidas mediante a “imersão em serviço, plantões e vivências, Roda de Núcleo, Roda de Campo, estudos de casos, roda de gestão” (CEARÁ, 2019a, p. 03).

⁶⁸ Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012; Resolução CNRMS n.º 5, de 7 de novembro de 2014.

⁶⁹ A qualificação da carga horária de 60 horas semanais é uma das pautas imperativas nos espaços de debate e deliberativos das Residências. É uma das questões impressas na urgência em discutir, reavaliar se não a diminuição, a redistribuição delas sem prejuízos de redução das bolsas-salários dos/as profissionais-residentes. Pertinentemente devemos nos questionar mesmo como um dos objetivos da Residência em oferecer a experimentação, a vivência das rotinas dos serviços de saúde, quais são os meios e condições concretas/subjetivas criadas para viver uma Residência. Principalmente, no tocante quando elevado ao patamar do recorte ao cuidado em relação à saúde destes/as trabalhadores/as, afinal são longas jornadas de imersão, 12 horas diárias se distribuídas de segunda à sexta, sem contar os deslocamentos do domicílio aos cenários de práticas.

Em relação aos demais 20% (1.152 horas), são direcionados para atividades teóricas-conceituais, as quais são “aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados” (BRASIL, 2014). Podemos citar como exemplos “aulas teóricas, rodas tutoriais, estudo individual e desenvolvimento do trabalho de conclusão da Residência” (CEARÁ, 2019a, p. 03).

Todas atividades devem seguir as diretrizes da PNEPS e do SUS, convergidas pelas ações do quadrilátero, articulando ensino/formação, atenção/serviço, gestão e participação social/control social disparadas por módulos teóricos transversais e específicos a todas profissões, visto o objetivo de formar profissionais habilitados/as a desenvolverem uma saúde perspectivada na ampliação das ações de saúde.

Ao serem lotados/as nos territórios e nos serviços de saúde, os/as profissionais-residentes atuam imersos/as em atividades de núcleo e de campo, por isso também a importância da transversalidade nas estratégias de ensino. Sobre a concepção de núcleo e de campo, trazemos o que Gastão (2000, p. 221) anuncia ao demarca o núcleo como local, espaço de produção da identidade de uma área do saber e de prática profissional, ou seja, “uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar”. Já o campo, lugar “onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e prática”. Gastão continua a aluir “tanto o núcleo quanto o campo seriam mutantes e se interinfluenciariam”.

Bom, se nos lançarmos à dialética de núcleo e campo, percebemos na modalidade da Residência Multiprofissional, no qual, os/as profissionais trabalham em equipes com no mínimo três categorias profissionais diferentes das suas, onde, ora se relacionam com seus pares, entre si – mesma categoria profissional (núcleo), ora com categorias profissionais diferentes (campo), vivenciam - ou assim pelo menos deveriam - as experiências interinfluenciadoras na contribuição da composição de conhecimentos abrangentes de saúde, se considerado a haver uma interação entre eles/elas. Enquanto, na modalidade Uniprofissional concentrada no universo da construção de um núcleo profissional, dificilmente estará aberta e flexível a beber da aglutinação dos saberes dita por Gastão.

De tal modo, neste formato, há poucas ou até mesmo nenhuma abertura em viver a experiência núcleo-campo, campo-núcleo e sair do terreno familiar à graduação para vestir-se de outros conhecimentos, olhares. Podemos dizer ser uma lacuna, se ao considerar que nenhum corpo profissional interage apenas consigo mesmo. Os espaços extrapolam por si só a

interdependência das relações entre as profissões. São múltiplos corpos, expertises formadoras de saberes. Portanto, por mais especialista, específica que seja a formação do ensino das profissões, nos locais de atuação, um/a cirurgião/a-dentista não será capaz de realizar uma cirurgia bucomaxilo sem a contribuição dos/as demais profissionais, seja no rastreamento, diagnóstico, às questões sociais, psicológicas perpassadas ao sujeito, o pós-recuperação até aos procedimentos mais operacionais como a esterilização dos equipamentos de trabalho, etc.

Não há como refutar, as profissões estão nos núcleos, são provenientes deles, contudo, consoantes a outros campos a todo momento, mesmo de maneira e com o trabalho, departamentalizado, multiprofissional, mas em algum dado momento, ínfimo que seja, uma profissão carecerá do desenvolvimento da outra. Por tais razões, compreender as esferas de núcleo e campo é circunscrever uma nova interpretação no formato de ensino na saúde, nos prepara um terreno de pensar uma formação crítica às estruturas engessadas dos espaços sócio-ocupacionais já convencionalizadas desde o âmbito das graduações. Sim, balizar a âncora na transversalidade, como também, na especificidade das profissões, pois, sem a atuação da interprofissionalidade o trabalho em saúde pouco ou não acontece.

Uma das facetas exigidas nas Residências surge em interagir os dois eixos, o núcleo e o campo. Para isso, contam com o modelo pedagógico, formado por no mínimo um corpo docente-estruturante, um corpo docente-assistencial e um corpo discente. Juntos pensam estratégias de materialização de um trabalho em saúde condizente com os pilares do SUS. Vejamos alguns dos agentes citados na pesquisa, possuidores de importantes funções pedagógicas no percurso das Residências.

Corpo docente-estruturante: É de responsabilidade da IES/Proponente, ao mínimo, dever ser formado por profissionais que exercem a função de secretariado, administrativo, tutoria de ênfases, coordenação acadêmica, coordenação de pesquisa, coordenação pedagógica, coordenação geral do Programa de Residência. Pode-se ampliar a equipe ao acrescentar as coordenações de ênfases. Possui como fundamental função acompanhar a criação, implantação e consolidação do PPP, em conjunto dos/as preceptores/as, tutores/as, gestores/as, coordenadores/as das concentrações das ênfases (instituições de execução teórico-prático das Residências), profissionais-residentes ou demais profissionais envolvidos/as direta ou indiretamente na Residência. A baixo destacamos algumas das funções:

- Colaborar com a promoção, inclusão de novos processos de formação, atenção, gestão e participação social na saúde, objetivando elaborar e fortalecer ações integradas entre serviços e redes de atenção do SUS;

- Acompanhamento curricular e todas as questões relativas à aprendizagem;
- Formação e educação permanente do corpo docente-assistencial das instituições receptoras dos/as profissionais-residentes.

Já o **corpo docente-assistencial** formado por profissionais docentes (orientadores/as, preceptores/as de núcleo) vinculados/as às instituições executoras que recebem o corpo discente e o acompanha nos cenários de ensino-aprendizagem: hospitais, UAPS, NASF, UBS, CAPS, na gestão, etc. Acrescentam os/as coordenadores/as de ênfases.

- **Preceptoría de núcleo:** caracteriza-se por supervisão direta exercida por profissional, com formação mínima de especialista e necessariamente deve ser da mesma área do/a profissional-residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática das atividades realizadas nos serviços de saúde onde se desenvolvem a Residência em Saúde. Abaixo algumas das funções:

I. Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; II. Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP; IV. Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática. V. Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS; VI. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa; IX. Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente. X. Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; VI. Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras do Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre (BRASIL, 2012b).

- **Preceptoría de campo:** corresponde à atividade de orientação acadêmica, discussão das atividades desenvolvidas transversalmente pelos/as preceptores/as e profissionais-residentes, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do Programa. Abaixo, destacamos algumas das funções do/a preceptor/a de Campo:

I - Reconhecer e incorporar, no desenvolvimento da preceptoría, as bases conceituais do SUS; II – Reconhecer e adotar as dimensões: a) ambiental, b) das políticas públicas e processos produtivos, c) do processo saúde-doença e d) histórico-cultural do território, articulando a atuação dos profissionais-residentes; III - Promover a interação dos profissionais-residentes com os demais profissionais, gestores e

usuários dos serviços - cenários de atuação e ensino-aprendizagem; IV – Problematizar e atuar na organização do processo de trabalho dos profissionais-residentes; V – Problematizar e colaborar, juntamente com os profissionais-residentes, o preceptor de núcleo e os tutores (núcleo e campo), na organização do processo de trabalho do cenário de ensino-aprendizagem de atuação, interagindo com a equipe e coordenação local; VI - Contribuir para o aprofundamento técnico-científico dos profissionais-residentes e dos demais profissionais dos cenários de ensino-aprendizagem de atuação; VII - Garantir que os profissionais-residentes intervenham, junto com as equipes locais, nas situações encontradas no território e/ou região de saúde. (CEARÁ, 2017b).

- **Orientador/a de serviço:** utilizamos a literalidade descrita na Portaria da CNRM n.º 1.111/2005, que descreve a função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado, exercida em campo, dirigida aos trabalhadores de saúde de quaisquer níveis de formação, atuantes nos ambientes em que se desenvolvem programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, respectivamente, para profissionais e estudantes da área da saúde, e que exerçam atuação específica de instrutoria (BRASIL, 2005c). De tal modo, compreende-se para desenvolver as atividades de orientação em serviço, não há designação profissional específica. Em outras palavras, diz que, por exemplo, um profissional-residente de Serviço Social pode receber em algum cenário de prática, orientação-docente de um profissional de Enfermagem. Vejamos algumas de suas funções:

I - Orientar o profissional-residente acerca do processo de trabalho do serviço / instituição onde se desenvolve a experiência formativa do residente; II - Promover a discussão do fazer específico do profissional de saúde da respectiva ênfase, na instituição onde se desenvolve a experiência formativa e a orientação de serviço do profissional-residente; III - Promover a interação dos profissionais-residentes com os demais profissionais do serviço / instituição onde se desenvolve a instrutoria; IV - Contribuir para o aprofundamento técnico-científico dos profissionais-residentes sob sua instrutoria; V - Garantir que os profissionais-residentes intervenham, junto com as equipes locais, nas situações encontradas no serviço / instituição; VI - Garantir que os profissionais-residentes atuem na rotina dos serviços / instituição onde ocorre a instrutoria; VII - Cumprir com assiduidade e pontualidade o cronograma da RIS-ESP/CE; VIII – Monitorar a assiduidade e pontualidade dos profissionais-residentes sob sua instrutoria; (CEARÁ, 2017b).

Ressalva-se, os Programas têm autonomia para desenvolverem as Residências considerando suas especificidades loco regional, cultural e político. São dotadas de independência para alteração, adaptação das nomenclaturas das atividades docentes de acordo com seu PPP. Todavia, há critérios os quais precisam obrigatoriamente serem cumpridos, seguindo a legislação atual, como por exemplo, a jornada de 60 horas semanais, o período mínimo de 02 anos com dedicação exclusiva. Do total das 5.760 horas, a formação tem de ser distribuída em 80% das horas voltadas às atividades práticas e teórico-práticas, e 20% para atividades teóricas-conceituais. Além destes critérios, sobretudo, devem afirmar o

compromisso com as diretrizes do SUS, da Política de Educação Permanente em Saúde, bem como, outras demais políticas inerentes ao SUS, acompanhando as normativas da CRNMS e das pactuações a nível das COREMU's, perspectivas na formação integral.

6.2 Trajetória institucional de um programa: A Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará, a RIS/ESP-CE

Nesta seção, da trajetória institucional, a qual dirige-se a uma das dimensões avaliativas em profundidade, desenvolvemos como se deu a trajetória da RIS/ESP-CE, discutindo o percurso da elaboração, formulação e implantação da RIS/ESP-CE, estabelecendo as conexões com as esferas local e nacional. Em concomitância desta dimensão, fizemos uso também da dimensão de análise de conteúdo do programa. Captamos uma série de dados no decorrer da pesquisa de campo, no sentido avaliar o percurso de formulação e implementação da política. Acessamos à documentos, relatórios, regimento interno, PPP, portarias, leis, decretos, site institucional, diário oficial do Estado, atas de reunião, etc., que foram apresentados, avaliados a seguir.

Discorreremos agora brevemente acerca da reconstrução da história das Residências em Área Profissional na Saúde no contexto do Ceará, já destacando o município de Sobral, pioneiro ao lançar em 1999 o primeiro Programa na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). A RMS sobralense aos dias atuais continua vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFC). Tem como IES certificadora da RMSFC a Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA), em Sobral. O Programa de Residência da EFSFC possui como foco a atuação dos/as profissionais-residentes imersos/as na Rede de Atenção Básica municipal.

Nos anos 2000, assim como descreve Filho (2017), a prefeitura de Fortaleza/CE em parceria com a ESP-CE, lança o primeiro edital de seleção de Residência em Saúde na modalidade de Especialização em Saúde da Família, voltadas para profissionais da Medicina e Enfermagem atuantes na Rede de Atenção Primária de Saúde (RAPS), na Saúde da Família do Estado. A Residência era vinculada à SMS de Fortaleza e tinha a UECE como a IES certificadora. Ambas Residências envolviam enquanto lócus de formação - cenários de aprendizagens - em serviço os Centros da Saúde da Família, as Unidades Primárias de Atenção

à Saúde (UAPS) e as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), sob a orientação de profissionais com qualificação técnica mínima de especialistas.

Em Fortaleza, foi a primeira experiência da SMS com um Programa de Residência em Saúde, no entanto, ainda não era no formato Multiprofissional, sendo direcionado apenas para profissionais Enfermeiros/as e Médicos/as. O Programa encerrou suas atividades e cancelado nos anos 2006, como coloca Filho (2017):

Esse programa teve quatro turmas ao todo. [...]A primeira turma iniciou no ano 2000 e a última em 2003. O Programa deve ter encerrado suas atividades em 2006, entretanto, segundo informações da Secretaria Escolar da ESP/CE, o curso deve ter sido cancelado em 2006, porém, a Secretaria não dispõe de informações sobre a finalização da última turma. (FILHO, 2017, p. 120).

Ao chegar em 2009, após um hiato de três anos, a SMS Fortaleza lançou o primeiro edital para uma Residência em Área Profissional da Saúde, agora, na modalidade Multiprofissional, a UECE continuou como IES certificadora. O Programa promoveu três turmas (Turma I 2009/2011; Turma II 2010/2012; Turma III 2011/2013) com objetivo de qualificar profissionais-residentes de oito profissões (Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Serviço Social, Educação Física, Terapia Ocupacional, Medicina Veterinária e Nutrição) atuantes a nível municipal, na Rede pública de Atenção Primária à Saúde da capital, inseridos Centros de Saúde da Família (CSF), especificamente, nas equipes da ESF, nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), dentre outros serviços municipais.

O modelo da Residência Multiprofissional de Fortaleza foi inspirado no formato do Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE)⁷⁰. O SMSE balizado na perspectiva de integralidade formativa “a partir da experiência de integração ensino - serviço - comunidade no contexto do Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza, que em seu arranjo dialoga com a gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS)”. Barreto et. al (2012, p.82). Explicitam os/as autores/as, o “SMSE é uma estratégia de educação permanente, destinada a transformar toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e desenvolvimento profissional” (BARRETO et. al, 2012, p.82).

⁷⁰ “Ao assumir a Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, em 2005, o então secretário, em conjunto com sua equipe, concebeu o Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza (SMSE) como estratégia de gestão e organização do SUS no município. A ideia da criação do SMSE se inspirou no movimento da reforma sanitária brasileira, para a qual a reversão do modelo liberal-privatista, hegemônico na saúde, demandava também investir nos trabalhadores da saúde”. Élley et. al. (2012, p. 02). Filho (2017, p. 121), endossam, que “atualmente, o SMSE foi incorporado à estrutura da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que seria o responsável pelas cursos e capacitações ofertados pelo Município de Fortaleza”.

No contexto das Residências no âmbito hospitalar, a Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza/CE, em 2006, lançou o Programa de Residência, na modalidade Uniprofissional (Residência em Farmácia Hospitalar) com enfoque no componente hospitalar. Somente em 2010, fora lançada a primeira de Residência em Área Profissional da Saúde, na modalidade Multiprofissional, no contexto hospitalar, por intermédio da IES da UFC. Os/as profissionais-residentes são lotados/as na Rede Terciária de Atenção à Doenças Crônicas, distribuídos/as no próprio complexo hospitalar da UFC. Os cenários de aprendizagens acontecem no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e/ou na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), situados na capital. É uma Residência eminentemente voltada à atenção à saúde hospitalar. Filho (2017) reporta, que a RMS da UFC teve suas funções assumidas pela EBSEH⁷¹ (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), empresa que passou a gerir a maior parte dos Hospitais Universitários (HU) do país, ao menos 39 deles.

Em 2011, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e o chefe de estado, considerando a experiência das Residências cearenses, concatenado aos movimentos dos/as profissionais trabalhadores/as, gestores/as, *do/no* SUS (alguns/algumas egressos/as das Residências) e da comunidade acadêmica, se organizaram e articularam com a finalidade de garantir por parte do estado a expansão formativa dos/as trabalhadores/as tanto na capital, quanto no interior do Ceará. Esse movimento desembocou, em 2008, - como já discutido - na implantação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. De tal modo, a SESA, o chefe do Poder Executivo após pactuações/negociações, firmam junto aos movimentos, o

⁷¹ Empresa pública com personalidade jurídica e direito privado, gestada no governo de Lula, formalizada sua autorização e criação legal sob a lei n.º 12.550 de dezembro/2011, pelo Poder Executivo Federal do governo de Dilma Rousseff. A empresa é vinculada ao Ministério da Educação e orientada pela política de saúde pública, portanto, para o seu desenvolvimento segue as orientações, diretrizes do Ministério da Saúde. Sua finalidade pauta-se “na prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública” (BRASIL, 2011). Desde a implantação da EBSEH, em 2012, são injetados milhões de recursos públicos federais, para a empresa dirigir e gerenciar atualmente 39 Hospitais Universitários do país. A empresa tem autonomia de realizar novos contratos direto com os hospitais, gerindo seus Programas de Residências. Alguns dos HU’s ainda resistem e continuam com sua gerência totalmente pública. Por detrás das cortinas propagandistas do governo e das ações privatista da máquina e das políticas públicas, há clara intenção de enxugar os recursos, os quais deveriam ser investidos da União direto ao MEC e ao MS, assegurando que sejam os principais e únicos gerenciadores dos HU’s. Embora, no campo teórico-conceitual é observada a defesa da autonomia universitária nos HU’s mesmo a EBSEH à frente no papel de gerenciadora. Já no campo prático, sofrem perda considerável. Uma vez, que agora, os HU’s obrigatoriamente devem seguir o Estatuto e Regimento próprios da empresa. A mesma empresa que comanda os HU’S, comanda as Residências em Área de Saúde nas modalidades Uniprofissionais, Multiprofissionais e as Médicas, portanto, podem sofrer interferências em seus PPP’s formativos, conforme a orientação política, a concepção de projeto de saúde e a de ensino-pesquisa-assistência por parte daqueles/as agentes burocratas à frente da EBSEH (inclusive, diretorias hospitalares indicadas pelo MEC) em conjunto do MEC e do MS.

compromisso de implementar a Residência Integrada em Saúde (RIS) no Ceará, por meio da Instituição de Ensino Superior (IES), a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), em parcerias/convênios entre as prefeituras municipais, as direções dos hospitais do Estado.

Uma Residência em Saúde integradora do ensino-serviço-pesquisa perspectivada no modelo de formação do extinto SMSE, dessa vez, executada simultaneamente em Fortaleza e expandindo aos municípios conveniados, além dos hospitais da Rede Terciária de Atenção à Saúde da SESA. Uma proposta diferenciada das três anteriores, considerando ser a RIS, a primeira a avançar na formação e Educação Permanente dos/as trabalhadores/as em Fortaleza e boa parte do Ceará.

No mesmo ano de 2011, houve a abertura do edital da SGTES/MS/MEC nº 17, convocando a nível nacional a submissão de projetos de Residências Multiprofissionais em Saúde. Na ocasião, a ESP-CE escreve quatro projetos distribuídos nos componentes da Saúde da Família e Comunidade; Saúde Mental; Saúde Coletiva e Hospitalar⁷². Em 2012, a portaria conjunta MS/MEC nº 7 defere e homologa as RMS inscritas no edital de 2011, contemplando a ESP-CE. Em 2013, a RIS é implementada através da publicação de documentos oficiais⁷³, a formalizando.

A apreciação de aprovação dos projetos, na época foi submetida à Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Estadual e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) instâncias de discussão e negociação da operacionalização do SUS no Ceará, compostas por gestores/as da saúde do Estado e municípios. Ambas emitiram pareceres favoráveis para implantação do Programa. Foram publicadas Resoluções nº 233/2013 e 328/2014 aprovando e homologando a implantação da RIS-ESP/CE e oficializando a ESP/CE como IES, ou seja, formadora e condutora do Projeto Político Pedagógico (PPP), junto aos Hospitais conveniados à Rede SESA e os municípios como instituições parceiras, sendo estas os locais/cenários de imersão e atuação dos/as profissionais-residentes.

⁷² Inicialmente, somente com uma ênfase no campo hospitalar - Cancerologia executada no hospital filantrópico conveniado à Rede SESA, o Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Em 2013 a RIS/ESP-CE expande para mais seis hospitais e sete ênfases. Em 2015, o ICC fora desvinculado da ESP-CE e em 2016 abriu um processo seletivo de RMS com início letivo em 2017. A instituição é a própria certificadora e condutora pedagógica, desempenhando o papel de IES Proponente conveniada ao MS e ao MEC.

⁷³ Ofício SESA nº 1.184/2012 e 2.978/2013.

Figura 7 – Entrada principal da Escola de Saúde Pública (ESP-CE) - Sede própria.



Fonte: Retirada do site da instituição.

O Programa não leva o nome de Residência Integrada em Saúde (RIS) somente por se inserir no interior do estado. É uma Residência pactuada interfederativamente e interinstitucional. Por acontecer ao mesmo tempo na rede municipal, estadual, no interior do estado, inclusive, na rede hospitalar de Fortaleza, os entes federativos são os responsáveis por oferecer e garantir as condições para o desenvolvimento da RIS. O financiamento do corpo docente assistencial, cenário de prática político-pedagógica nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), são apenas algumas das responsabilidades das federações. A ESP-CE é formado por vários agentes, sendo a principal condutora política-pedagógica. As demais instituições parceiras, possuem junto à ESP-CE o papel formativo

Realizamos um mapeamento das Residências em Área Profissional da Saúde, na modalidade Multiprofissional no Estado. O Ceará, no ano em decurso, possui oito IES promotoras. São elas:

Quadro 3 – Mapeamento das IES promotoras das Residências na Área Profissional em Saúde no Ceará, na modalidade Multiprofissional (2020).

(continua)

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR / PROPONENTE	MUNICÍPIO SEDE	COMPONENTES / ÊNFASES
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA)	Fortaleza/CE	<u>Componente Hospitalar</u> – Ênfase: Transplante de Órgão e Tecido.
*Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)	Fortaleza/CE	<u>Componente Comunitário</u> : Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva.

Quadro 3 – Mapeamento das IES promotoras das Residências na Área Profissional em Saúde no Ceará, na modalidade Multiprofissional (2020).

(conclusão)

		Componente Hospitalar – Ênfases: Neonatologia, Obstetrícia, Pediatria, Infectologia, Neurologia e Neurocirurgia, Cardiopneumologia, Urgência e Emergência e Cancerologia.
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)	Fortaleza/CE	Componente Hospitalar – Ênfases: Terapia Intensiva Adulta e Terapia Intensiva Neonatologia.
Instituto do Câncer do Ceará (ICC) / Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ)	Fortaleza/CE	Componente Hospitalar – Ênfase: Cancerologia.
Universidade Federal do Ceará (UFC)	Fortaleza/CE	Componente Hospitalar – Ênfases: Saúde Mental, Saúde Materno Infantil (Saúde da Mulher e da Criança), Diabetes, Transplante, Oncohematologia, Terapia Intensiva.
Universidade Regional do Cariri (URCA)	Crato/CE	Componente Comunitário – Ênfase: Saúde Coletiva.
Escola de Saúde da Família Visconde de Saboia (ESFVS)	Sobral/CE	Componente Comunitário – Ênfases: Saúde da Família e Saúde Mental.
Faculdades ITA/Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Sobral/CE	Componente Hospitalar – Ênfases: Neonatologia; Urgência e Emergência.

Fonte: Elaborado pelas autoras. Dados pesquisados em 2019, 2020 nas bases documentais e nos sites institucionais das IES. Complementação dos dados a partir do mapeamento realizado por Vasconcelos (2019).

*A RIS/ESP-CE é a única Residência interiorizada dentre as oito IES.

Pontua-se que a ESP-CE surgiu em 1993 sob forma de autarquia, com atuação voltada para o ensino e pesquisa na área da saúde pública. Tem como prerrogativas a pesquisa, informação e a documentação teórica e científica da saúde pública, além de oferecer Educação Continuada e Educação Permanente com ênfase na formação e no aperfeiçoamento dos recursos profissionais, em especial, para o sistema público de saúde estadual. Vejamos, o que o arcabouço dos documentos institucionais aponta como horizonte da missão da ESP-CE:

Promover a formação e educação permanente, pesquisa e extensão na área da Saúde, na busca de inovação e produção tecnológica, a partir das necessidades sociais e do SUS, integrando ensino-serviço-comunidade, formando redes colaborativas e fortalecendo o Sistema Saúde Escola. (CEARÁ, 2014).

Cabe abrir parênteses, a instituição recebe profissionais das mais variadas regiões brasileiras, principalmente, para ingresso à RIS. Atualmente a RIS/ESP-CE dentre todas os Programas de Residências em Área de Saúde concentra o maior número de profissionais ligados a uma só Residência. No ano de 2019, se reinventou ao lançar no edital nº 01/2019⁷⁴ VI turma,

⁷⁴ A composição de uma turma direcionada ao SEAS em 2019, se deu a partir de uma experiência exitosa acontecida em 2015, quando a RIS formou uma equipe interdisciplinar com residentes e tutores/as, com o objetivo de desenvolver ao longo desse ano um projeto junto ao Centro Socioeducativo Patativa do Assaré. No projeto, foram contemplados/as residentes das áreas do Serviço Social, Psicologia, Educação Física, Terapia Ocupacional, Odontologia, Arte Educador, Coordenação da equipe e a Coordenação Geral da RIS, além das muitas parcerias com artistas grafiteiros/as. A metodologia utilizada era de acompanhar os adolescentes em

seleção para profissionais-residentes oferecendo pela primeira vez cinco vagas permanentes para Enfermagem, Terapia Ocupacional, Educação Física, Psicologia e Serviço Social para atuarem no Sistema Socioeducativo do Ceará, vinculado à Superintendência Estadual de Atendimento Socioeducativo (SEAS) em conjunto da Secretaria Estadual de Proteção Social, Justiça, Mulheres e Direitos Humanos (SEDHAS). Os/as residentes têm como um dos cenários de atuação os centros de internação de cumprimento das medidas socioeducativas, além dos espaços da rede do SEAS e saúde.

Ao todo, desde sua implantação em 2013 a 2020, trinta e dois municípios e oito instituições hospitalares fecharam convênios credenciando-se à SESA para executarem o Programa junto à RIS, contemplando os diversos cenários de atuação no campo da saúde pública imersos aos componentes comunitário e hospitalar. Hoje, são dezessete municípios, sete instituições hospitalares. Segue elaboração do mapeamento atualizado referente às unidades executoras da RMS no componente hospitalar da RIS/ESP-CE, no qual é o recorte da pesquisa em tela.

Quadro 4 – Mapeamento das instituições hospitalares conveniadas à RIS/ESP-CE (2020).

(continua)

ENFÂSES E CENÁRIOS DE APRENDIZAGENS			
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE (RIS/ESP)	HOSPITAIS ESTADUAIS	HOSPITAL MUNICIPAL	HOSPITAL FILANTRÓPICO
	<u>Cenário de Aprendizagem:</u> Hospital de Messejana Doutor Carlos Alberto Studart Gomes (HM)	<u>Cenário de Aprendizagem:</u> Instituto Doutor José Frota (IJF)	<u>Cenário de Aprendizagem:</u> Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO)
	<u>Ênfase:</u> Cardiopulmonar	<u>Ênfase:</u> Urgência e Emergência	<u>Ênfase:</u> Cancerologia
	<u>Cenário de Aprendizagem:</u> Hospital Geral de Fortaleza (HGF)		
<u>Ênfases:</u> Neurologia e Cancerologia			
<u>Cenário de Aprendizagem:</u> Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)			
<u>Ênfase:</u> Pediatria			

situação de internação do cumprimento de medidas socioeducativas, num patamar de pensar a saúde de forma problematizadora, criativa, dialógica e emancipativa. Utilizamos o uso de grafites, a música (Hip Hop, Forró, Funk etc.), o desenho, a dança, esportes (jogos de futsal, basquete) dentre outros. Acompanhamos, em concomitância, as equipes profissionais atuantes na assistência aos adolescentes, desde os/as pedagogos/as, assistentes sociais, advogados, psicólogos, terapeutas ocupacionais, serviços gerais, merendeira, educador social, porteiro, diretor institucional etc. Na ocasião, mais outros centros foram visitados e sugeridos a inserção do projeto. Ao final, gerou-se um relatório apresentado aos/as representantes da Secretaria de Justiça e Cidadania. Nos anos seguintes, culminou na pactuação e no acordo do lançamento de uma turma exclusiva para o SEAS. Pensar em profissionais para o campo das políticas públicas direcionadas às juventudes, estas juventudes é um marco histórico. Levar a saúde aos lugares pouco acessada, dominada por fortes contrastes de um sistema étnico, racional e de classes enraizado nas camadas da população brasileira é admitir a execução de um patamar da saúde que pode ser por primazia abrangente, integral e universal.

Quadro 4 – Mapeamento das instituições hospitalares conveniadas à RIS/ESP-CE (2020).

(conclusão)

ENFÂSES E CENÁRIOS DE APRENDIZAGENS			
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE (RIS/ESP)	HOSPITAIS ESTADUAIS	HOSPITAL MUNICIPAL	HOSPITAL FILANTRÓPICO
		<u>Cenário de Aprendizagem:</u> Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (HGCC) <u>Ênfases:</u> Obstetrícia e Neonatologia <u>Cenário de Aprendizagem:</u> Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) <u>Ênfase:</u> Infectologia	

Fonte: Elaborada pelas autoras (2019, 2020). Dados pesquisados nas bases documentais da ESP-CE.

A RIS/ESP-CE oferece ao todo vagas para profissionais da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação Física e Saúde Coletiva⁷⁵. As duas últimas não estão contempladas para o componente hospitalar, somente o comunitário - ênfases Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva. Destacamos os indicadores quantitativos de distribuição de profissionais-residentes por categorias e por ênfase de cada unidade hospitalar, distribuídas em oito ênfases.

Figura 8 – Indicadores quantitativos de distribuição de profissional por categoria e por ênfase RIS/ESP-CE Hospitalar 2020.

ÊNFASE/CATEGORIA PROFISSIONAL	HGCC NEONATOLOGIA	HGCC OBSTETRÍCIA	HIAS PEDIATRIA	HSJ INFECTOLOGIA	HGF NEUROLOGIA	HM CARDIOPNEUMOLOGIA	IJF URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	REDE CANCEROLOGIA CRIO/HGF
ENFERMAGEM	2	6	3	3	3	2	4	3
FARMÁCIA	0	0	1	2	1	2	2	3
FISIOTERAPIA	2	0	2	2	3	2	2	3
FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	0	2	2	0	0
NUTRIÇÃO	0	0	2	2	1	2	2	3
ODONTOLOGIA	0	0	3	0	0	2	2	0
PSICOLOGIA	2	0	3	2	0	2	2	3
SERVIÇO SOCIAL	2	0	2	2	1	2	2	3
TERAPIA OCUPACIONAL	0	0	2	2	1	2	0	0
TOTAL	8	6	18	15	12	18	16	18

Fonte: Edital n.º 01/2019 RIS/ESP-CE (CEARA, 2019c).

*Hospital de Messejana - ênfase Cardiopneumologia, campo hospitalar recorte da pesquisa. Entre todas instituições, dispõe da inserção de todos os nove núcleos profissionais.

⁷⁵ Graduação em Enfermagem, Biologia (bacharelado), Biomedicina, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Medicina Veterinária, Saúde Coletiva com inscrições ativas e regulares nos respectivos conselhos de classe. Edital n.º 01/2019 RIS/ESP-CE (CEARÁ, 2019c).

Como demonstram os indicadores, ao todo são 107 profissionais distribuídos/as em oito ênfases hospitalares. Diferentemente de outras Residências no Ceará, a RIS por ser *interiorizada, interprofissional e interênfase* busca a experimentação de outros cenários formativos de aprendizagens na Rede da saúde. Tem como prerrogativa aos/as profissionais-residentes do Componente Hospitalar de não permanecerem somente em seus cenários de práticas/ênfases, ou seja, apenas em uma das sete unidades hospitalares. Por exemplo, o itinerário da ênfase de Cancerologia, integra as atividades práticas e teórico-práticas no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO), toda parte da Oncologia Adulta e no Hospital Albert Sabin (HIAS), realizam toda parte de Oncologia Infantil. Portanto, o/a profissional-residente tem a oportunidade de vivenciar a formação sua ênfase em três instituições diferentes, considerando do PPP da RIS/ESP-CE e os próprios elaborados por cada instituição/ênfase:

Achei que foi muito importante ter a vivência de rede em um local que a gente escolhe, não é local pré-determinado. A gente tem um mês na rede da atenção básica, em outros hospitais também. Já tive contato com pessoas que fizeram outras Residências, era algo muito rígido. No sentido do modelo hospitalocêntrico. Eles ficavam só no hospital. (Profissional-residente - 04).

Os Residentes tanto têm os estágios, rodízios na área hospitalar, quanto na Rede. Eles passam um mês na Atenção Básica. Eles saem da área hospitalar e vão pro Posto (*Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS*). A saúde pública é um mundo. (Grifos nossos). (Preceptor/a de Núcleo - 02).

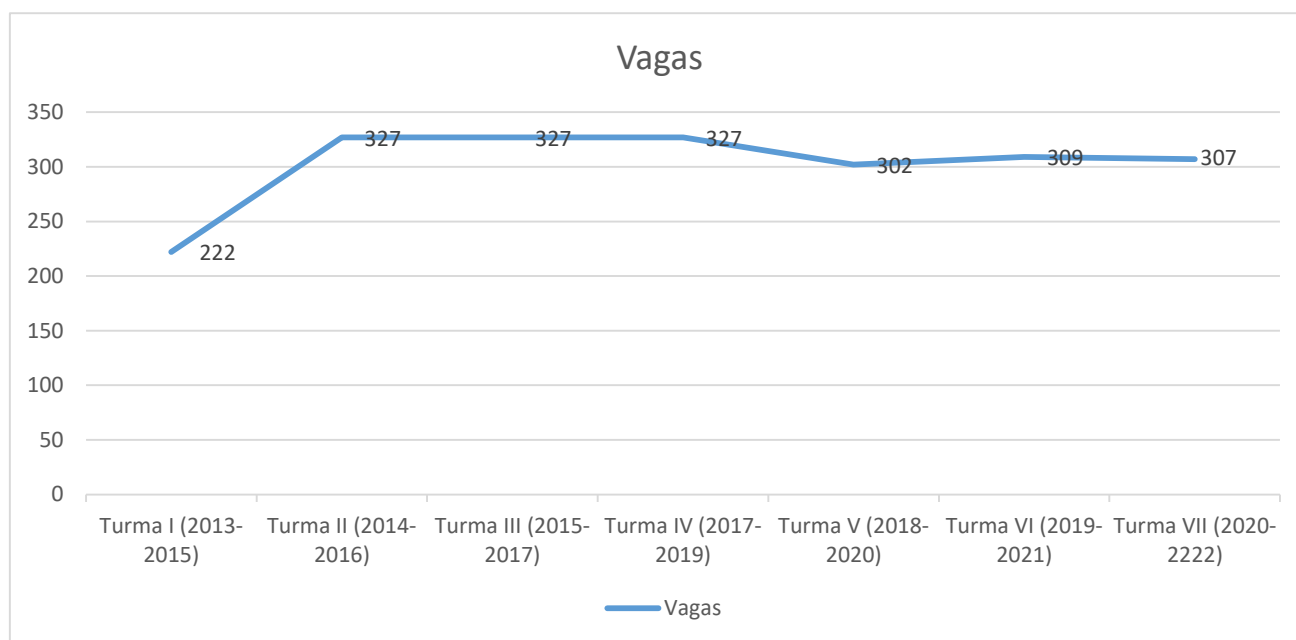
Por ser a RIS/ESP-CE característica de uma Residência balizada no ensino *interênfase*, os/as profissionais-residentes realizam no formato de rodízios integrados um mês ou mais, vivências nos serviços do SUS: Atenção Básica, e Atenção Secundária (Rede de Atenção Psicossocial) e outra unidade hospitalar da Rede Terciária, sem ser a instituição de lotação primária (de sua ênfase). Vão para um outro município, instituição vivenciar uma nova prática em um novo contexto de saúde. Os rodízios acontecem formados por equipes multiprofissionais com diferentes áreas formativas e ênfases. O/a profissional-residente lotado/a no Componente Comunitário também se apropria da experimentação da vivência nos hospitais da Rede Terciária participantes da RIS/ESP-CE.

Obrigatoriamente para que os rodízios aconteçam, os cenários de aprendizagens têm de ter outros/as profissionais-residentes da RIS. Processo vultoso, uma vez incentiva a provisão interessante de adquirirem, desenvolverem características de docentes (preceptores/as) ao recebem seus pares, ao trocarem ensinamento, (in)formação, experiências de campo, núcleos. É um dos mais atraentes dispositivos da RIS, a potencialidade da transversalidade do ensino, dos encontros e trocas dos saberes nos espaços de saúde do SUS, o constituindo

enquanto Pinto e Oliveira (2018) lançam de SUS-escola.

A RIS/ESP-CE apesar de ser uma Residência com 07 anos implementados, ao longo das sete primeiras turmas, 2.121 profissionais-residentes foram selecionados/as por meio de processo público, distribuídos/as como demonstrado no gráfico, seguido pelo número de vagas, as turmas e os períodos letivos de cada. Mais à frente, discutimos a possibilidades (in)reais de abarcar a formação dos números tão abrangentes.

Gráfico 1 – Indicadores qualitativos de vagas oferecidas nos processos seletivos para profissionais-residentes das turmas comunitária e hospitalar da RIS/ESP-CE 2013 a 2020.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos editais de seleção RIS/ESP-CE (CEARÁ, 2013b, 2014a, 2014b, 2016b, 2017, 2019c).

Observamos uma margem de 1.505 profissionais-residentes, que hipoteticamente⁷⁶ concluíram o Programa entre os anos de 2015 a 2020. Entre as duas primeiras turmas há uma expansão, um aumento de número de vagas significativas. Entre a segunda, terceira e quarta foi mantido o número de vagas, decaindo nas três últimas. Os indicadores citados nos levaram a questionar os motivos de diminuição do quantitativo de vagas. Bom, considerando que RIS/ESP-CE vinha no movimento de construção de um espaço de consolidação de uma das estratégias de educação permanente na saúde, aprimorando a Residência Profissional na Área da Saúde, no Ceará, quais situações a levaram a diminuir esse quantitativo e as motivações dos

⁷⁶ Falamos em hipóteses, isto porque não obtivemos os indicadores numéricos sobre as transferências para outras IES, evasões/desistências do número total de participantes da Residência, como também os indicadores situacionais demonstradores dos motivos.

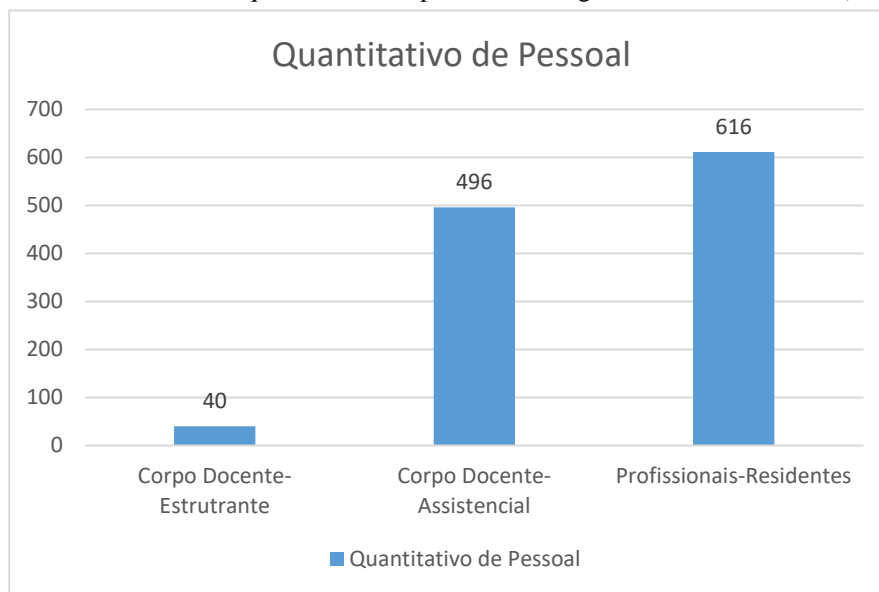
intervalos para o lançamento de turmas? Seria ausência de recursos humanos/materiais, programação orçamentária, desejo dos agentes promotores do Programa na IES, etc. Quais as ações estratégicas de fortalecimento para sustentabilidade e permanência do Programa? Ficam indagações para serem respondidas ao longo da pesquisa.

Ao fazermos os cálculos, concluímos que, no ano em decurso, ou seja, no ano de 2020, são 616 profissionais-residentes em formação, respectivamente, concernentes às turmas VI e VII. Além dos indicadores quantitativos dos/as profissionais-residentes, O Relatório de Gestão da RIS/ESP-CE 2015-2018 mostra um total de 496 no corpo docente-assistencial formado por preceptores/as de campo e núcleo⁷⁷. 40 profissionais é a média em relação a quantificação do corpo docente-estruturante da RIS/ESP-CE, composto por secretariado, administrativo, tutoria de ênfases (comunitária e hospitalar), coordenação acadêmica, coordenação de pesquisa, coordenação pedagógica, coordenação geral, vinculados à Escola de Saúde Pública do Ceará, junto às coordenações das ênfases do Programa.

Na prática do dia a dia do trabalho, o corpo docente-estruturante acaba resumindo-se aos/as profissionais lotados/as integralmente no setor da RIS, na ESP-CE, que atualmente estão em torno de 07 profissionais. Ao se ampliar o corpo docente-estruturante, incluindo os/as profissionais vinculados/as aos municípios e as unidades hospitalares, que possuem os cargos e exercem as funções de coordenações das ênfases comunitária e hospitalar, os parceiros executores da RIS, o conjunto passaria a ser quantificado de 07 para 40 profissionais. No gráfico 2, destacamos em formato de indicador quantitativo, os corpos profissionais participantes da ESP-CE. Perfaz a seguinte ordem, 40 profissionais integrantes do corpo docente-estruturante, 496 do corpo docente-assistencial e 616 do corpo discente. É nítido o destaque do maior número do corpo discente em relação ao docente, mesmo se somarmos o estruturante e o assistencial.

⁷⁷ Profissionais docentes, os/as quais não são lotados/as na ESP-CE, estão nos cenários de prática de execução da Residência: Hospitais, Postos de Saúde, CAPS, Conselho de Saúde, Secretarias de Saúde, etc. Tem como uma das prerrogativas preceptoriar o corpo discente de Residentes.

Gráfico 2 – Indicadores quantitativos de profissionais ligados/as à RIS/ESP-CE (2020).



Fonte: Elaborado pelas autoras (2019, 2020).

Abre-se, uma avaliação imprescindível ao que se refere a sustentação de um Programa que abarca uma grande escala longitudinal e latitudinal. Quais os meios orçamentários, financeiros e de recursos profissionais garantidores para a manutenção de uma proposta como a da RIS, um Programa composto entre corpo docente-estruturante, assistencial e discente, diante ao contexto econômico da união e do Estado? Ou ainda sim, se existem e são suficientes para a sua permanência. Para tentar resolver a estes questionamentos, remetemos a seguir a grade de investimentos dos Ministérios da Saúde, Educação e do Estado do Ceará.

O financiamento das Residências deve estar contemplado no orçamento da Política Nacional de Educação Permanente do SUS e do estado pactuado na CIB, na CIES, com o objetivo de assegurar a qualificação e a formação permanente no campo da saúde. Os recursos financiados são próprios da União, com contrapartida dos estados e municípios. O Relatório de Gestão da RIS/ESP-CE 2015-2018, nos mostra os indicadores orçamentários garantidos para o financiamento nos níveis local e nacional.

No histórico da RIS/CE no âmbito federal foram investidos os valores a serem a seguir apresentados. Vale frisar, referem-se somente as bolsas de educação (bolsa-salário) pelo trabalho dos/as profissionais-residentes, financiadas diretamente pelo governo federal por meio do Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e Uniprofissional da Saúde. Na RIS/ESP-CE as bolsas são garantidas conforme os editais nº 17/2011 e nº 28/2013 do MS/MEC, advindas de recursos da ação orçamentária do MS/SEGTES e a Secretaria de Ensino Superior do MEC.

Quadro 5 – Orçamento do Governo Federal da RIS/ESP-CE entres os anos de 2013 a 2018.

INVESTIMENTO GOVERNO FEDERAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE		
TURMA	VAGAS	RECURSO FINANCEIRO
Turma I (2013 - 2015)	222	R\$ 15.857.513,28
Turma II (2014 - 2016)	327	R\$ 23.357.688,48
Turma III (2015 - 2017)	327	R\$ 23.357.688,48
Turma IV (2017 - 2019)	327	R\$ 23.357.688,48
Turma V (2018 - 2020)	302 ⁷⁸	R\$ 23.357.688,48
TOTAL		R\$ 109.288.267,20

Fonte: Relatório de Gestão 2015-2018 RIS/ESP-CE (CEARÁ, 2019a).

*Relatório concernente as cinco primeiras turmas.

Considerando ser um programa interfederativo, inclusive, em seu financiamento, o relatório demonstra a contrapartida estatal para a manutenção da RIS/ESP-CE, direcionado à remuneração de pessoal: corpo-docente estruturante (tutoria hospitalar, tutoria comunitária, coordenação acadêmica, coordenação pedagógica, coordenação geral, secretariado, administrativo), gráfica, transporte, insumos materiais, hospedagem para acompanhamento do corpo docente-estruturante nos municípios executores parceiros da RIS. Os recursos recebidos pelo estado são administrados pela própria ESP-CE.

Quadro 6 – Orçamento estadual para RIS/ESP-CE.

INVESTIMENTO DO GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ	
ANO	RECURSO FINANCEIRO
2015	R\$ 289.332,08
2016	R\$ 517.931,00
2017	R\$ 105.226,26
2018	R\$ 708.581,00
TOTAL	R\$ 1.621.712,26

Fonte: Relatório de Gestão 2015-2018 RIS/ESP-CE (CEARÁ, 2019a).

Dentro do planejamento orçamentário estadual está a programação do pagamento do pessoal contratado pela ESP-CE. Retomando a estimativa de 40 profissionais do corpo docente-estruturante, todavia, somente 07 estavam efetivamente no corpo pedagógico da RIS, lotados/as na RIS/ESP-CE. Atuavam apenas com 01 Tutoria Hospitalar, 01 Coordenação

⁷⁸ Apesar da turma V oferecer 302 vagas, a RIS/ESP-CE está registrada nos MS/MEC para comportar até 327 em acordo com a portaria conjunta MS/MEC nº 7, cujo deferiu e homologou as RIS com 327 bolsas pelo trabalho ao/a profissional-residente. Contudo, utiliza-se o critério de paridade. Ao oferecer menos bolsa, as deixam de receber e retornam ao domínio dos ministérios. Ao carecer de mais além das 327, a RIS/ESP-CE obrigatoriamente deve inscrever-se nos editais do MS/MEC quando abertos, justificando por escrito e em base legal o motivo de um maior número de vagas/bolsas.

Acadêmica, 01 Coordenação de Pesquisa, 01 Coordenação Pedagógica, 01 Secretariado, 02 Administrativo, 01 Coordenação Geral⁷⁹. Este último, assumido após quase 12 meses da saída da última Coordenação.

No final de Fevereiro de 2019, uma parte do grupo do corpo docente-estruturante desligou-se da RIS/ESP-CE de uma só vez. Literalmente da noite para o dia. Pelo coletado (via observação participante) durante a pesquisa de campo, constatamos, que a saída antecedeu inúmeras situações de “disputa de espaço político” na condução de um projeto de formação em saúde, entre a Direção (Superintendência) da ESP e uma parte do grupo docente-estruturante da RIS. Dentro do conjunto dos/as trabalhadores/as que desligaram-se, estava a Coordenação Geral, responsável por negociar junto ao Poder Executivo implantação da RIS/CE, em 2011, permanecendo à frente do processo de implementação da Residência e execução dela ao longo das cinco primeiras turmas. Ao fazer a pesquisa de campo na RIS/ESP-CE, os/as demais trabalhadores/as, que continuaram a conduzir a RIS, em nenhum momento abordaram tal questão, mesmo ao serem questionados/as e rapidamente mudavam de assunto. Nenhum/a se colocou a relatar a saída. Nada poderia ser dito. Mas, por isso mesmo, se disse tudo. (Diário de campo - Agosto de 2019).

Hoje, a Residência precisa de muita gente pra suprir a demanda de muita gente que saiu da ESP. Saiu praticamente todo mundo. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

É uma luta lá na ESP. Tem muito intriga política que esbarra muito a própria Residência. Saiu muita gente e está se reestruturando. Eu não sei como está agora a cara da Residência. Antes, era bem definida pelo perfil dos tutores. Se entrou mais alguém, desconheço. São sempre poucos. (Profissional-residente - 01).

A quantidade de tutores da ESP é muito pequena, interfere na nossa formação. O corpo docente da ESP tem que crescer para auxiliar mais os Residentes. De repente havia saindo todo mundo que a gente tinha feito vínculo. Foi um período muito conturbado. Ficaram poucas pessoas e ficou nesse período muito difícil pra gente. Eles não conseguiram achar lugar, professor a tempo para os módulos teóricos. Às vezes não eram proveitosos. O módulo não acontecia, as aulas terminavam no meio do dia. Mas, não foi pelo corpo docente em si, foi pela própria dificuldade da instituição. (Profissional-residente - 03).

Colocamos em xeque, a centralidade das condições - ou falta delas - no exercício do trabalho. Eram apenas 07 profissionais no corpo docente estruturante, na condução de um Programa de Residência diante do quantitativo como já informado, cuja média de 1.152⁸⁰ trabalhadores/as envolvidos/as numa política estratégica de Educação Permanente em Saúde no Ceará. Um dos resultados das pesquisas de campo na RIS, indicava não haver previsão de chamamento de vagas para ampliar o corpo docente-estruturante, mesmo após a homologação do último edital de contratação do pessoal perdurado desde o início de 2019, culminando no forte acúmulo de funções e responsabilidades de mínima equipe. Entretanto, a situação persiste desde a primeira turma da RIS, até mesmo com um quantitativo maior de profissionais, mas

⁷⁹ O cargo de Coordenação Geral da RIS/ESP-CE desde a implementação foi por indicação de cargo de confiança.

⁸⁰ Soma do indicador do número de profissionais no corpo docente-estruturante, corpo docente-assistencial o corpo discente. Não foram contabilizados os agentes burocratas da gestão dos municipais, estaduais, diretoria hospitalar.

nunca suficiente para conduzi-la, o que deixa claro sempre ter existido o acúmulo de trabalho.

Os/as trabalhadores/as possuem contratos de trabalho precários e fragilizados na RIS/ESP-CE. Entram por meio de seleção pública temporária, com validade de 01 ano com prorrogação por igual período. Nessa modalidade, o pagamento pelo serviço não é salarial, e sim, por uma bolsa de extensão com valores diferenciados a depender da titulação de graduados/as, especialistas na modalidade de Residências, mestres/as, doutores/as. Não detêm garantia de estabilidade no Programa e na instituição.

A deterioração e flexibilização dos processos trabalho submetem a esse corpo profissional estar dessegurado de uma ínfima proteção trabalhista. Nem ao menos é garantida a contratação via CLT, portanto, não acessam a horas extras, gratificações, férias, 13º salário, seguro desemprego, etc. Esse modelo contratual - por não possuírem vínculos com a SESA - não possibilita ascensão na instituição, não se valem do PCCS (Planos de Cargos, Carreiras e Serviços). Nesta fatídica regulação do trabalho, o corpo docente-estruturante vai mudando à medida que os/as profissionais desligam-se da ESP, ao surgirem novas possibilidades com estabilidade (ou pelo menos, uma maior) contratual em outros espaços sócio-ocupacionais.

Já, a fonte pagadora responsável pelos salários dos/as profissionais contratados/as para compor o corpo docente-assistencial nas unidades hospitalares: a coordenação da ênfase, preceptoria de núcleo, de campo ficam a cargo também dos investimentos por parte do governo do estado, por serem instituições hospitalares da Rede SESA. No caso isolado do CRIO - ênfase Cancerologia, instituição filantrópica conveniada ao SUS, os recursos advêm da contrapartida por parte dos/as empregadores/as para pagamento de pessoal e despesas com insumos materiais.

Uma das perguntas da entrevista abordava o financiamento do Programa, sobre como os/as participantes avaliavam o orçamento da RIS/ESP-CE. Ao fazemos a seguinte pergunta: Acerca do financiamento da RIS/ESP-CE, comente você como o avalia para o desenvolvimento do Programa? Você conhece como se dão as negociações e pactuações nas esferas de governo? Eminentemente todos/as participantes afirmaram que não.

Destituir, suprimir uma política pública também é não oferecer, garantir institucionalmente as ínfimas condições de implementá-la e executá-la. Um projeto, política, programa para existirem, minimamente pressupõem que devam ser assegurados insumos financeiros para manutenção deles, blocos de financiamos. Vejamos, o que o relatório nos expõe ao fazer um comparativo entre os recursos advindos do âmbito da união e os do local.

Ao longo do histórico do Programa, o governo federal investiu R\$ 109.288.267,20, enquanto que o governo estadual investiu R\$ 1.621.712,26, respectivamente os valores *per capita* (por educando) os valores de: R\$ 71.430,24 e R\$ 1.059,94. O investimento do Estado do Ceará representa 1,5% do investimento federal e 1,46% do investimento geral no Programa. (CEARÁ, 2019a, p. 18).

São porcentagens comprometedoras e insuficientes para condução de um Programa com um alto nível de complexidade, alcance e vasta quantidade de profissionais envolvidos/as, na formação docente, discente. Os índices não garantem o crescimento do Programa, por conseguinte, podem afetar o desenvolvimento da educação permanente de ao menos a 1.152 pessoas articuladas a política diretamente. São profissionais em processo de especialização, avultando a atuação em uma política pública, no SUS e para o SUS. Sem levar em conta, a relevância dos/as usuários/as-pacientes da ponta, recebedores/as da assistência no cotidiano dos espaços de saúde, nos hospitais, nos postos, nos CAPS, por intermédio destas/as profissionais.

Questionamos aos/as nossos/as entrevistados/as no HM, o grau de confiabilidade no corpo docente-estruturante da RIS/ESP-CE, considerado ser este é maior responsável por conduzir política e pedagogicamente o projeto da Residência a nível estadual:

Se fosse só depender da Coordenação da ESP, hoje a gente não teria uma formação tão boa como temos. Acredito que parte muito da Coordenação do Messejana. (Profissional-residente - 05).

Uma equipe muito longe, distante. Por mim, a gente andava sozinho, sem eles. A ESP pra mim, atrapalha. Eles não nos chamam para nos ouvir, treinar, fazer algo reflexível do que está acontecendo aqui. São duas instituições que não se falam. As coordenações estão sempre na ESP, mas os restantes dos profissionais, preceptores não, são afastados. A ESP não nos convoca e nem vem falar com a gente. (Preceptor/a de Campo - 03).

Eu não sei muito da RIS, da ESP. Não sei porque muitas mudanças de corpo docente aconteceram. Não tenho informações de como está agora. A gente se sente ameaçado, as pessoas não falam pra gente abertamente sobre o que está acontecendo. A gente se sente atingindo e sem saber os rumos. (Profissional-residente - 02).

Eu confio, mas não confio cem por cento. A gente vê que eles não têm preparo, suporte, pra tanta pessoa e abordam assuntos repetidos. Precisam se organizar mais e na hora de contratar o corpo docente, ter um maior cuidado. A gente vê que eles se conheciam antes, que vão no mesmo pensamento. Não tem alguém que vá com uma corrente diferente, que quebre esse pensamento. Eu confio, confio setenta por cento. (Profissional-residente - 06).

Os trechos das falas nos fazem questionar, indagar sobre quais linhas de ação estão pensadas para os Programas de Residências garantirem infraestrutura, apoio técnico-financeiro e os processos relativos a ela na Política Estadual de Educação Permanente em Saúde? De qual forma a política Educação Permanente em Saúde, a RIS vêm ou não sendo percebidas, reconhecidas inclusas à própria ESP ou no entorno delas, sobretudo, no governo, no estado? Quanto ao percurso, a trajetória institucional, como vem se tracejando a RIS na ESP-CE? Qual

o alcance dela RIS na ESP-CE? A RIS/ESP-CE nas instituições parceiras delas na execução do Programa de Residência, como por exemplo, no Hospital do Coração? De qual forma acontecem o aconteceram deslocamentos, dispersão dos objetivos formulados para implementação do Programa no seu itinerário institucional? No próximo subtópico, avaliamos com vem se desenhando os caminhos de institucionalização da RIS na ESP-CE.

6.2.1 Avaliação da dimensão da trajetória institucional⁸¹ da RIS na ESP-CE: O Resistir para Existir

No decorrer da pesquisa nos questionamos em saber como um Programa de grande proporcionalidade como a RIS é percebido no seu contexto, no seu *lugar*. Quais as negociações para mantê-lo, sejam direcionadas a recursos profissionais e/ou materiais, investimentos orçamentários, etc.? Afinal de contas, dispor de um Programa com mais de mil profissionais requer que os agentes formuladores, implementadores e executores da política dialoguem e negociem a sobrevivência e a sustentabilidade do Programa. Talvez, uma das perguntas antecessoras se desdobra se há um lugar para RIS? Qual é a sua trajetória institucional na ESP?

Um dos achados revelados acerca das indagações nos apontou, que apesar da grande proporcionalidade da RIS, ela não aparece no organograma institucional da ESP-CE. Vem situada no Centro de Residências em Saúde. A ausência da representação⁸² da RIS no organograma da própria instituição, alui que existem interesses institucionais, correlação de força perspíazes, como em qualquer espaço institucional mesmo de forma simbólica ou posta às claras. São ao menos sete anos contando apenas a execução das seis turmas feitos em 2020, sem contar o tempo antecedente da formulação da política. Não houve tempo e/ou interesse em validá-la institucionalmente? Logo, depreende-se enquanto uma das demonstrações das fragilidades no processo de reconhecimento do alcance abrangente do Programa, mesmo este sendo participante da própria instituição. O que não quer dizer, por estar dentro da estrutura institucional, tenha aderência completa ou parcial por ela. Ao mesmo tempo, nos declara o embate/conflito de interesse - maior ou menor - seja político-pedagógico e até mesmo partidário político a depender do conjunto dos agentes à frente de sua condução.

⁸¹ Avaliamos a terceira dimensão em Profundidade: trajetória institucional do Programa, da RIS, identificando o nível de dispersão e coerência do Programa nas vias institucionais da ESP-CE.

⁸² Aqui colocamos representação e não representatividade, considerando que a representatividade da RIS extrapola a base institucional interna da ESP-CE. Nos anos de trajetória tanto a nível local como nacional, a RIS vem tomando formato para a abertura de novas IES na formulação e implementação de novos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde sejam eles no Norte/Nordeste e outras regiões do Brasil.

Figura 9 – Organograma institucional da Escola de Saúde Pública do Ceará (2019)



Fonte: Imagem retirada do site da instituição (2019).

Vale ressaltar, acerca das posições de coordenações, chefias em geral comumente apreciadas no campo das relações políticas indicadas à profissionais por cargos comissionados. Outra fragilidade da RIS. Ao mudar as coordenações, chefias há um rearranjo no ordenamento do Programa, o que pode ser benéfico ou maléfico a depender de como os agentes gerenciarão o delineamento das negociações, bem como, a execução da RIS no cotidiano das práticas políticas-pedagógicas em saúde.

Segundo constam os relatos de uma participante do corpo docente-estruturante, foram realizadas reuniões com chefias, diretorias desde as primeiras turmas da RIS, no sentido de demonstrar a abrangência, indicadores e resultados, bem como, a importância em promover uma maior visibilidade dentro da própria instituição. Todavia, os trâmites, a negociações correm silenciosamente a passos vagos. A inserção não encontra-se apenas na arena de publicizar o rol dos serviços desenvolvidos pela e na instituição, sobretudo, como forma de oferecer maior legitimidade à RIS. Ao tomar para si a ESP-CE e RIS juntas possam estrategicamente refletir acerca do amadurecimento político-pedagógico do Programa, construir novos parâmetros, normativas legais de legitimação de uma programação orçamentária, visto que a atual não há uma um teto mínimo garantido, percebemos pelos quadros orçamentários da União e do estado. Há uma inconstância. Além, de promover um

maior debate sobre os desafios, avanços alcançados e os que ainda necessitam de ações para qualificação da Residência. Inclusive, avultar a partir da experiência da RIS/ESP-CE transformá-la em uma política pública de estado, no mínimo, no Ceará, legitimada com a garantia da sustentabilidade financeira. Sem a interferência de expandir ou regredir o orçamento ao passar de governo a governo.

Claro, seria equivocada afirmar que por a RIS estar inserida no organograma institucional, haverá validação de aderência dela, seja total ou parcial. As estruturas institucionais contam com autoridade hierárquica, de tal modo, pode significativamente revelar o não reconhecimento dela. No plano hipotético ou até mesmo no do senso comum, as ações de absorção por si só deveriam ser assimiladas no próprio movimento da estrutura institucional. Entretanto, os/as diversos/as integrantes da estrutura da organização não necessitadamente estarão alinhados/as, comprometidos/as com os mesmos objetivos congruentes e finalísticos da instituição, do grupo, pelo contrário, podem divergi-los sobre como alcançá-los. Agentes de um departamento, por exemplo, podem ter interesses e percepções diferentes em relação a sujeitos de outros departamentos, inclusive, aqueles pertencentes ao mesmo setor.

Como forma de exemplificar, apontamos o próprio setor do Centro de Residências em Saúde, apesar de não indicar no organograma, trata-se nada menos, nada mais de uma grande sala ocupada por duas equipes de duas grandes Residências, a Residência Integrada (RIS) e a Médica. Nenhuma das duas aparecem no organograma. Apesar de ocuparem o mesmo setor, não há um trabalho em conjunto entre elas, algum diálogo direcionado no sentido de aproximá-las. Estão estruturalmente ocupando o mesmo espaço, na concretude nem sequer pontualmente conjugam as mesmas atividades fins. Não põe-se aqui a ideia de separação, muito pelo contrário, coloca-se em xeque o pano de fundo desvelado no campo da pesquisa. É sabido, nem sempre as informações da pesquisa, do campo são dadas, postas linearmente. É no despercebido, no não verbalizado, que se também captura de maneira melhor acurada aquilo que se tem como objeto e objetivo de pesquisa.

Portanto, questionar o porquê de estarem no mesmo espaço e não haver compartilhamento das ações do trabalho e da formação conjunta, mesmo em dados momentos colaborativos, já sabendo as especificidades de cada modelo de Residência é uma das perguntas primordiais. Não estaria aí a chave da ignição inicial em juntar os múltiplos pensamentos e elaborar uma proposta de um currículo integrado, considerando serem os maiores Programas de Residência do Ceará? Não é naquele espaço onde se pensam as matrizes curriculares políticas-políticas de formação, educação permanente de profissionais no âmbito da saúde

pública? Não é naquele espaço onde são disparados formatos pedagógicos direcionados aos profissionais, que estão no atendimento a inúmeros/as usuários/as na linha da frente da política pública de saúde, sejam nos postos de saúde, nos hospitais, nos CAPS e em outros demais?

Não deveriam como duas Residências, dois corpos docentes-estruturantes da mesma instituição pensarem a assistência integral à saúde baseada no conceito ampliado de saúde? Idealizar uma aproximação, um evento, uma atividade de integração, aproveitando a logística de estarem cotidianamente dividindo o mesmo espaço estrutural, bem como, já elaborando atividades docentes? A pergunta recai como se entre elas não há uma aproximação real? Existe uma construção histórica, social para algumas destas indagações envolto da medicina, a elevando em um patamar de superioridade no campo do saber. A proteção por este espaço vem sendo fortemente resguardado, como também reforçado pelos agentes nos mais diferentes cantos institucionais e sociais. Despir-se do poder social constituído em torno da medicina é um processo de ruptura contínua que levará décadas, séculos.

A ESP-CE, as Residências participantes dela são também espaço de ensino e têm um valor e significância para a sociedade por propiciarem a formação e educação permanente direcionada à agentes acompanhando a saúde de outros agentes. Deve-se, deste modo, levar em conta, o trabalho e a docência no campo da saúde são eminentemente por natureza interdisciplinar por envolverem múltiplas ordens de necessidades de saúde. Silva (2014) nos chama atenção “aqueles que constroem as Residências, cotidianamente, devem pensa-las como um espaço em que seja possível acontecer experiências que tocam e que permitam a produção de conhecimento encarnado na produção de sentidos” (SILVA, 2014, p. 16). É o contraponto da formação normativa na mobilização de um novo tipo de formação, um novo sentido visto ao protagonismo na construção e mudança no ensino, no trabalho em saúde e seus processos, na sociedade.

Por fim, apresentamos alguns dos indicadores socioculturais construídos a partir do identificado em lócus da pesquisa, percebidos em meio as relações políticas, as contradições, os conflitos e a correlação de forças na instituição, acerca dos dois modelos de Residências em Saúde da ESP-CE, a Integrada e a Médica:

- Instituídas no mesmo lugar do organograma sem a garantia da legitimidade institucional;
- Formuladoras de projetos políticos-pedagógicos opostos;

- Ocupantes do mesmo espaço estrutural, físico sem a construção do diálogo e/ou aproximação dele;
- Possuidoras de desejos, impulsos, sentidos diferenciados, de modo a não desenvolverem uma experiência de intercessão.

Os indicadores socioculturais erguidos estão no sentido de dialogar um novo horizonte da formulação dos projetos das Residências da ESP-CE, especialmente, da RIS, de forma a revisitar a urgência de repensar o lugar e o percurso institucional da RIS na ESP-CE, das Residências em si na ESP-CE e o terreno possibilitador ou não de intercessão entre elas, ocupando de maneira mais profunda de repensar a formação, as práticas de ensino, as aprendizagens e os desafios educacionais no campo da saúde para inovação na atenção à saúde.

7 A EXPERIMENTAÇÃO DA RIS/ESP-CE, NA MODALIDADE MULTIPROFISSIONAL - ÊNFASE CARDIOPNEUMOLOGIA, NO HOSPITAL ESTADUAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES (HM)

Chegamos ao segundo itinerário, *lócus* da pesquisa. Lugar que experimentamos o percurso da RIS/ESP-CE no contexto hospitalar – ênfase Cardiopneumologia. Lugar onde tece a experimentação das vivências práticas, teóricas de Educação Permanente em Saúde, nos cenários de saúde com enfoque no ambiente hospitalar. Seguimos, iniciando este capítulo, desenvolvendo a dimensão posta pela Avaliação em Profundidade, concernente ao espectro temporal e territorial no centro do recorte da pesquisa, nos permitindo a apreender a origem, os caminhos e as trajetórias traçadas na constituição da instituição hospitalar. *Aquilo* que deu a real origem do que hoje conhecemos como o Hospital de Messejana. Após tal contextualização, seguimos os próximos subtópicos adentrando nas análises/avaliações, maturadas a partir das visitas de campo e do tratamento das entrevistas, das falas silenciadas e do silêncio falado.

7.1 A instituição hospitalar, o Hospital de Messejana - Quando o coração começa a bater

⁸³*Quantas palavras presas na garganta... Quantos sentidos não percebidos...
Quantos sentimentos mudos e silenciosos da sofrida dor em silêncio, olhares que se cruzam.
Gestos que falam mais do que palavras. Servidão que toca uma canção em desarmonia
Poder que se impõe em nome da hierarquia ou ironicamente da vida. Vidas desperdiçadas, escuta perdida.
E tudo que se quer é ir para casa! Espaço de autonomia. Lá no lar posso ser livre, ser eu mesmo.
Não estou à mercê de quem vem fazer o que quer comigo, a depender de sua educação e de seu humor.
Quero ir para casa, para meu cantinho onde posso existir por mim mesmo. Lá no lar tenho identidade, nome,
hábitos e preferências... Enquanto isso, o tempo é ingrato comigo, me faz câmara lenta. O que me sustenta aqui
é a fé, os amigos que encontrei. Alguém pode me ver? Estou aqui, à sua frente, sou eu... Eu sou o José, a Maria,
a Luíza... Tenho história, família, gosto de prosar. Quero que me olhe na cara, fale de jeito que eu entenda uma
palavra de conforto, de atenção e segurança. Gosto de educação e ser bem recebido que nem na minha casa.
Mas hospital não é bom, não. Por melhor que seja, nada melhor que a casa da gente porque lá sou gente.*

Annatália Meneses de Amorim Gomes⁸⁴

⁸³ Enfatiza-se compartilhar, por acreditamos ser significativo trazer para o corpo do trabalho aquilo que também foi nos apresentado e apreendido no decorrer da pesquisa de campo. Nosso primeiro contato com o poema da professora Annatália Meneses Amorim, aconteceu em uma das atividades acompanhadas durante a imersão no Hospital de Messejana, na Roda de Campo dos/as residentes R1 e R2, preceptores/as dos diversos núcleos, a coordenação geral da ênfase, estagiários/as do PROENSINO (Programa Bolsa de incentivo à Educação) da rede SESA. O PROENSINO destina-se a complementar o processo formativo acadêmico e profissional dos alunos/as ainda graduandos/as ao incluí-los por um período de até 02 anos na Rede de Atenção à Saúde do Estado, via processo seletivo público. As vagas são destinadas as áreas diversas (sociais, humanas, exatas, saúde, etc.). O/a aluno/a estagiário/a tem garantido o custeio da bolsa de incentivo no valor de R\$ 671,95 por parte do Estado. Deve cumprir uma carga horária prática, teórico-prática de 20 horas semanais em sua respectiva lotação nas Coordenadorias, Núcleos de saúde, Unidade Hospitalares ou nas Unidades Ambulatoriais da SESA.

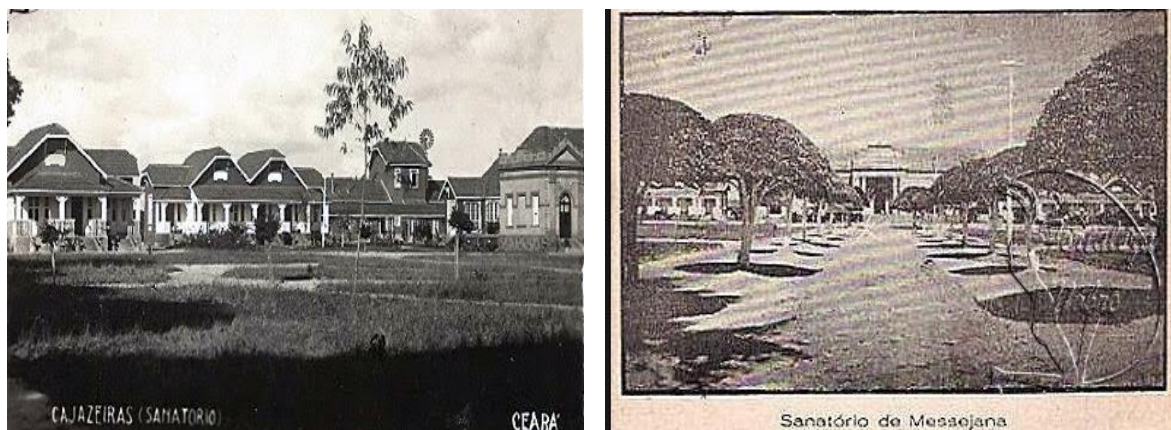
⁸⁴ Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Poema escrito em 2008. Acesso em <<http://redehumanizaus.net/2338-hospital-nao-e-bom-nao-nada-como-a-casa-da-gente/>>.

Quando propomos realizar uma Avaliação em Profundidade da RIS/ESP-CE, na modalidade Multiprofissional – Ênfase Cardiopneumologia, especificamente sob contexto hospitalar, também revelamos o desejo em contribuir no fomento de discutir o papel dos hospitais, o que dizem, o que querem dizer e o que não nos dizem simbólica e concretamente, assim como nos fala o poema da professora Annatália.

Ora, por excelência as instituições hospitalares são consideradas espaços característicos das complexidades em alto nível nas áreas da ciência, da medicina, além de serem social e historicamente idealizados a assegurar respostas prolongadoras da vida, em especial, a biológica. Posta a ideia, provocamos a seguinte reflexão, seria possível afirmar ou não que as instituições hospitalares atendiam e/ou atendem a globalidade dos processos saúde-doença de cada época? Trazemos com enfoque o próprio local de pesquisa, o Hospital de Messejana com a finalidade de organizar, aproximar das indagações provocadas.

Atualmente, a unidade possui cerca de 18.910m² de área total construída, passando por sucessivas ampliações, embora, venha conservando o projeto arquitetônico dos anos de 1930, ano inicial de sua história, quando três médicos envolveram-se na construção da futura unidade. A escolha do local, cujo leva o nome atual da instituição, o bairro de Messejana se deu por ser afastado do centro da cidade e possuir um clima arborizado mais que outros bairros, além da distância do restante da população fortalezense, já em direção à saída da cidade pelo lado sul. O atendimento e acompanhamento neste período foram idealizados designadamente para pessoas *acometidas* por Tuberculose. Três anos após, em 1933, já construído, iniciou as atividades com caráter de ser uma instituição de cunho privado levando o nome de Sanatório de Messejana, oferecendo 20 leitos com uma estrutura hospital-aberto, sem dispor de muros ao redor, como observamos nas figuras abaixo.

Figura 10 – Sanatório de Messejana (década de 1930)



Fonte: Acervo do blog Fortaleza Ordinária (2019).

As *peessoas tuberculosas* assim chamadas na época, eram afastadas - porque não dizer retiradas - do convívio social, enclausuradas ao sistema de internação senatorial. A doença, como podemos averiguar era atravessada por um profundo estigma, de âmbito higienista sob forte segregação pautada, inclusive, na exclusão das classes. Nos leva a desdobrar aos rebatimentos referentes à distinção entre as classes econômicas, especialmente, àquelas não possuidoras do acesso ao poder aquisitivo de custear a saúde privada no modelo senatorial, no período.

Ora, se tomarmos por base os estudos realizados por Foucault (1985) sobre o nascimento do hospital, claramente respondem que antes do século XVIII, essencialmente o hospital era condicionado enquanto instituição de assistência aos pobres, como de separação e exclusão. Inicialmente não foram construídos e idealizados como equipamento de saúde direcionados para os desenhos de atenção contempladores a todas às camadas da sociedade. Denotava-se um papel social enviesado de exclusão, “na época, o hospital era um morredouro, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população”. (FOUCAULT, 1985, p. 102). Espaço característico de um lugar de internamento para os ‘doentes, loucos, devassos’ e no papel de regulamentador, inspetor com a finalidade de pôr em quarentena os ‘pobres internados’, a fim de não suscitem uma ‘desordem social’. A prática no enfoque do adoecimento, fortalecida pela ausência da ação do Estado, pautada na ideia de combater o ‘doente, a doença’, às sequelas negativas para purificar os efeitos da possível ‘desordem social’ que a doença ameaçava, Foucault (1985).

A constituição da medicina, da ciência, tanto aos quesitos de expansão dos estudos abrangentes na área, quanto ao esgotamento de produção de insumos, terapias e intervenções medicamentosas/cirúrgicas específicas a algumas doenças da época, como, por exemplo, a Tuberculose, precisam ser levados em consideração. Há de se afirmar a existência da restrição e do limite de atuação das profissões no campo da produção de conhecimento a cada tempo. É um dos primeiros passos para abertura de tomar o propósito um novo contexto de saúde deslocado da doença, delineado na complexidade de fomentar um pensamento crítico ao reconhecer a problemática centralizada na perspectiva da doença, das *enfermidades*.

De tal modo, tem de ser questionada o lugar da saúde, o lugar dela nos espaços hospitalares e o papel destas instituições, pois ao atrelar os estigmas sociais ao entorno das doenças, potencializava a Tuberculose, por exemplo, enquanto uma doença a ser considerada de tratamento nos motes senatoriais em busca da ‘cura da doença’. Vejamos as contribuições de Miranda e Costa (2018) acerca deste paradigma: “os hospitais eram abertos a todas a mazelas

humanas, exceto aquelas como lepra e sífilis, cujas vítimas tinham prédios específicos para abriga-las” (MIRANDA; COSTA, 2018, p. 22), assim, seguia o curso na Tuberculose.

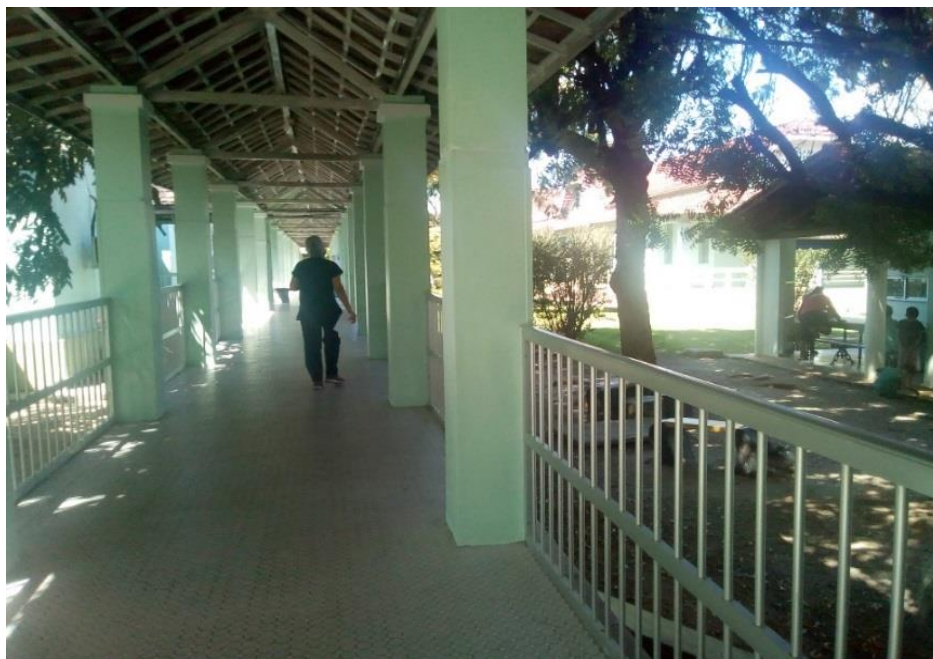
O médico devia observar o doente, a doença para descobrir o momento em que a crise apareceria. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. Nesta luta o médico desempenhava o papel de prognosticador, árbitro e contra a doença (FOUCAULT, 1985, p. 102).

Rosa (2006) critica a arqueologia que a medicina e a ciência adquiriram em sua história, na emergência do reordenamento do modelo médico-assistencial hegemônico, em especial, nas instituições hospitalares. Sobre tal colóquio, Amoretti explana “o modelo hospitalocêntrico da saúde afirmou com uma nova lógica o poder institucional dos médicos, fortemente ancorado no conhecimento especializado” (AMORETTI, 2005, p. 139), com enfoque no controle dos processos rígidos/inflexíveis, na tomada do sujeito mutilado em partes, no processo de coisificação e na descontextualizando de sua história e das relações sociais a ele envolvidas. O sujeito no paradigma da racionalidade multilateral, o *ser adoecido*. A doença é não é o sujeito, e muito menos definidora dele, é preciso veementemente ser levando em conta o que parafraseia a professora Annatália: eu sou o “José, a Maria, a Luíza”.

Recordo⁸⁵, quando comecei a identificar o quão importante compreender os aspectos históricos, os quais levam até hoje aquele lugar inúmeras pessoas (trabalhadores/as da instituição, usuários/as-pacientes, pesquisadores/as, estudantes, vendedores/as ambulantes ao entorno do hospital, profissionais da comunicação social - jornalistas etc.), percebi o quanto importante era conhecer o porquê daquela localização do HM, como também as razões da estrutura arquitetônica atual. As salas, enfermarias sempre espaçosas, sem portas nas entradas, longos corredores abertos, uma vasta arborização por todo hospital, possuindo até mesmo um mangue. Essas características me trouxeram muitas inquietações e me fizeram questionar a pensar sobre a origem, a história que deu origem a outras histórias.

⁸⁵ Utilizamos a primeira pessoa do singular por se tratar das percepções experimentadas pela pesquisadora.

Figura 11 – Corredor I / Hospital da Messejana.



Fonte: Capturada pelas próprias pesquisadoras (2019).

Ao ser questionado em diálogos informais a alguns/algumas profissionais se conheciam a história do hospital que trabalham, apenas três remeteram ser um hospital para “no início tratar tuberculose”, “tratamento de tuberculose”, entretanto, desconheciam o contexto geral. Ao indagar mais uma pergunta, sobre o por que da arquitetura seguir tão aberta, espaçosa, larga e não nos moldes das edificações contemporâneas mais fechadas, bem como, a como a localização ser em Messejana, também desconhecem os motivos. Inclusive, na oportunidade também informalmente conversar com alguns/algumas usuários/as-pacientes e acompanhantes, as mesmas perguntas foram feitas. As respostas revelaram não ser de conhecimento deles/as.

Fato interessante, uma vez que muitos/as passam semanas, meses, vão e vêm por anos até, constituem vínculos, uma relação com a instituição e os agentes dela, assim, como os agentes profissionais do hospital. Reçamos aí, o que já dissertado acerca do papel do hospital. Será este transformado de maneira permanente em uma máquina de produção de cura biológica? A história de cada uma dessas pessoas ao encontro daquele lugar, recaem como? Ficam em qual plano? Existe possibilidade de se pensar uma estrutura hospitalar, galgada fora do paradigma do pensamento idealizado na gênese da construção vista a perspectiva de saúde contemporânea? Ou esse espaço ainda por si só sustenta a inflexibilidade da abertura a novos conceitos?

Figura 12 – Enfermaria I / Hospital da Messejana.



Fonte: Capturada pelas próprias pesquisadoras (2019).

Figura 13 – Corredor II / Enfermaria II - Hospital da Messejana.



Fonte: Capturada pelas próprias pesquisadoras (2019).

Figura 14 – Corredor III / Enfermaria III - Hospital da Messejana.



Fonte: Capturada pelas próprias pesquisadoras (2019).

Como forma da pesquisa contribuir não apenas com o caráter acadêmico, mas de cunho social, refizemos uma das partes do percurso histórico que levaram o Sanatório de Messejana ao atual Hospital de Messejana, Hospital do Coração. A instituição surgiu como sanatório, no período do governo de Getúlio Vargas. Como já discutido, a saúde era elevada ao patamar de responsabilização do próprio sujeito, sobretudo, dos/as trabalhadores/as formalizados/as. No estado do Ceará, o Hospital Santa Casa de Misericórdia era uma das poucas instituições filantrópicas, oferecedoras de serviços de atenção à saúde. Só no ano de 1928, o Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) foi inaugurado e iniciou suas atividades a partir de uma ala das enfermarias da Santa Casa. Contudo, na maioria limitava-se aos atendimentos tidos como não epidêmicos, portanto, pessoas acometidas pela Tuberculose, na época, estavam a mercê da filantropização ou exerciam o poder de compra para tratamento no Sanatório de Messejana, o único *especializado* no período.

Assim, continuou até os sete primeiros anos de atuação, quando em 1940, entrou em crise econômica e fora comprado pelo Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC), caracterizando-se enquanto um sanatório público conduzido de acordo com rol dos modelos hospitalares do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1970, passou a ser destinado às doenças torácicas integrando o atendimento em pneumologia e cardíaco, inaugurando o serviço de cardiologia e desde os anos de 1990 passou a integrar a rede dos hospitais próprios da SESA.

Hoje em dia, a instituição leva o nome de um dos diretores, sucedendo a nomeação de Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Continua situado na zona sudeste do município de Fortaleza, na Regional VI - a maior entre todas as demais - com 541.160 habitantes⁸⁶ de acordo com o censo de 2010.

Figura 15 – Distribuição população Fortaleza por Região Administrativa e sexo, 2010

Região Administrativa	Sexo					
	Total	%	Masculino	%	Feminino	%
Regional I	363.912	14,8	170.553	46,9	193.359	53,1
Regional II e VII	363.406	14,8	164.461	45,3	198.945	54,7
Regional III	360.551	14,7	167.557	46,5	192.994	53,5
Regional IV	281.645	11,5	128.202	45,5	153.443	54,5
Regional V	541.511	22,1	259.409	47,9	282.102	52,1
Regional VI	541.160	22,1	257.736	47,6	283.424	52,4
Fortaleza	2.452.185	100,0	1.147.918	46,8	1.304.267	53,2

Fonte: Censo 2010. IBGE / Informe IPECE.

A Regional dispõe de um vasto complexo de serviços de saúde pública distribuído em Unidades de Atenção Primárias (UBS), três instituições municipais hospitalares: Distrital Edmilson Barros de Oliveira (Frotinha de Messejana), Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (Gonzaguinha), um Centro Especializado de Odontologia (CEO), três unidades hospitalares estaduais: Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (Hospital Mental), Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara e o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (Hospital da Messejana ou Hospital do Coração) destacado na figura 17 e por último, o SVO (Serviço de Verificação de Óbito) que fica atrás do HM.

⁸⁶ A estimativa de habitantes em Fortaleza atualizado de acordo com o estudo do IBGE é de 2.643.247 (IBGE/2018).

Figura 17 – Entrada principal do Hospital de Messejana.



Fonte: Capturada pelas próprias pesquisadoras (2019).

Na área de ensino e pesquisa vem difundindo o conhecimento científico, desenvolvimento tecnológico e de formação profissional no campo da saúde cardiopulmonar. É um dos hospitais-escola da rede SESA. Possui duas modalidades principais de Residências, a Multiprofissional e a Médica, atuantes na especialidade de Cardiopneumologia adulta e pediátrica. Ao se tratar da Residência Profissional em Saúde, na modalidade da RMS, a instituição recebeu e implementou a primeira turma da RIS/ESP-CE em 2014. São em 2020, trinta e seis profissionais-residentes, dezoito no primeiro ano de Residência (R1), os demais, no segundo (R2). Junto à ESP, o HM formou 90 profissionais-residentes especialistas na ênfase Cardiopneumologia, entre as categorias: Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Odontologia.

Em 2020, o HM encontrava-se na turma VI (2020-2022) da RIS hospitalar, com 36 residentes distribuídos/as equipes multiprofissionais, um/uma de cada categoria (ao todo, nove categorias anteriormente descritas na figura 9). Além destes/as, o quadro de trabalhadores/as envolvidos/as no Programa organiza-se em 55 profissionais do corpo docente-assistencial do HM: coordenação de ênfase, preceptores/as de núcleo, preceptores/as de campo, orientadores/as de serviço, além dos/as outros/as profissionais contratados/as da instituição, que se envolvem direta e/ou indiretamente.

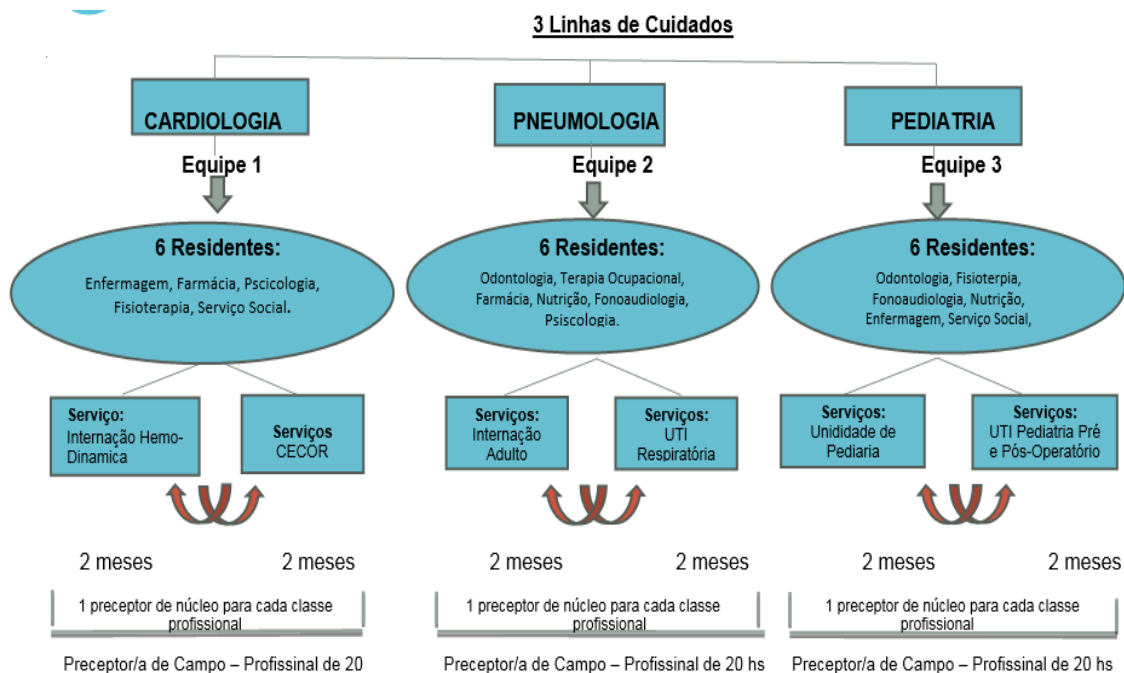
7.2 Atuação da Residência Integrada em Saúde (RIS/ESP-CE), na modalidade Multiprofissional – Ênfase Cardiopneumologia, perante à Educação Permanente dos/as trabalhadores/as lotados/as no Hospital de Messejana

Apresentamos como a RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, atua no Hospital Messejana. Logicamente não esgotamos nesse espaço de tempo a discussão abrangente das formas de Educação Permanente da RIS/ESP-CE no HM. Apontamos os principais pontos identificados ao longo da imersão de campo, desvelados no processo de formação dos/as trabalhadores/as lotados/as no HM. Um projeto formativo desvinculado da especialização do trabalho repercutido ao fadado modelo tradicional diretivo focado em conteúdo, sob perspectiva apenas de ser uma educação bancária ao introduz ao/a aluno/a uma matriz curricular, sem que este/a possa desenvolver as análises vinculadas a partir do próprio contexto de experiência do campo da prática profissional.

De agora em diante, afunilamos as perguntas norteadoras da pesquisa. Foram elas as orientadoras do percurso de investigação. A elas, lançamos a seguinte interrogação: É possível por intermédio da aplicação dos quatro eixos, a Residência Multiprofissional do HM alcançar o patamar da saúde imbricado no ordenamento da clínica ampliada? De qual maneira a vivência da RMS no HM reformula os processos de ensino-aprendizagem, problematizando as práticas já postas? Elas influenciam no compartilhamento dos saberes histórica e processualmente instalados ao campo da medicina, ou o *status quo* dela, ainda vem sendo perpetuando? É de responsabilidade da RMS fomentar processos desencadeadores de uma possível ruptura? Vejamos o que os dados surgidos em campo dialogados com o referencial teórico, nos revela acerca de tais indagações.

Iniciamos apresentando os cenários de prática de aprendizagens da Residência Multiprofissional em Cardiopneumologia, no HM, divididos e concentrados em três grandes linhas centrais de cuidado: Pneumologia, Cardiologia e Pediatria. São diversos sujeitos interagindo por todos esses serviços, a Residência Médica, a Multiprofissional, estudantes de graduação, profissionais-residentes, profissionais-docentes (preceptores/as de campo, de núcleo, orientador/a de serviço), gestores/as, profissionais envolvidos/as direta ou indiretamente à RMS, usuários/as-pacientes e acompanhantes, etc. Demonstramos a seguir, como os/as profissionais-residentes são inseridos/as nas três linhas centrais de cuidado do HM.

Figura 18 – Cenário das Linhas de Cuidado da RMS do HM - I



Fonte: Base documental da RMS - HM, acessada em 2019. Editado pelas autoras para assegurar o sigilo profissional, (2020).

Cada uma das linhas de cuidado acima são alguns dos serviços de assistência especializada à saúde oferecidos no Hospital de Messejana. São alguns dos espaços, cujas estratégias políticas-pedagógicas da Residência acontecem. Os profissionais-residentes Multiprofissionais R1 (primeiro ano de Residência) e R2 (segundo ano), ao todo 36, organizados em equipes. Aqui, já lançamos o indicativo que nos foi identificado no campo. Caberia ao HM desenvolver um Programa de Residência Multiprofissional específico para cada um desses serviços, visto a complexidade dos processos de trabalho e produção de saúde envolvidos em cada um deles. Ou seja, uma RMS em Cardiologia, uma segunda em Pneumologia, uma terceira em Cardiopediatria e outra RMS em Emergência. Esta última, já foi rodízio de atuação da RMS, todavia, por conta da carência de recursos de corpo docente-assistencial, foi extinta do percurso. A cada novo Programa, impreterivelmente exigiria o envolvimento de novos/as Coordenadores/as de Programa/ênfase, preceptores/as, profissionais-residentes, etc.

Aqui, no hospital, por ser tão grande, extenso e larga escala, a Residência Multiprofissional não alcança todos os serviços. Ainda, ficam muitos setores descobertos. Teria que ter outras Residências. Pretendo futuramente escrever um projeto de Residência em Transplante Cardíaco. (Preceptor/a de Núcleo - 08).

Fizemos o levantamento no site institucional do HM, indentificando existir mais de um Programa de Residência Médica, são eles: Residência em Cardiologia; Ecocardiograma;

Hemodinâmica, Cardiologia Intervencionista; Pneumologia; Cardiovascular a Residência Médica em Torácia. Enquanto, a RMS, tem apenas uma, a da RIS/ESP-CE.

O nosso hospital caberia muitas outras Residências. Temos vários setores, várias especificidades do hospital que mereciam o ingresso da Residência. Uma Residência para cada serviço. Tem preceptores que me pedem, mas não tenho preceptor suficiente nem mesmo para a que temos. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

É possível compreender os desdobramentos produzidos a partir da presença da RMS nos setores e linhas de cuidados. Identificou-se a partir daí, a necessidade de profissionais habilitados/as ocuparem cada linha especializada. É um dos frutos demarcadores da trajetória da política no hospital, ou seja, do(s) percurso(s) dela na instituição. A concepção da política, o(s) percurso(s), deslocamento(s) podem inferir na alteração dos objetivos macros e micros do PPP da RIS/ESP-CE ao chegar onde a RMS em Pneumologia atua, ou seja, no HM. Por isso, também a importância de saber como é ou não percebida/absorvida na instituição. Qual inclinação de concepção institucional por parte dos agentes delas, sejam, gestores/as, usuários/as-paciente, profissionais envolvidos/as direta ou diretamente à RMS, gestam sobre o que seria um projeto ideal de uma RMS e o que realmente é.

É aquela história: o que é isso? E vão fazer o que? Foi aquele alvoroço. Ouvia muito dizer: e vai ter a Residência Multiprofissional? Não já tem a Residência Médica? São as profissões que eles dizem assim: os outros... Os discursos são bonitos, mas a gente sabe como é. As falas eram: você veio para trabalhar, então seja bom, estude mostre para o que você veio. (Preceptor/a de Campo - 01).

Já tem um sentimento institucional. Os setores chamam Residentes. Às vezes, é difícil, raro, mas, acontece de alguns profissionais me pedirem que alguma equipe rodizie por lá ou dê assistência de algumas delas. Aí, vai uma dentista, que chama Terapeuta Ocupacional, a Fisioterapeuta. Quando percebem, já está toda a equipe envolvida no setor. A concretização disso só vou multiplicar ou consolidar a alguns anos ainda a seguir, pra frente. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

Hoje, acho que esse entendimento já está um pouco melhor. A Residência é conhecida, percebida, recebida. Já consegue ser vista, mas acredito pra ela se institucionalizar, a gente precisa se movimentar mais pra ela ser vista da mesma forma que a Residência Médica. (Orientador/a de Serviço - 01).

Em alguns setores, a gente precisa mostrar pra que veio. Em outros tem uma valorização muito grande da Residência e tem até uma cobrança de permanecer. Por exemplo, às vezes, a gente nota que uma equipe tem tal profissional e outra não tem. As próprias pessoas da unidade notam porque não tem. Pedem a importância de formar equipes completas, de não deixar descobertas. E isso foi uma conquista aos poucos. Já foram cinco turmas. Quando a gente conversa com quem foi da primeira turma, a gente já ver uma mudança de como elas foram recebidas e como nós fomos. (Profissional-residente - 06).

Depende muito da categoria profissional. Na minha, a Residência ganhou muito espaço e tem sido muito valorizada. Sei que têm algumas que não. (Profissional-residente - 04).

Não está institucionalizada. Na sua grande maioria, os profissionais conhecem, mas nos espaços que não tem Residência, ela não é valorizada. As pessoas não conhecem. (Preceptor/a de Núcleo - 07).

Já mudou bastante, depende do Diretor. Alguns já foram Residentes ou conhecem a Residência dos setores, então ele já foi contaminado. Eu não sei como ele pensa sobre a Residência, mas acredito que seja bom. (Preceptor/a de Núcleo - 08).

Os gestores maiores não estão tão envolvidos na questão da Residência. No início, eu vi uma resistência muito grande, principalmente, por parte de alguns gestores. Depois de um tempo, os Residentes passaram a ser conhecidos, os médicos conhecem, sabem que têm Residentes. A gente integra o grupo dentro da equipe. A institucionalização aqui, a gente conseguiu consolidar a Residência Multiprofissional. (Preceptor/a de Campo - 03).

As falas demonstram ser consenso... É imprescindível suscitar abordagens a fim de escamotear um maior e melhor entendimento do que é a RMS na instituição. Principalmente, por ser uma instituição com muitos anos de Residência Médica, portanto, toda sua experiência com Residências em Saúde ser concentrada ao rígido modelo médico-assistencial. Com a imersão de um novo formato de Residência, a proposta é o de repensar os mesmos espaços de produção de saúde, considerando o tensionamento entre as várias correlações de forças. Daí, a importância dos/as profissionais precisarem compreender qual o papel da Residência, inclusive, qual é o papel da Residência da ênfase de Cardiopneumologia, no Hospital de Messejana.

Como já discutido, a presença da política na instituição, não é recurso suficiente para a aderência dela em suas estruturas. Douglas (1998, p. 57) concatena a nossa análise, aglutinando sua reflexão, no nexos de que “no mínimo uma instituição não passa de uma convenção”, e por sua vez, formada por diversos agentes. Todavia, a instituição não pode ser isenta, considerando o poder de legitimar o que Douglas (1998) advoga por um conjunto de ideias que adquirem sua validade. É pertinente reconhecer as correlações de forças, ora disputadas, ora conquistadas, ora perdidas, ora aglutinada por objetivos fins comuns e incomuns por parte dos agentes, portanto, precisam de um grau de “cooperação para que operam com que uma situação continue existindo” (DOUGLAS, 1998, p. 44).

A RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia vem se desenvolvendo desde 2014, no HM, conquistando aos poucos os espaços de maneira processual e gradual, contudo, muitos/as profissionais ainda desconheciam a RMS.

Teve uma evolução. Nos primeiros anos, houve estranhamento como receber os Residentes. Eram tratados como estagiários, alguns como profissionais. Houve muita repercussão com os outros profissionais “não Residentes Multiprofissionais”. O primeiro ano foi o mais difícil, mas no segundo ano, o hospital ganhou uma Residência, ganha em parcerias, em dividir. Mas, acredito que em algumas unidades ainda é muito conflituosa a relação, ainda é difícil. Pela característica do hospital abraçar a Residência, elege pessoas, dar uma contrapartida, faz com que ocorra, a Residência foi ganhando espaço. (Preceptor/a de Campo - 03).

Agora a Residência já está mais integrada. É uma construção. A tendência é que cada vez se incorpore mais, fazendo mais presente. (Preceptor/a de Campo - 02).

Tem um espaço que foi sendo conquistado, mas que hoje é bem reconhecido. Mas é de categoria para categoria. (Profissional-residente - 05).

As primeiras turmas da Residência Multiprofissional, foram as pioneiras em aflorar a compreensão dos preceitos macros e micros da RIS referente à Residência em Área Profissional da Saúde, na qual não é atinente a formação da Residência Médica - já estabelecida na instituição -. Uma especialização do trabalho pelo trabalho, no formato de ensino em serviço, convergida por profissionais em formação, tanto os/as discentes, quanto os/as docentes. Estes são os paradigmas e desafios indispensáveis aos agentes institucionais, os quais elevariam o patamar do entendimento a partir das lentes de uma RMS.

Tem profissional aqui que não entende muito bem que é a gente (*Residente*) é um profissional que é do serviço (*HM*), que é da ESP. Precisam entender de tudo, de detalhes pra poder seguir com cada coisa, porque não é o Residente num é só um profissional que tá no serviço. É um profissional do serviço que estuda, que pesquisa. E também falta da gente, talvez, mostrar mais resultados. (Grifos nossos). (Profissional-residente - 01).

Tem algumas categorias (nível médico, técnico) que não sabem o que é a Residência, mas quando não sabem e me perguntam, eu explico. Digo que não estou só estudando e nem trabalhando. Em um setor, me perguntaram se eu estava ali pra pegar rotina, eu disse que não, que era também profissional. (Profissional-residente - 04).

Os profissionais ainda precisam entender muito sobre a Residência, porque fica muito a briga, o Residente é aluno ou trabalhador, o que esse menino vai tanto aprender nessas rodas? Ainda tem muito chão pra correr. (Profissional-residente - 05).

A inserção da RMS, de certa maneira, imprime expressa reorganização da produção do conhecimento, o repensar sobre um novo agir do trabalho já executado. Nem que seja ao menos, uma mínima intenção de questionar o lugar e o papel desempenhados no ato do serviço. Alguns/algumas profissionais sentem-se ameaçado/as, vigiados/as no seu fazer profissional.

Tiveram profissionais que não queriam porque assusta. Profissionais estagnados, que tá há muito tempo sem estudar, que está no trabalho mecânico. Acho que tiveram medo com a turma jovem, com um pessoal mais capacitado. Uma parte não aceitou muito bem, muitos até não aceitaram, nem mesmo estagiários: “esses estagiários estão vindo e vão avaliar o meu trabalho”. Vejo um lado de profissionais, que acharam muito bom, que se colocaram a ser preceptor mesmo sem incentivo, acharam que era uma oportunidade de atualizar nosso trabalho, reorganizar a instituição. A Residência vem para reorganizar, fazer uma nova roupagem para que o andamento seja diferenciado. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

Em dado momento, os/as profissionais já imersos na instituição avaliaram poder haver fragilidades, deficiências nas práticas e conhecimentos profissionais, que agora, podem ser identificáveis por outros/as profissionais (Residentes) já formados/as, alguns/algumas nas mesmas categorias de graduação. Há a evidente inquietação, pois este/esta profissional -

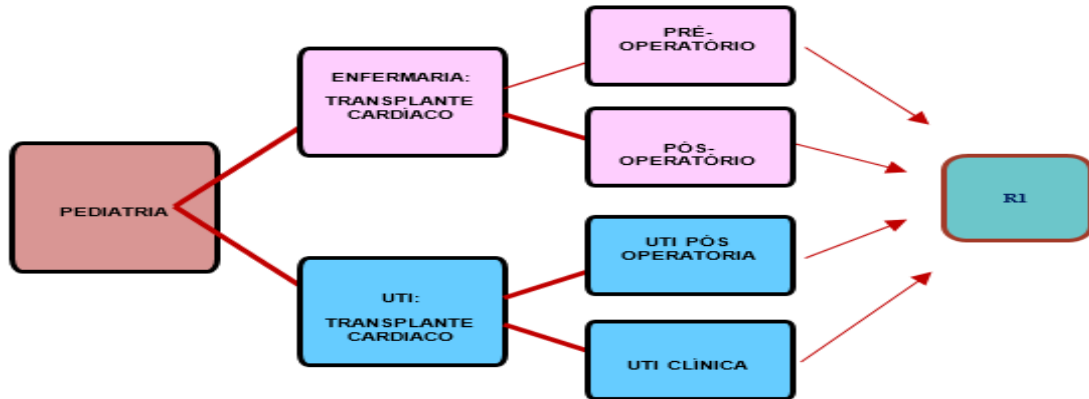
imerso/a à instituição -, depreende ser necessária a reavaliação do seu trabalho. A dinâmica dos próprios processos sociais, impõe a reavaliação dos conhecimentos das ações do trabalho no/da saúde. Os processos que envolvem a vida, a saúde mudam-se gelatinosamente. Não há como escapar. “As mudanças na formação dos profissionais de saúde passam pela construção de competências, tendo em vista as transformações ocorridas no setor Saúde e no mundo do trabalho” (MS, 2006, p. 20).

Com a chegada da RIS, o exercício do trabalho é transportado por uma nova interface. Aqui, já podemos conceder a seguinte afirmação: é uma das questões potenciais da Residência, o qual encobre ao/a profissional mobilizar – mediante sua própria intenção ou imputada com a chegada da RMS – reflexão acerca dos processos de trabalho. Se essa reflexão será incorporada ou não ao cotidiano profissional, dependerá de inúmeras variáveis. Vejamos nas próximas seções, como o percurso e o desenho da RIS/ESP-CE em Cardiopneumologia ganha corpo no HM.

7.3 A experimentação da RIS/ESP-CE, modalidade Multiprofissional – Ênfase Cardiopneumologia, no Hospital de Messejana

Esta seção tem como objetivo discutir a formação da RIS/ESP-CE, modalidade Multiprofissional – Ênfase Cardiopneumologia, no Hospital de Messejana. No subcapítulo anterior, indicamos que a RMS imerge às três principais de linhas de cuidado no HM: Cardiologia, Pneumologia e Pediatria. Serviços onde acontecem os rodízios das equipes de profissionais-residentes Multiprofissionais. Agora no atual subcapítulo, veremos os setores onde são lotados/as e como as proposições pedagógicas da Residência chegam aos Serviços, nos cenários de prática e de aprendizagens. Trouxemos o exemplo do Serviço de Pediatria (Transplante Cardíaco Pediátrico). Uma das seis equipes, rodizia nos setores da internação pré e pós-operatórios e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Figura 19 – Cenário das Linhas de Cuidado da RMS do HM – II.



Fonte: Base documental da Residência Multiprofissional do HM, acessada em 2019. Editado e adaptado pelas autoras (2020).

Os rodízios das equipes da RIS/ESP-CE são orientados por ações estratégicas pedagógicas de vivência do/a profissional-residente nos cenários de aprendizagens. As equipes seguem uma agenda de trabalho, que no HM possui a nomenclatura de Semana Padrão. As atividades são construídas seguidas das orientações dos Módulos (Transversal: Comum a todos os Programas da RIS, tanto para o Componente Comunitário, quanto o Hospitalar; Módulos Específicos: Direcionado ao Componente Comunitário e outro ao Hospitalar) lançados pela IES, a RIS/ESP-CE. A partir dos estudos documentais e das atividades acompanhadas durante a imersão ao campo na RIS, na ESP-CE e no HM, elaboramos a sistematização de como as atividades são disparadas a partir da IES até a aplicação delas no contexto do cenário prático das linhas de cuidado, cujo imergem os/as profissionais-residentes:

Módulo orientado por uma temática transversal disparado pelo corpo docente-estruturante RIS/ESP-CE direcionado concomitante aos componentes Comunitário e Hospitalar.

↳ Módulo disparado pelo corpo docente-estruturante RIS/ESP-CE, com temáticas específicas ao Componente Hospitalar, direcionando a todas as ênfases hospitalares e a todos os núcleos profissionais.

↳ Módulo orientado por uma temática transversal da ênfase de Cardiopneumologia disparado pelo corpo docente-assistencial do HM, direcionado as turmas de R1 e R2.

↳ Agenda transversal Semana Padrão (Mensal), disparada pelo corpo docente-assistencial do HM, direcionada as turmas de R1 e R2.

Construção das atividades concentradas a cada linha de cuidado. Elaboração entre os/as preceptores/as de núcleo/campo e os/as profissionais-residentes. Cada uma das seis equipes elabora uma agenda padrão, de acordo com o serviço/linha de cuidado que está rodiziando.

↳ Construção das atividades especificamente por núcleo (cada categoria profissional). Cada núcleo elabora ações concernentes à categoria, para aplicação nas linhas de cuidados (cenários de aprendizagens. O núcleo é o próprio responsável por desenvolver a construção e organização das atividades.

↳ Aplicação das atividades nos cenários de aprendizagens (linhas de cuidado).

A concepção de Residência da RIS/ESP-CE é gestada em construir parceria entre a IES e as instituições hospitalares executoras dos cenários prático e teórico prático. De tal maneira, as unidades hospitalares possuem autonomia de construir seu módulo específico de acordo com a especialização de saúde, as ações e necessidades lócus de saúde locorregionais. O contraponto, pode ser cair na armadilha módulo pedagógico voltado às ações no formato engessada da saúde tradicional, hospitalocêntrica. Por isso, a importância da IES e das instituições parceiras caminharem juntas sistematicamente, mantendo diálogo frequente.

Abaixo, vejamos qual proposta de matriz curricular pedagógica constitui a formação da RIS/ESP-CE. É uma matriz correspondente aos dois anos de Residência, voltada para os componentes da Comunitária e Hospitalar. A matriz é concebida por módulos transversais a todos/as profissionais-residentes de todas as áreas (Comunitária e Hospitalar). Além dela, há os módulos específicos, um direcionado à Comunitária e outro direcionado à todas as instituições hospitalares parceiras da RIS/ESP-CE.

Quadro 7 – Matriz Curricular - Módulos Transversais (Componentes Comunitário e Hospitalar) e Módulos Específicos ao Componente Hospitalar da RIS/ESP-CE / Turma V (2018-2020).

MÓDULOS TRANSVERSAIS (DIRECIONADOS AOS COMPONENTES COMUNITÁRIO E HOSPITALAR)	MÓDULOS ESPECÍFICOS AO COMPONENTE HOSPITALAR
1- Território e Saúde	1- Ética profissional no contexto hospitalar
2- Colaboração Interprofissional e Processo de Trabalho na Saúde	2- Vigilância e Epidemiologia em âmbito Hospitalar
3- Vigilância em Saúde I	3- Saúde do Trabalhador no contexto Hospitalar
4- Vigilância em Saúde II	4- Bioestatística
5- Bioética	5- Gestão da Qualidade
6- Integralidade, Intersetorialidade, Redes de Atenção e Linhas de Cuidados	6- Menção ao Outubro Rosa
7- Construção do Conhecimento I - Como Elaborar Projeto de Pesquisa	7- Humanização do Cuidado no Ambiente Hospitalar
8- Construção do Conhecimento II – Seminário de Qualificação dos Objetos de investigação	
9- Construção do Conhecimento III – Metodologia do Trabalho Científico	
10- Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde	
11- Construção do Conhecimento IV – Redação do Artigo Final	
12- Construção do Conhecimento V – Seminário de Qualificação de Pré-banca	
13- Equidade e Direitos Humanos	

Fonte: Base documental da RIS/ESP-CE e dos arquivos da Residência Multiprofissional em Cardiopneumologia, no HM, acessada em 2019. Editado e adaptado pelas autoras pelas autoras (2020).

Os módulos disparados têm de valorizar além do horizonte da perspectiva da saúde ampliada, a consonância das adequações referentes à questão saúde de cada hospital. Considerar

como aparecem as expressões sócio-epidemiológicas em cada instituição, oferecendo pedagogicamente proposições peculiares partindo do princípio da especialização de cada área de produção de saúde. Os/as interlocutores/as relataram que a matriz pedagógica curricular da RIS ainda é muito voltada ao Componente Comunitário. Acreditam, precisar adapta-la à realidade local do cenário da RIS no HM:

A matriz é a mesma que a da Comunitária. Foi aberto o projeto com características do hospital, mas a matriz pedagógica era única. Não pode ser assim. Cada hospital tem a sua especificidade, seu seguimento. Esse conteúdo tem que ser melhorado. Muitas vezes dá certo, muitas vezes, não. Temos que mudar e é uma exigência dos próprios Residentes. Dar um direcionamento melhor para a hospitalar, com protocolos, metodologias da ESP, mas, também das especificidades, onde agreguem melhor nossos Residentes das hospitalares. Por mais que o projeto tenha o mesmo alinhamento, o mesmo seguimento metodológico e pedagógico, quando você entra em cada hospital, a oferta é diferente, a condução, embora, siga o mesmo projeto. Cada um tem um perfil. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

A ESP queria instalar a (*Residência*) Comunitária dentro da hospitalar, aqui não dá muito certo. Aliás, não dá é certo. São outros pacientes. (Grifos nossos). (Profissional-residente - 02).

Uma falha que eu vejo na RIS, são os módulos muito focados na Comunitária. Falta um pouco de olhar para a Hospitalar. Acho que a corrente é comunitária porque tem muita gente na RIS que é da Comunitária, então, puxam mais. Tem até conteúdos, que acho que seriam interesses até os Residentes da Comunitária, deveriam ver as mesmas coisas que a gente, mas nem a gente mesmo às vezes vê. (Profissional-residente - 03).

A ênfase do modelo comunitário na ESP é muito forte. Tiveram algumas atividades, tivemos dificuldades pra trazer para o nosso contexto. Era tudo voltado para a comunitária, por exemplo, algumas atividades pediam muitos dados de território e a gente não tinha como pegar esses dados. A gente foi se colocando em relação a isso, e tem mudado. (Profissional-Residente - 01).

Um profissional recém-formado que está rodiziando na UTI e está entrando na Residência, na ESP está vendo temas transversais, temas de matriciamento, humanização, controle social... Sobre políticas generalistas, mas não tinha temas específicos. Temas mais concretos que você precisava saber para atender o paciente assistencialmente. (Preceptor/a de Campo - 09).

Na concepção de alguns/algumas dos/as entrevistados/as, muitos dos conteúdos da matriz curricular pedagógica da RIS não são característicos das práticas de saúde hospitalares. Ainda, sim, não é uma concepção geral por parte de todo o grupo. No Brasil, a organização dos serviços em saúde hospitalares é reconhecidamente definida como Alta Complexidade⁸⁸.

⁸⁸ No contexto do SUS, o serviço de Alta Complexidade define-se por envolver tecnologias e procedimentos de alto custo. Estes devem ser integrados aos demais níveis de atenção à saúde: primário e secundário. Contudo, precisamos refletir como vem acontecendo ou não o diálogo entre a própria RAS (Rede de Atenção à Saúde), entre os próprios níveis de saúde. Como os/as profissionais compreendem, refletem sobre suas práticas no sentindo do cuidado perpassar - ou assim pelo menos deveria - na complementação do somatório das diferentes ações de saúde articuladas aos três níveis. Ora, um/a usuário/a-paciente em um acompanhamento cardiopneumológico, por exemplo, realiza uma cirurgia no hospital, ao sair de alta, deverá continuar ser

Cecílio e Merhy (2003) destacam, a forma mais tradicional de se pensar o hospital no sistema de saúde, se referência em determinadas situações como de maior complexidade ou gravidade, uma vez que, é concebido enquanto uma instituição oferecedora de assistência à saúde, consumidora das intervenções tecnológicas⁸⁹ e da racionalização das práticas hospitalares na absorção de mecanismos para um maior prolongamento da vida.

A gente, Residentes da hospitalar se sente mais inteligentes, superiores. Têm colegas que chegam a dizer que os residentes da comunitária não podem ser chamados de residentes. A Residência comunitária não pode nem ser chamada de Residência. Nós mesmo temos o pensamento hospitalocêntrico. É o pensamento biomédico. A ESP foca na questão holística. Nós que estamos no hospital acaba ficando muito técnico e desmerecendo o Projeto Pedagógico. A equipe de Residência da Comunitária faz um boa Residência, que complementa os serviços. (Profissional-Residente - 05).

Tem Residente que chega na Residência sem o mínimo de olhar holístico da saúde. É um profissional técnico. Gosta da técnica. Esse Residente tem dificuldade em olhar o paciente de maneira completa. Deixa de participar das atividades teóricas para ficar na assistência. (Preceptor/a de Campo - 05)

A parte transversal da RIS incomoda muito a hospitalar, que se sente muito superior a atenção básica. A gente Residentes da hospitalar se sente mais inteligentes, superior. Têm colegas que chegam a dizer que os Residentes da hospitalar não podem ser chamados de Residentes. A Residência comunitária não pode nem ser chamada de Residência. Nós mesmo temos o pensamento hospitalocêntrico. É o pensamento biomédico. A ESP foca na questão holística. Nós que estamos no hospital acaba ficando muito técnico e desmerecendo o Projeto Pedagógico. A equipe de Residência da Comunitária faz um boa Residência, que complementa os serviços. (Profissional-Residente - 01).

Esse movimento emaranha um circuito piramidal ao perpassar a artificial ideia de que o hospital deve estar no topo central, acima das demais Redes de Atenção à Saúde (RAS). É “algo como se o hospital funcionasse com lógicas instituídas que teimam em escapar dos arranjos mais coletivos”. Cecílio e Merhy (2003, p. 08). Os trechos das próximas falas, validam o dissertado por Cecílio e Merhy:

Na saúde comunitária, a gente trabalha muito a prevenção, faz ações educação em saúde. O que eu não vejo dentro da área hospitalar. O Residente que tá aqui dentro, vem pra prática, vai desenvolver atividades práticas. Eu não vejo a prevenção dentro do trabalho, mostrar as complicações da doença. A gente não trabalha a prevenção do paciente, procuramos melhorar o instalado. Educação em saúde não se faz só na atenção básica e infelizmente muitos profissionais ainda pensam assim. (Preceptor/a de Campo - 02).

acompanhado/a pelo serviço da atenção básica, com concomitância, aos cuidados hospitalares já recebidos. Portanto, obrigatoriamente os serviços e níveis precisariam incorporar o mínimo de diálogo.

⁸⁹ Para Cecílio e Merhy (2003), o trabalho na saúde é organizado pelo uso das Tecnologias Duras, Leves-Duras e Leves. As Tecnologias Duras, são aquelas representadas por equipamentos (aparato tecnológico/máquinas) e procedimentos (estruturas e normas institucionais). As Leves-Duras pautam-se nos saberes clínicos estruturados, os quais organizam o trabalho em saúde (Epidemiologia e a Clínica médica são alguns dos exemplos) e as Tecnologias Leves: espaço intersubjetivo do profissional e do/a usuário/a-paciente (Construção de vínculos, acolhimento, gestão das relações sócio-profissional entre a equipe e a equipe com os/as usuários/as-paciente, familiares, etc.).

É o descompasso muito grande. Tem um investimento grande de ponta nos hospitais, mas na básica não. Vamos dizer que é o que dá lucro. Uma corrida pra se investir o que é de ponta e esquecendo a base. Não se estrutura os três níveis. (Preceptor/a de Núcleo - 01).

O foco do hospital é cuidar da doença. Vamos poder ver como ele está dentro da comunidade? Não temos mais acompanhamento. (Preceptor/a de Núcleo - 07).

A realidade do trabalho integralizado em saúde significa o somatório dos diferentes conjuntos de conhecimentos na oferta dos cuidados em saúde. As próximas falas, nos mostram as experiências da prática do trabalho integralizado convergido no diálogo entre a RAS:

É importante o olhar de humanização nos cuidados, de ver que o paciente não é nosso pra sempre, porque ele vai voltar pra casa e tem várias outras questões... A gente já fica se preocupando. Suplementa o paciente até tal ponto, a partir do momento que a gente sabe que ele tem programação de alta, a gente já vai diminuindo a suplementação, colocando outros elementos que ele vai ter condições de comer em casa, que ele não precisa se preocupar em comprar suplementos. Têm profissionais que não têm isso, não vemos o depois. O que a pessoa vai fazer depois que sair daqui? A gente procura saber se tem acesso ao Posto de Saúde perto de casa, se tem alguém que oriente. A grande diferença é ver o paciente realmente como um todo. Ele vai precisar retomar e saber lidar com outras questões. Não vai vier em função da doença. (Profissional-residente - 03).

É preciso trabalhar a saúde para além da doença. Trabalhamos a saúde quando chega a saúde. É precisa muito educação em saúde. A população está adoecendo cada vez mais por conta das condições de vida e trabalho. Não vejo estratégia de alcançar a população onde ela está, como está morando, comendo, como está vivendo, enquanto a gente estiver trabalhando no âmbito só da instituição. Temos que ter integralidade. O SUS tem que entrar nas casas e não só a população chegar ao serviço. (Orientador/a de Serviço - 01).

Ao/a profissional, que não implementar tais conhecimentos às ações no cotidiano de trabalho, tende a permanecer restrito a um modelo convencional. Esse é um dos grandes desafios a ser superado no processo de trabalho em saúde. Por tais colóquios, reforçamos, que a instituição, os agentes delas, devem reconhecer quais objetivos macros e micros postos no escopo do PPP da Residência e identifiquem como podem experimentá-los no campo do contexto da RMS, no HM, observado o que aqui já fora discutido. Na entrevista perguntamos aos/as nossos/as interlocutores/as se tinham conhecimento, acesso ao PPP da RIS e o próprio do HM. Quase todos/as entrevistados/as responder não ter acesso, conhecimento. Apontamos sete das falas:

Eu não conheço o projeto pedagógico. (Preceptor/a de Núcleo - 07).

Ainda não tive acesso. Desconheço. (Preceptor/a de Campo - 03).

Da Cardiopneumo, não. Da ESP, conheço. Estudamos pra prova. (Profissional-residente - 02).

Já li, mas não lembro. Não vi na integra. Quando a gente chegou (*no HM*), a Coordenação mostrou os tópicos chaves, fez a explanação. O PPP da RIS: li antes da prova e na imersão. (Grifos nosso). (Profissional-residente - 05).

Não temos acesso. É mais sobre o Regimento Interno da RIS: falta, atestado, atrasos... (Profissional-residente - 01).

Os Residentes entram sem saber a própria política pedagógica da ESP. Entra sem acreditar nessa política, do próprio Programa que ele tá entrando... Aí fica, o próprio Residente contra o Programa que faz parte. Eu vejo muita resistência com o projeto. Tem na nossa turma, na anterior, em outras equipes do hospital. (Profissional-residente - 02).

É imprescindível, o corpo docente-assistencial e discente apropriem-se dos marcos legais constitutivos do Programa de Residência no qual atuam. O conhecimento do arcabouço pode auxiliar a tomada de posse de uma melhor compreensão dos preceitos da Residência. O como elaborar as atividades teóricas, políticas e pedagógicas, o como fazer o trabalho em saúde convergentes com as diretrizes da Programa de Residência, bem como, os da política de saúde. Reforçamos tal importância, por ser o corpo docente-assistencial do HM possuidor de autonomia em elaborar a matriz curricular hospitalar resultante das competências profissionais, voltadas à formação na área de especialização em Cardiopneumologia. Mais uma vez, acentuamos, ser necessário caminhar junto ao objetivo fim de promover a formação prática pedagógica, orientada ao aprendizado significativo e ao desenvolvimento das competências técnica-profissional e ético-política:

Tudo da gente começa pela experiência. A nossa Residência é muito nova, começou há pouco tempo. A cada vez que vem um grupo de Residentes, os currículos devem ser reformulados, ver as falhas anteriores, saber o que não deu certo, o que precisa melhorar. O currículo é bom, mas tem de ser renovado a cada tempo... até mesmo porque a dinâmica da gente é muito rápida, então, têm que ir se adequando. Tem que pesquisar nas outras Residências para saber o que está acontecendo. (Preceptor/a de Núcleo - 08).

Isto porque como bem falado por nosso/a interlocutor/a, a dinâmica dos processos de saúde acontece de maneira e formas muito rápidas. O conjunto de necessidades expressas de saúde também passam por mutações. De tal modo, as competências, a matriz curricular tem de estar atentas as demandas de saúde apresentadas no contexto de saúde, estabelecendo uma política a qual Vincent (2007, p.84) refere como indutiva na estimulação atinente a “produção de conhecimento de forma a subsidiar a formulação de políticas, a gestão da assistência e da educação no âmbito, tanto em seu aspecto de intervenção como naquele que reflete o desempenho do SUS no atendimento às necessidades nesta área”. Vejamos, alguns dos exemplos:

Organizar o processo de trabalho em saúde a partir do território; Atuar no SUS fortalecendo a atenção integral nos serviços de saúde e nas ações junto aos usuários e coletivos; Atuar no SUS a partir da intersetorialidade, fortalecendo a articulação entre demais políticas públicas e dispositivos comunitários; Atuar no SUS fortalecendo a colaboração interprofissional e o trabalho em equipe nos serviços de saúde; Atuar no SUS com compromisso ético-político com a reforma sanitária e psiquiátrica e seus atores (usuários, trabalhadores, - gestores, educadores, educandos). (CEARÁ, 2019b).

Incrementamos o pensamento de Vincent, afirmando ser tão importante quanto, subsidiar meios de atendimento às necessidades *na/da* área, como o exponencialmente cuidado com a convergência apresentada a partir dos/as usuários/as beneficiários/as da política. Daqueles/as que são os/as recebedores/as da ação política da saúde. Daí, elaboramos a partir das análises e da experimentação da imersão ao campo de pesquisa, o que chamamos ser uma *ação sóciopedagógica em saúde*. Ou seja, queremos dizer ao mesmo tempo, que os sujeitos apresentam questões peculiares de saúde, são os/as próprios/as potenciais produtores/as das exigências de uma nova habilitação do conjunto de conhecimentos abrangentes, no fazer saúde para responder as demandas em seu conceito mais ampliado. Ora, o sujeito não adoece apenas do coração, do pulmão. Não é um ser fatiado. É um sujeito constituído por subjetivações, desejos, escolhas, histórias correlacionais a sua condição de vida, de saúde. Trazemos no sentido de reforçar nossa análise, o que na cena prática materializa nosso conceito formulado, com a contribuição de Vasconcelos e Vieira (2018):

Esforço pedagógico que se desenvolve na prática e no cotidiano de saúde para aquisição de uma formação de qualidade, consistência e relevância. Uma estratégia que favorece um processo [...]dinâmico, que parte da realidade concreta dos serviços e visa superar uma abordagem mecanicista e tecnicista em saúde, muitas vezes distante das necessidades e da realidade dos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). (VASCONCELOS, VIEIRA, 2018, p.13).

Compreendemos que o planejamento político-pedagógico tem de ser circunscrito, além das competências técnicas, competências agregadoras do alcance da ação do Quadrilátero em Saúde, desenvolvendo processos de Educação Permanente comprometidos com “a transformação do cenário de atuação, produzindo conhecimento com compromisso para a transformação da realidade e emancipação dos sujeitos envolvidos, visto a articulação comunitária e o fortalecimento da participação e do controle social” (CEARÁ, 2019b). Senão, a RMS estará reproduzindo o conceito de oferecimento de saúde alimentado ainda pelas Residências Médicas.

Não convém mais conceber o oferecimento dos serviços de saúde por lógicas restritivas e por ângulos exclusivamente minimizadores - embora, muito presentes - que não mais correspondem às ínfimas carências exigidas para atender as reais demandas da configuração panorâmica da situação de saúde da população, bem como, seu comportamento,

hábitos, a dinâmica de vida e as relações sociais, econômicas, políticas e culturais que vêm se alterando ao longo do tempo, marcados por mudanças norteadas da defesa da saúde enquanto concepção coletiva e de ordem do âmbito das políticas públicas.

Vejamos no próximo quadro, a matriz curricular pedagógica elaborada pelo corpo docente-assistencial do HM:

Quadro 8 – Sugestões de temas (Resultado das Competências) fomentadores da Matriz Curricular dos Módulos Transversais, executados Hospital da Messejana / Turma V (2018-2020).

<p>1- ATENÇÃO À URGÊNCIA CARDÍACA</p> <p>2- ATENÇÃO PEDIÁTRICA EM DOENÇAS CARDÍACAS Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade Adulta e Pediátrica.</p> <p>3- PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: Enfrentamento; Desafios e tomadas de decisões.</p> <p>4- ATENÇÃO AO IDOSO COM CARDIOPATIAS E PNEUMOPATIAS: A Política Nacional do Idoso, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.</p>
<p>5- NORMATIZAÇÃO TÉCNICA DO TRANSPLANTE DE CORAÇÃO E PULMÃO: Conhecendo o percurso; Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante.</p> <p>6- PROMOÇÃO E DIREITOS HUMANOS À SAÚDE E À ALIMENTAÇÃO: Política Nacional de Alimentação e Nutrição (integra os esforços de um conjunto de políticas públicas propondo respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação).</p> <p>7- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA: Política utilizada no nosso projeto e escolhida para nossa residência multiprofissional pela estatística existente no hospital onde a maioria dos pacientes que se hospitalizam são portadores de câncer de pulmão.</p> <p>8- TABAGISMO: Política Nacional de Controle do Tabaco. Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco. Ações educativas (Educação, Comunicação, Treinamento e Conscientização do público (Ações em escolas, ambientes de trabalho e unidades de saúde).</p> <p>9- POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS / SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS (SAMU 192).</p>

Fonte: Base documental da Residência Multiprofissional em Cardiopneumologia do HM, acessada em 2019. Editado e adaptado pelas autoras (2020). *Escolhemos por preservar algumas das partes da escrita do texto.

Constatamos ser uma matriz ainda muito especializada, voltada à focalização da formação a nível da própria ênfase.

Geralmente os módulos que a gente tem, são bem relacionados mesmo a nossa prática no hospital, por exemplo, a gente já teve módulo de transplante, já que vamos passar pelo transplante. Então, sempre têm módulos de acordo com que a gente vai passar, depende do serviço e do setor. É bem específico. (Profissional-residente - 01).

Tem Residente que não sabe nada de transplante, ouviu falar, mas não tem o conhecimento aprofundado. E esse Residente está em uma Residência de transplante. Antes dos Residentes rodizarem, acho interessante teorizar sobre o serviço que vai operacionalizar. (Orientador/a de Núcleo - 08).

Uma parte (*Profissionais-residentes*) é bem formada, reflexivos, críticos, de iniciativa. Uma parte nem sei como passou na prova. Você pergunta um protocolo de internação para paciente crítico, não sabe nem do que tô falando. (Grifos nossos). (Orientador/a de Núcleo - 03).

Aqui colocamos, que não estamos advogando por uma matriz curricular pedagógica, descontextualizada do universo da especialização em questão. É de certo nosso entendimento de ser uma Residência ordenada por módulos, estudos pertinentes à área de concentração da RMS em Cardiopneumologia. Até mesmo por ser um projeto pedagógico com objetivos macros de formação de profissionais para atuarem na atenção à saúde cardiopneumonar. Um achado da pesquisa é o de existir uma defasagem na grade curricular formativa do HM, como por exemplo, na parte de Tanatologia⁹⁰, Cuidados Paliativos, não é uma área de conhecimento:

Eu nunca tinha tido experiência com Cuidados Paliativos. Nem mesmo aqui no Hospital, na Residência. Nunca tinham me ensinado. Quando cheguei a Pneumologia, onde tem muito paciente paliativo, foi um choque. A gente já recebe muitos pacientes mal, com doença muito avançada, que não tem mais o que fazer. (Profissional-residente - 05).

Eu acompanhei uma mãe, que pedia pra não desistir do filho dela. Mas, ele já tinha ido à óbito. Ela pedia pra não desligar a máquina... Não sabia como me comportar, o que falar, como agir... É difícil... (Profissional-residente - 06).

A equipe dos Cuidados Paliativos chama muito Residente, mas a gente não tem preparação pra isso. Nem os profissionais do hospital. (Profissional-residente - 01).

O tom da crítica da última fala, nos fez refletir sobre qual forma e abordagem por parte dos/as profissionais adentram a questão da perda de um sujeito, da morte dele, cujo possuía uma história, uma importância para um outro alguém. Como os/as profissionais são habilitados/as se não tem uma disciplina na matriz curricular sobre Tanatologia, Cuidados Paliativos? Se não são preparados para o processo de morte e de morrer, o da finitude. É um *tabu* falar de morte e do morrer. Talvez, porque produzem uma perspectiva de saúde no ideário de prolongamento da vida. Quando a finitude chega, com a pouca ou nenhuma formação, não sabem lidar com isso. É urgente a isenção de uma disciplina/módulo de cuidados paliativos, tanatologia na matriz curricular da formação em saúde, inclusive, no nosso *locus* de pesquisa, no HM, onde constatamos tal defasagem.

Não paramos por aí, alguns temas transversais importantes de serem trabalhados na área, como Direitos Humanos, Controle e Participação Social, Diversidade das relações de gênero na saúde, dentre outros, também não aparecem contemplados na matriz curricular. São

⁹⁰ Compreende o campo do estudo relacional ao conhecimento do processo de morte e do morrer.

temáticas necessárias, representadoras da/na vida real do/a usuário/a-paciente que chega ao hospital. A demanda não é uma demanda de saúde clínica isolada. Pode ser também além dela, uma demanda seguida de fatores que elevam o grau do adoecimento, considerando a saúde ser o resultado de vários elementos materiais e imateriais. O/a usuário/a-paciente não apresenta apenas as comorbidades, ele/a pode apresentar situação de vulnerabilidade socioeconômica, insegurança nutricional, de violência doméstica, transfobia, etc. Temáticas que promovam a clínica ampliada. Todavia, no geral, a formação dos temas ainda pauta-se ao entorno do adoecimento clínico:

Toda a formação da Residência é muito exigente. Fazemos tudo para seguir os horizontes e as metas. Damos aulas extras pra conduzir melhor toda a formação específica, mais temas que possam alcançar todas as nove categorias. Não posso botar uma específica que vai apenas contemplar a Enfermagem, a Fisioterapia... É até mais fácil pra mim, mas eu contemplo os desejos dos alunos, como convites de professores para explorar assuntos específicos, como por exemplo, anatomia, as doenças de as comorbidades que acometem o coração, o pulmão... Coisas específicas, que eles não veem em cadeiras de faculdade, mas estão num hospital de coração e pulmão. Eles têm que saber o básico do básico. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

A multiplicidade das temáticas pode até ser inserida posteriormente, mas não há vinculação dela direto na matriz (o que seria sugerido). Acontece de alguns núcleos profissionais, isoladamente levantar temas de desejo para que sejam vistos durante suas rodas de núcleos.

No módulo disparador, às vezes não contempla as demandas que emergem no cotidiano, que não podemos em nenhum momento fechar os olhos pra elas, porque convivemos com elas. Às vezes algo não está no modelo disparador, mas é pertinente ao núcleo em razão do que emerge no hospital e aí a gente para refletir sobre isso, problematizar sobre isso, incluímos a nível de núcleo. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

Abaixo, segue o exemplo de como os núcleos organizam as rodas de núcleo. Não identificamos o núcleo, no sentido de resguardar a privacidade da categoria profissional. Seguida do quadro, apresentamos uma fala, a qual afirma que a Coordenação valoriza, atividades desenvolvidas por mais de 01 núcleo profissional e/ou por vários núcleos.

Quadro 9 – Planejamento das atividades por Núcleo.

(continua)

PLANEJAMENTO RODAS DE NÚCLEO - JULHO/2019		
DATA	TEMA	METODOLOGIA
Semana I	Tema 01: Boas práticas Clínicas em Cardiologia – Insuficiência Cardíaca – Orientação de alta.	Roda de conversa
Semana II	Tema 02: Discussão das atividades do núcleo desenvolvidas no campo e registradas na agenda do núcleo.	Roda de conversa

Quadro 9 – Planejamento das atividades por Núcleo.

(conclusão)

Semana II	Tema 03: Elaboração da agenda de serviço da semana associando a prática com os estudos efetuados e discussão do tema para a próxima apresentação.	Roda de conversa
Semana III	Tema 04: Revisão orientação de alta da unidade de acordo com preconizado nas diretrizes.	Roda de conversa
Semana IV	Tema 05: Discussão das atividades do núcleo desenvolvidas no campo e registradas na agenda do núcleo. Tema 06: Elaboração da agenda de serviço da semana associando a prática com os estudos efetuados e discussão do tema para a próxima apresentação.	Roda de conversa

Fonte: Base documental da Residência Multiprofissional em Cardiopneumologia do HM, acessada em 2019. Editado e adaptado pelas autoras para assegurar preservação da identificação dos núcleos e/ou dos/as profissionais (2020).

Aqui, temos uma Coordenação que acredita nesse modelo. Os espaços são potencializados sim. Aqui no hospital de Messejana, nunca deixamos de discutir uma roda de campo, de núcleo, de discutir o que é proposto nos módulos da ESP, fazer as atividades. (Profissional-residente - 06).

A Residência nos proporciona muitos módulos que nos mantém atualizados tanto o transversal, quanto o específico, que ajuda na em relação das condutas, das práticas. (Profissional-residente - 05).

Todas atividades teórico-pedagógicas são balizadas pela matriz e os módulos já vistos. A partir deles, o corpo docente-assistencial do HM constrói uma agenda semanal, composta por atividades que são realizadas por um período estipulado pelo cronograma pedagógico da RIS/ESP-CE. É possível também, que os profissionais-residentes em conjunto com o/a preceptor/a de núcleo ou campo, elaboram atividades para serem desenvolvidas em equipe Multiprofissional ou Uniprofissional. Se tornam sujeitos pensadores das próprias atividades que desenvolvem enquanto profissionais da área. Tivemos acesso à base documental do HM, o qual consta uma das agendas elaboradas.

Quadro 10 – Agenda Semana Padrão Transversal (Abril-Maio/2019)

(continua)

R1 e R2	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ 07h00 -12h00	*Atenção Cardiopulmonar de 07h00 às 12h00 *Profissional- residente estará cumprindo carga horária prática no serviço e setor da linha de cuidado que está rodiziando.	Atenção Cardiopulmonar de 07h00 às 012h00	Atenção Cardiopulmonar de 07h00 às 12h00 Roda de Núcleo: 08:00 às 11:00 - Serviço Social RETORNO ÀS UNIDADES APÓS AS RODAS	Atenção Cardiopulmonar de 07h00 às 12h00S	Atenção Cardiopulmonar 07h00 às 12h00 Roda de Núcleo: 08:00 às 11:0 - Farmácia - Nutrição Odontologia

Quadro 10 – Agenda Semana Padrão Transversal (Abril-Maio/2019)

(conclusão)

R1 e R2	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
					RETORNO ÀS UNIDADES APÓS AS RODAS
ALMOÇO – 11:40 / 13:00 VOLTAR AO SERVIÇO					
TARDE 13h30 – 19h00	Atenção no Cuidado Cardiopulmonar 13h00 às 19h00 Roda de Gestão 13:00 às 15:00	Atenção no Cuidado Cardiopulmonar 13h00 às 16h00 Roda de Núcleo: 08:00 às 11:0 - Fisioterapia - Enfermagem RETORNO ÀS UNIDADES APÓS AS RODAS	Atenção no Cuidado Cardiopulmonar 13h00 às 19h00 16:00 horas REUNIÃO POR EQUIPE COM PRECEPTOR/A DE CAMPO	Atenção no Cuidado Cardiopulmonar 13h00 às 19h00 13:00 as 17:00 Cenário de prática 17:00 as 19:00 Estudo de Equipe	EI 7:00 às 9:00 TCR 9:00 às 19:00 FORA DO HOSPITAL Somente nesse mês de abril de 2019.
Presença do/a Preceptor/a	Campo	Núcleo	Núcleo	Núcleo / Campo	Núcleo
ACP- Atenção Cardiopulmonar TI - Tenda Invertida de Núcleo		EI - Estudo Individual EAD - Estudo à Distância		RC - Roda de Campo / RN - Roda de Núcleo	TCR - Trabalho de Conclusão de Curso

Fonte: Base documental da Residência Multiprofissional em Cardiopneumologia do HM, acessada em 2019. Editado e adaptado pelas autoras para assegurar preservação da identificação dos núcleos e/ou dos/as profissionais (2020).

O que estimula muito o trabalho é a organização da agenda. A gente tem dia e hora certa pra tudo... estudo de caso, estudo de equipe, estudo individual. A gente tem dias certos pra reunião em equipe, pra roda de núcleo. Eu posso ter muitas coisas no meu setor, mas em uma tarde da semana tem roda de núcleo, outra tarde é da assistência. (Profissional-residente - 05).

Há o planejamento mensal das atividades desenvolvidas a partir dos temas dos módulos transversal e específico. Organizamos as atividades para cada mês. (Preceptor/a de Campo - 02).

Dentro do percurso da Residência existe um outro processo de ensino dentro do hospital e que a gente também tá aberto pra participar enquanto profissional aqui do hospital. Tem as sessões clínicas, os estudos de caso, que a gente também pode estar inseridos para participação. Sempre divulgados. É negociado com o preceptor: eu posso ir? (Profissional-residente - 01).

Ao ser construída a agenda de trabalho, o PPP e os manuais de cada módulo disparados pela RIS/ESP-CE, orientam como devem ser pensadas as atividades postas acima. Elaborá-las de maneira que possam trazer mais impacto para as linhas de cuidados do Serviços de assistência no hospital, no caso do HM o Serviços de Cardiologia, Pneumologia e Pediatria, atendendo a maximização do cuidado integral dos/as usuários-as. No processo construtivo, os/as profissionais devem interrogar-se sobre quais os tipos de resultados, a equipe espera alcançar com as atividades e qual a melhor metodologia a ser empregada nelas, levando em consideração as características da ênfase o perfil do/a usuário, perfil da preceptoria, perfil de Residentes e da Instituição:

A construção da Agenda de Trabalho e o desenvolvimento das ações da RIS nos cenários de prática exige uma reflexão sobre o Trabalho em Saúde e como ele se organiza. A RIS propõe, então, diretrizes para a organização do processo de trabalho: deve ser construído a partir das necessidades de saúde da população; dialogar com o serviço e com os outros sujeitos do cenário de prática (comunidade, profissionais e gestores); basear-se na colaboração interprofissional e no trabalho em equipe; fomentar o desenvolvimento de uma gestão participativa do processo de trabalho. (CERÁ, 2017).

As atividades são elaboradas de acordo com cada linha de cuidado/cenário de prática. Contudo, é ordenado pela necessidade do serviço. Na prática, não são elaboradas a partir da necessidade de saúde da população. Faltam profissionais responsáveis em alguns setores, deslocando o/a profissional-residente a assumi-los. Algumas vezes, deixam de participar das rodas de núcleo, campo, estudo em grupos, ações de saúde, pois estão prestando assistência no setor como profissional de referência do serviço/setor.

Existe um processo de correlação de forças no projeto de formação que é construído pelo Programa de Residência. Se pensa numa Residência dentro da perspectiva de formação no espaço formativo daquele trabalhador, mas o serviço que acolhe Programa, não consegue enxergar muitas vezes aquele profissional-trabalhador em processão de formação. Ele enxerga como forma de trabalho. Uma força de trabalho que muitas vezes pode explorar até mais do que outra, porque tem carga horária muito extensa e déficit de profissionais na área. (Diário de campo - Dezembro de 2019. Trecho transcrito da fala de um/a ex-docente do corpo estruturante da RIS/ESP-CE). Os pacientes não procuram tanto o profissional da casa, porque sabem e me veem todos os dias aqui. Teve um mês, que a preceptora de núcleo tirou férias, eu como estava rodiziando aqui, tive responder como profissional do Serviço. Não mandaram ninguém. (Profissional-residente - 01).

É muito comum alguns profissionais (*não residentes*) acharem que podemos assumir o setor. Eles acham que é “obrigação” nossa porque já somos profissionais. Acumulamos nossas atividades da Residência, as que a gente já faz na nossa agenda e o trabalho do preceptor. É muito exaustivo. (Profissional-residente - 02).

A realidade do Residente quando ele chega aqui, ainda é cobrança de trabalho. (Preceptor/a de Núcleo - 08).

A gente sabe que têm setores que os Residentes são meros mão de obra. É importante, que a gente tenha consciência também do nosso papel, no lugar e a gente se coloque também. Às vezes, os serviços que quer sugar mais da gente do que a gente pode, então é a gente se colocar também. (Profissional-residente - 04).

Eu ouvia de algumas pessoas que a Residência é mão de obra barata, que possui uma carga horária de trabalho grande. Mas, eu sei que a gente nas sessenta horas de semana, tem de ter a parte prática e teórico-prática. Eu entendo que eu trabalho, mas estou fazendo uma especialização também, que não é apenas um profissional de sessenta horas semanais e ganha uma bolsa. Eu também sou estudando, também sou Residente. (Profissional-residente - 06).

Nossa rotina é muito desgastante. É extrema. Têm lugares muitos adoecedores. A gente entra com uma cabeça, mas vai se desmotivando, cansando. Cheguei em alguns momentos, em alguns setores ter desidratação, dores de cabeça. E os preceptores não respeitavam minha condição. E é levado para o lado de quem terminou é forte e não fraco, mas não é. (Profissional-residente - 05).

As falas narradas tecem críticas as fragilidades acerca do alto déficit de recursos profissional no campo da saúde. Acabam alguns Programas exercendo a constante exploração do uso dos/as profissionais-residentes como “mão de obra”. Esta situação não é intrínseca à RMS em Pneumologia, à RIS/ESP-CE. É uma pauta frequente levantada a nível nacional pelo grupo de Residentes Multiprofissionais. Inclusive, os/as profissionais-residentes médicos/as também estão no mesmo olho do furacão. Não fogem do ritmo da exploração, talvez menos reconhecida por eles/as. Assumem procedimentos, cirurgias como médicos/as assistentes. *Eu sou o/a médico/a*. Para eles/as era como tudo fosse treinamento em serviço, tudo fosse clínica, e clínica no sentido centrado na assistência direta ao/a usuário/a-paciente.

O ser residente não nos parece algo dado, embora Programas de Residência, gestores e leis tentem institucionalizar esse “ser”. Contudo, ao passo que acompanhamos experiências mais próximas das perspectivas precarizantes e conservadoras do campo da saúde, levando os/as residentes a se tornarem apenas mais uma “mão de obra barata”, atuando como “tapa buracos” nos serviços de saúde, também estamos acompanhando experiências que mostram como os/as residentes têm buscado rescindir a essas lógicas, constituindo redes de apoio, de afetos e aprendizagens com usuários/as e trabalhadores/as do SUS. (ABIB et. al., 2018, p. 318/319, RAMOS et. al., 2006; ABIB, 2012; RODRIGUES, 2012, SANTOS).

Os/as autores/as transpõem a importância da tomada do reconhecimento do que é ser residente, especialmente, por ele/a própria/a. Outra constante é o de se posicionar perante os tensionamentos resultantes dos investimentos e das tentativas de institucionalização do saber, da tomada do seu conhecimento, utilizando-a como estratégia do que corroboraram como “*tapa buracos*⁹¹”. É apenas um dos muitos atravessamentos da correção de forças entre o projeto

⁹¹ Absurdamente nos meses de abril e maio, em meio a Pandemia do Covid-19, as bolsas-salários dos/as profissionais-residentes não foram pagas, posteriormente, pagas com atraso e sem reajustes. Foram também estes/as profissionais a assumirem os cuidados dos/as usuários-pacientes. Em algumas IES, Programas, aqueles/as contagiados/as com o Covid-19, não obtiveram a garantia do abando das faltas, obrigatoriamente

político-pedagógico preconizados nas diretrizes das Residências, e o projeto que as IES, Programas possuem.

À guisa dos colóquios, aos/as profissionais é vital a compreensão de qual é o papel das Residências em Saúde e suas condições concretas oferecidas por parte das IES - pontuamos também a IES da RIS/ESP-CE - enquanto instrumentos possíveis de operacionalizar as Residências. Ao se tratar do HM, nosso lugar de pesquisa, os/as profissionais devem ter em mente o horizonte do papel da Residência da ênfase de Cardiopneumologia na instituição. Os/as preceptores/as, gestores/as obrigatoriamente carecem por compreender o desenho político-pedagógico da RIS no HM. Vejamos a próxima fala:

A gente vem construindo o processo pedagógico. A gente segue o modelo pedagógico proposto pela RIS. O corpo docente daqui do hospital vem se construindo. (Preceptor/a de Campo - 01).

Existem algumas críticas com relação a alguns profissionais Residentes que não ficam muito no serviço, que ficam em outras atividades. (Preceptor/a de Campo - 04).

Alguns orientadores, algumas pessoas... até mesmo preceptores ainda não conseguem compreender essa questão de ter um momento para estudo. É muito a característica da primeira turma e precisa ainda ser muito amadurecido. (Orientador/a de Serviço - 01).

Residente sai muito, estudo muito. Resolve muita coisa na ESP. Pensa quando chega um, pensa que é pra trabalhar. Não entende que é pra um treinamento. Percebo muito desconforto. Tem profissional que não gosta e não aceita a Residência Multiprofissional. As pequenas resistências acontecem. Têm colegas que perguntam: “cadê os residentes? Não era para eles estarem aqui, não? E eu respondo, não. Hoje eles têm formação. (Preceptor/a de Núcleo - 08).

Compreender o que são as atividades práticas, teórico-práticas e teórico-conceituais, e a aplicação de cada uma delas no contexto do dia a dia Residência. Afinal, o modelo das Residências em Áreas Profissionais da Saúde é diferente do já concedido na Residência Médica, cujo tem como concepção de Residência - como já bem explanado -, atividades quase que puramente práticas, um ínfimo conteúdo teórico, teórico-prático.

Conversando com a Coordenação da Residência Médica, a gente vê muita coisa ainda pra se estabelecer. Muita coisa. A Residência Multiprofissional por conta do percurso metodológico, do direcionamento firme do projeto pedagógico, está à frente nessas etapas da Residência Médica. A Residência Médica pra eles é o Residente passar na seleção, entrar no hospital e trabalhar. A condução acadêmica, científica precisa ser melhor trabalhada. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

terão que “pagar” as horas ausentes no serviço, responsabilizando ao/a profissional pelo adoecimento. Eles/elas estiveram, estão também na linha de frente ao enfrentamento à Pandemia, submetidos/as à pauperização das condições de trabalho, da falta de EPI’s, expostos/as ao vírus, expropriados da concessão de insalubridade sem nenhum acréscimo dela à bolsa-salário, sem nenhuma bonificação. O Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) coordenou uma paralisação nacional como forma de protesto e tem se articulado em coletivos, exigindo a garantia de melhores condições de trabalho, reestruturação da carga horária da Residência, reajuste da bolsa-salário, a retoma da CNRMS, a criação da política nacional de Residências em Áreas Profissionais da Saúde, sob a perspectiva de avançar em defesa do modelo ético-político-pedagógico preconizado nos marcos legais das Residências em Saúde.

De tal maneira, alguns/algumas profissionais associam o formato da Residência Médica ao da Multiprofissional. Residente tem que estar na assistência direta ao paciente, usuário/a-paciente sem intermitência.

Servimos a dois senhores. Você serve o hospital e serve à RIS. No setor que entende o PPP da RIS, o que entende o que a gente vem fazer aqui, o setor é ótimo. A gente consegue fazer o nosso trabalho como a gente acha que dá certo. Naquele lugar (*setor*), que acha que o PPP não é importante, ou vêm de outros Programas, outros hospitais, dizem que Residente de hospital tal não sai do serviço, vive direito na prática, não tem roda. Tem que mostrar o que é um projeto pedagógico e o que há de melhoria na assistência a partir do que é feito pela Residência. Seria uma saída pra melhorar essa relação. (Grifos nossos). (Profissional-residente - 05).

As atividades teórico-metodológicas e teóricas são tão necessárias, essenciais quanto as práticas. Na verdade, elas são indissociáveis. Compõe a mesma base pedagógica, no qual o formato da especialização na modalidade de Residência em Área Profissional em Saúde, concebe o reconhecimento da integração das atividades práticas-teóricas. Não há elegibilidade de sobreposição de mais ou menos importância entre elas - apesar da porcentagem de horas aplicadas a elas -. O aprendizado deve ser garantido na formação do serviço *no/pelo* próprio serviço. É o texto dialogando com o contexto. É o que a realidade do trabalho apresenta e o como pensar repostas a tal realidade. Realçam Silveira e Vieira (2014, p. 14) nossa análise:

O aprender em serviço ou a formação em serviço, portanto, é uma forma de construir conhecimentos e práticas, incentivar a criação e desenvolver uma cultura científica atravessada pela realidade. Uma aprendizagem que é mediada pelos “professores de campo”, chamados preceptores, os quais não são vistos como os detentores do saber, mas, sim, condutores e facilitadores do processo de formação.

As atividades são mediadas por um corpo docente (profissionais docentes) em diálogo comum ao corpo discente. Como bem dito por nossas autoras, o conhecimento não é detido a determinado grupo. O/a profissional-residente não é aluno/a de graduação, não é estagiário/a.

Tem núcleo que a gente não ver essa valorização, ver a pessoa como segundo grau de estagiário. (Profissional-residente - 03).

Os Residentes não são estagiários. Eles são profissionais mesmo que não venham com experiência de outros serviços, porque alguns vêm da graduação para a Residência. Eu percebo que tem alguns colegas que veem a Residência como estágio, mas são profissionais como nós. Mas, estão em um momento de formação, especialização em serviço. (Orientador/a de Serviço - 01).

Ora são tratados como alunos, ora como profissionais. (Preceptor/a de Campo - 04).

Tem setor que a gente é estagiário, embora, a gente bata na tecla que não é, mas sempre a gente é estagiário. Em unidades abertas são os mais difíceis, são profissionais que estão ali na caixinha. Estão recebendo, se preparando para cirurgia, internação. Se eles precisam de algo, identificam como demanda, chamam a gente, mas partir alguma de você (*Residente*), eles não acolhem. Vamos ver isso depois, vamos discutir isso depois. Tratam como estagiário. (Grifos nossos). (Profissional-residente - 02).

Retomamos a fala de Abib et al. (2018), que corrobora, o ser Residente nos Programas de Residências não é algo dado, é construído subjacente às correlações de forças ali presentes. Há dados momentos de se utilizar da conveniência do Programa, Serviço, profissionais docentes e até mesmo dos próprios discentes, concebendo o lugar de aluno/a e o lugar de profissional. Quando o Serviço necessita que os/a profissionais-residentes assumam os setores, são considerados/as “profissionais”, por exemplo. Ora, concebidos, tampouco, como alunos/as de graduação que estão desenvolvendo as primeiras experiências com o campo profissional. Os/as profissionais-residentes possuem suas bases de conhecimentos teóricos, técnicos adquiridos ao longo da graduação e demais experiências profissionais, de vida. É um/a profissional em processo de formação, assim também, como o corpo-docente. Ambos com possibilidades de desenvolverem seus conhecimentos, habilidades, técnicas, etc. É a troca por via da mão dupla. Vasconcelos (2018) perfeitamente corrobora ao afirmar que o:

O processo de ensino-aprendizagem na residência acontece durante o processo de trabalho do residente, que é um profissional graduado e encontra-se em processo de formação para atuar no SUS. Diferentemente de outros modelos de especializações, neste o educando tem a possibilidade de exercer o que está aprendendo e aprender com o exercício da prática profissional em saúde, além de suscitar a necessidade de novos conhecimentos teóricos a partir do que lhe é demandado do seu contato com os usuários e comunidade. (VASCONCELOS, 2018, pp. 69/70).

Os conhecimentos são suscitados além da experiência da prática diária nos cenários de aprendizagens (os Serviços e setores das linhas de cuidados), assim como, por intermédio das atividades teóricas-metodológicas e teóricas, distribuídas no decorrer das 60 sessenta horas semanais, divididas, respectivamente, em 80% de atividades práticas e teórico-práticas e 20% de atividades teórico-conceituais, obedecendo as normas da CNRMS. O Regimento Interno da RIS/ESP-CE caracteriza os cenários de aprendizagens teórico-prático, como roda de núcleo e o grupo de estudo interprofissional (espaços de discussão de temas e situações do dia-a-dia do serviço–categoria) e a roda de campo (tem o intuito de ampliar a discussão multiprofissional do referencial teórico pautados nos módulos de ensino-aprendizagem). (CEARÁ, 2017).

O ponto mais forte da Residência é a formação em serviço. A gente sempre tá relacionando a teoria com a prática, nas rodas de núcleo, campo. Toda semana a gente leva casos para discutir dos casos que a gente tem mais dificuldade no setor. (Profissional-residente - 03).

São momentos bem ricos. Geralmente são profissionais da casa mesmo, que se dispõem a vir para aulas para gente ou ex-residentes, que já passaram por aqui e que vem dá os módulos, aulas nas rodas para a gente. A gente aprende bastante. (Profissional-residente - 01).

A Residência da ESP é diferente de outras Residências. Ela não é só a prática, assistência. Têm rodas de núcleo, de campo, que a gente pode tá discutindo alguns casos. (Profissional-residente - 06).

Nas rodas, reconhecemos o que está sendo discutido sobre Residências, educação permanente em saúde, do próprio sistema único, das condições de trabalho dentro do universo hospitalar, dentro das Residências. As rodas de campo são abertas aos Residentes para esse tipo de construção. Até as próprias estratégias passam a ser reconstruídas nas rodas. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

Debatemos assuntos específicos para todas as áreas e nas rodas de núcleo, mais direcionado para o setor que estamos ou da nossa categoria. Por exemplo, na roda de campo, a gente pode levar um determinado assunto da UTI, que outros colegas podem até nos ajudar porque já passaram por lá e auxilia a outras equipes que virão. (Profissional-residente - 04).

Nós incentivamos muito a eles a buscar conteúdo, conhecimento e não fazer as rodas só por fazer. Muitas coisas boas são eles que trazem, que dão sugestão. Nós vamos criando. (Preceptor/a de Núcleo - 07).

Os temas dependem também das demandas dos Residentes. Eles dizem algum tema que não foi tão explorado nas rodas de campo, um tema transversal a todos. A gente trabalha artigos. Por exemplo, trabalhamos um publicado pela primeira turma sobre os caminhos que passamos na Residência, as experiências dos Residentes no Messejana. (Preceptor/a de Campo - 01).

A proposta das atividades nem sempre tem adesão por todo corpo profissional. Há outro lado da moeda. Existem profissionais, sejam Residentes, sejam docentes, que não se identificam com o modelo estratégico-pedagógico disparado pelas Residências em Saúde. Não gostam e/ou não participam dos momentos das rodas de núcleo, campo, dos estudos em grupos, etc. Por vezes, concluiu a graduação sem ter experimentado práticas de ensino e aprendizagens integrativas entre demais áreas do saber, atuando normativamente na seara do seu conhecimento, principalmente, as profissões mais voltadas a uma matriz curricular direcionada ao acúmulo de conhecimentos via da prática, da técnica. A RIS, a RMS do HM, têm à frente o desafio de abordar a esse/a profissional por um novo olhar. Vejamos os próximos trechos das entrevistas.

Tem Residente que acha que não deveria haver roda de campo, de núcleo, atividade teórica, mas me abriu muito conhecimento por conta dos módulos transversais. A parte transversal da RIS incomoda muito a hospitalar, que se sente muito superior aos Residentes da (*Residência*) básica. (Grifos nossos). (Profissional-residente - 06).

A gente tem contato com outros Residentes de outros hospitais que tem Residência e as pessoas acham besteira sentar em equipe e discutir estudo de caso, ter roda de campo pra juntar a equipe toda. Assistir filme, por exemplo, nas rodas é perda total de tempo, que não é importante rodiziar em equipe. (Profissional-residente - 02).

A gente vê residente que já vem com a cabeça tecnicista, muito prático, que não gostam das rodas de campo, de núcleo. Eles querem o mesmo modelo das outras Residências, sem rodas. (Preceptor/a de Campo - 04).

As rodas de campo/núcleo, estudos e atividades de grupos são lugares de encontros dos saberes, dos/as profissionais e profissões. Não são apenas uma conta bancária para depósito

de conhecimento técnico e prático. Proporcionam a integração dos/as profissionais-residentes entre a própria turma de Residência - até mesmo entre suas próprias categorias, seus pares -, entre os/as preceptores/as, coordenadores/as, etc. É o lugar que possibilita o aparecimento da multidimensionalidade do ser, dos medos, angústias, expectativas. Ali também se reconhecem apenas como colegas profissionais, compartilhando os mesmos espaços e de certa maneira ou outra, as convergências similares e horizontalizadas instaladas no próprio processo de trabalho coletivo.

De tal modo, as Residências, ao proverem formação em saúde, devem por primazia trabalhar as relações sócioprofissionais no campo da saúde “possibilitando espaços de formação que promovam escuta atenta das necessidades, troca de experiências, articulação de saberes, diálogo entre sujeitos de saberes diferentes, acolhimento, vínculo e processos de autonomização do sujeito que aprende” (MS, 2006, p. 163).

Se não tivesse a roda de campo, que é importante para a integração dos Residentes, acho que a gente não ia se conhecer tanto como nos conhecemos. (Profissional-residente - 01).

A roda acaba sendo um lugar, muitas vezes pra compartilhar o dia a dia deles (*Residente*). Como é o setor, a unidade, mas às vezes conversamos muito sobre como eles estão. (Grifos nossos). (Preceptor/a de Campo - 02).

Pensar o trabalho no dia a dia. Pensar como fazer o dia a dia, tanto questões técnicas e questões atitudinais. Não ensino como ser Enfermeira, Psicóloga, Nutricionista. A proposta não é essa. (Preceptor/a de Campo - 01).

As rodas de núcleo e campo é o lugar que a gente se encontra, se fortalece. Nos rodízios as equipes ficam muito separadas (FATIADAS), cada profissional está em um setor diferente e nos encontramos nas rodas ou nas atividades planejadas em grupo. (Profissional-residente - 03).

As falas acima denotam que as atividades de uma Residência não devem preceder reclusas à formação do conhecimento sobre a técnica. Bom, inserir um/a profissional em um específico setor, com determinado tempo, ele/a desenvolverá a técnica:

A minha logística não é querer que eles sejam somente meros aprendedores de técnicas e assistência. Quero que aprendam também como conduzir a vida acadêmica, produzir artigos científicos, como lidar com a gestão e a organização de eventos. Não é somente formar com a especificidade de categoria. (Coordenado/a de Ênfase - 01).

Eu cheguei aqui na fome de saber tudo na minha categoria, depois que comecei a perceber que fiquei muito no técnico, porque havia aprendido a técnica, mas quando vi que os pacientes não davam respostas, não melhoravam eu comecei a me questionar os motivos. Só a minha técnica não dava conta. Você pode ser o melhor profissional, ter melhor técnica, saber da melhor técnica, mas se não saber se relacionar, você não será um bom profissional. (Profissional-residente - 06).

Não sai no prejuízo ficar três, quatro horas fora do serviço, da assistência para discutir na roda aquilo que a gente tem dificuldade ou não na prática. Você tem dois anos pra pegar a rotina do serviço, aprender técnicas. (Profissional-residente - 01).

Já foi explicado para todos os setores, já foi organizado uma agenda da Residência. Você tem um horário pra se retirar do cenário pra se reunir com a equipe. A gente senta, vê alguma dificuldade que a gente tem em relação a algum paciente e traça um plano de cuidados. Se não fosse isso, a gente faria tudo muito no automático, como manda a rotina do setor. (Profissional-residente - 04).

O saber desenvolver o diálogo, entretanto, é um dos maiores obstáculos a se ter em mente. É urgente a perspectiva de trabalhar potencialmente o desenvolvimento das habilidades e competências atitudinais, de resolução dos conflitos, da comunicabilidade, do diálogo, garantindo o saber-ser/conviver (conhecimento, atitudes, afetos) e o saber-fazer (habilidades cognitivas e psicomotoras). (CEARÁ, 2017).

Não é toda equipe que é unida. Depende da equipe. Aqui (*rodas de núcleo e campo*), com nossa mediação, a gente consegue quebrar o gelo entre eles e trabalhar melhor as relações interpessoais. (Grifos nossos). (Preceptor/a de Campo - 01).

Questionamos aos/as nossos/as entrevistados/as quais subsídios oferecidos a partir da Residência, os quais permitem trabalhar as relações sociais, profissionais, afetivas ativadas pelo saber-ser/conviver e o saber-fazer, acontecem durante o percurso da RIS/ESP-CE, no HM:

O principal que eu aprendi na Residência não foi a técnica, foi a relação interpessoal. Antigamente eu não tinha nenhum tato de relacionamento com a minha equipe. Foi a cada setor que fui melhorando... Eu vou terminar a Residência muito melhor como entrei. (Profissional-residente - 05).

Às vezes eu via muita coisa errada no setor e não sabia como falar, eu aprendi com meus colegas qual era a melhor forma de falar. (Profissional-residente - 03).

Não tem como uma pessoa fazer uma Residência e não aprender a técnica, o cotidiano. Isso, acho que acontece naturalmente, mas a parte de relacionamento, realmente saber lidar trabalhar em equipe é o que realmente faz a Residência ser boa. É o que realmente faz o profissional ser bom. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

Integrar o saber-ser e o saber-fazer é um dos maiores desafios no processo de formação das profissões, sejam elas no âmbito da graduação ou do exercício profissional. Tanto o corpo discente, quanto o docente carecem de formação permanente para desenvolvimento pedagógico do trabalho contínuo, inclusive, das relações socioprofissionais no campo da saúde.

7.4 A Experiência do Experienciar nos trilhos do fazer saúde: A Educação Permanente em Saúde a partir da concepção dos/as trabalhadores/as do Hospital de Messejana

“Nada continua como está. Tudo está sempre mudando. O mundo é uma bola de ideias. Se transformando, se transformando. O mundo é uma bola de ideias se transformando, se transformando. Abra a cabeça. Não tenha medo do seu futuro. Faça o que sabe pra se cuidar. A vida não pode parar”.

SANTOS (2012)

Como fala Santos (2012), nada continua como está. Tudo se muda pela transformação... Transformando, transformando. Assim, construímos o trabalho até aqui. Discutindo os movimentos que dão ou não sustentabilidade à educação permanente dos/as profissionais envolvidos/as na Residência Multiprofissional – ênfase Cardiopneumologia, no HM. Avaliamos quais passos dados a frente, os dados para traz. É de se notar ao longo do trabalho, não deixamos de tecer problematização reflexiva das condições de materialização da formação permanente dos/as trabalhadores/as. Dialogamos no curso da pesquisa, algumas das consoantes aproximam-se dos objetivos macros e micros da RIS/ESP-CE, dos objetivos da RIS/ESP-CE no HM. Agora, nesta seção, desenvolvemos as análises/avaliação a partir da concepção dos/as nossos/as interlocutores/as concernente à formação do corpo profissional docente e discente, sob a perspectiva da Educação Permanente, no Hospital de Messejana.

Antes de mais nada, fomos tocadas a refletir sobre qual percepção de lugar de trabalhador/a *do/no* SUS nossos agentes experimentam. Os questionamos no sentido de provocação do como se reconheciam enquanto profissionais de saúde, do SUS. Pergunta esta, cujo causou muita estranheza entre uma parte. Quando perguntados/as qual seu lugar no SUS? Como você se vê, reconhece enquanto trabalhador/a da política pública do SUS, do SUS? Uns sorrisos foram apresentados, um silêncio se instalado... Em algumas vezes, reformulamos as perguntas, esperamos tempo por respostas. Um pouco de desconforto em pensar em qual lugar ocupo nessa política... Talvez, não seja de praxe a reflexão no cotidiano da apropriação do lugar de vivência enquanto profissional *do/no* SUS e os paradigmas que envolvem este lugar. Vejamos alguns dos trechos das repostas dos/as nossos/as interlocutores/as:

Hoje na verdade eu me vejo como uma colaboradora, tentando articular o melhor atendimento ao paciente, a melhor assistência, como também procurar formar Residentes para desenvolverem uma atividade, um atendimento com maior qualidade. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

Eu sou uma pequena gota d'água no oceano. Uma gota dali e acolá, a gente vai formar um sistema grande. Não tem nenhum país de proposta de saúde como a nossa. (Preceptor/a de Núcleo - 04).

Me vejo mais madura, com mais conhecimento adquiridos, com mais confiança em relação à prática, com uma teoria mais atualizada. No começo eu era muito insegura e isso me impactou, mas eu me descobri uma profissional da saúde. (Profissional-residente - 06).

Me vejo tentando alinhar a política, pra não ficar focada só na prática. Pensar que a saúde precisa de outras políticas pra dar seguimento a própria política de saúde. (Profissional-residente - 05).

O processo de refletir os papéis do lugar profissional na saúde, fornece subsídios de compreender o contexto generalizado de sua trajetória na política. Que caminhos percorreram

e percorrem ao encontro do SUS. As marcas produzidas na construção/constituição do ser profissional, do ser trabalhador/a do SUS. É o processo da reflexividade permitida e convidada pela dialética, o de pensar os papéis, lugares ocupados. Nossos/as interlocutores/as ainda refletem muito pouco sobre seu lugar ao SUS. Depois de ouvirmos sobre qual local ocupam, adentramos sobre o que conheciam da Política de Educação Permanente em Saúde, uma política. Silva et. al (2016), aludem a significação desta política e sua importância no campo da experimentação de reconstrução do conhecimento aos/a profissionais da saúde:

Como política pública, baseia-se na aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços e, por conseguinte, na problematização da realidade. Ela busca a construção e reconstrução do conhecimento. Este, por sua vez, constitui-se, neste caso, pelas experiências cotidianas dos profissionais de saúde, os quais, através de tal problematização, são estimulados a refletir, agir e, assim novamente, questionar as práticas de saúde. (SILVA et. al, 2016, p. 2).

Compreendendo a contribuição dos/as autores/as, tivemos por interesse identificar o que os/as profissionais concebiam da política, considerando que estão dentro de um espaço de saúde e à frente de uma Residência em Saúde. Esta, por sua vez, é terreno vivo potente de experimentações e operacionalização das práticas avultadas pelo próprio movimento circular e permanente exigido na formação profissional, mediada pelo ato da educação pelo/no trabalho, desenvolvendo uma concepção de formação/conhecimento gestados nos processos reais do dia a dia do trabalho. “A RMS é um dos espaços para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), o qual pode se constituir como um dispositivo potencial para promover as mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde a fim de consolidar os princípios do SUS” (SILVA et. al, 2016, p. 02).

A depender da compreensão, concepção sobre a política de Educação Permanente, a importância dela ou não e como a desenvolvem nos espaços de saúde, pode-se a partir daí, inferir importantes e consideráveis alterações/dispersões no curso do projeto pedagógico do RIS/ESP-CE a RMS – Ênfase em Cardiopneumologia, no HM. Tal compreensão, concepção, tanto podem fortalecer a identificação dos possíveis aspectos positivos do PPP, quanto os aspectos negativos para melhoria da Programa. Desta forma, perguntamos aos/os nossos/as interlocutores/as o que compreendiam, qual concepção gestavam sobre Educação Permanente. Obtivemos as seguintes respostas:

O desconhecimento dos gestores sobre educação permanente... caem de paraquedas. Não entendem do que é educação permanente, continuada, a importância delas. (Preceptor/a de Núcleo - 06).

Forma de capacitar os profissionais, habilitar para que eles estejam aptos a trabalhar, principalmente, nós que trabalhamos com o SUS, que habilidade de manusear as políticas públicas. É sair da estagnação, do marasmo e ver o que está acontecendo de novo, as novas habilidades. (Preceptor/a de Campo - 01).

É o processo de renovação de saber dos profissionais. Entendo que é uma formação contínua e se aperfeiçoa, porque na saúde nada para. (Preceptor/a de Núcleo - 01).
É tá constantemente estudado do que acontece na nossa prática. Você tem ali o cenário de prática e você tá constantemente se alimentando da literatura, estudando, discutindo com a equipe, o que tá preconizado. É a gente tá se atualizando, inclusive, o que vivenciamos no cenário de prática. (Profissional-residente - 02).

É o aperfeiçoamento de discutir condutas. Aprimorando acertos, propostas e superando erros. É uma constante atualização e estudar em função do trabalho. (Preceptor/a de Campo - 04).

A educação permanente traz uma inovação no serviço, tanto na pesquisa, em estratégias de educação. Eu vejo a educação permanente como uma forma de movimentar o serviço. É trabalhar na linha de mobilizar o serviço. (Preceptor/a de Núcleo - 07).

A Residência promove a Educação Permanente através das ações de serviço em saúde que a gente faz nos setores. Muitas destas, com os profissionais, abordando eles nos setores. (Profissional-residente - 03).

É uma educação constante, ao mesmo, tempo permanente. Uma educação que fica, que coloca em prática. Vai sempre reaprendendo as dimensões humanas, técnicas. Eu aprendi muito na Residência sobre o que é Educação Permanente, na graduação tive uma disciplina que era mais pra ver legislação, lei. (Profissional-residente - 01).

Um dos achados da pesquisa, revelou que alguns/algumas dos/as profissionais, inclusive, profissionais-residentes não tiveram a oportunidade da experiência, de conhecer mais sobre a Educação Permanente em Saúde antes do ingresso na Residência, inclusive, no decorrer da graduação. O acesso, conhecimento fora limitado e quando houve, de forma conteudista.

Como não tive tanto contato e nem durante a faculdade, confesso que não sei muito sobre Educação Permanente. O que compreendo é uma política pública, um direito nosso de receber esse investimento em educação. Eu vejo dessa forma a educação permanente. (Profissional-residente - 01).

Não. A gente houve falar, mas é um conteúdo que passa rápido, mas não se discute. (Profissional-residente - 04).

Não teve acesso antes da Residência com a política. (Profissional-residente - 06).

Antes de mais nada, afirmamos não haver um mote específico de como conceber as práticas de educação permanente. A maneira de apropriação delas, dependerá de inúmeros fatores, escamoteados no/pelo próprio contexto das práticas de saúde, como por exemplo, a correlação de forças institucionais, a concepção de saúde gestada por parte dos/as profissionais (assistencial, gestão, etc.), os subsídios de recursos financeiros e materiais para implementação das ações de educação permanente, as demandas apresentadas pela população beneficiária da

política, dentre outros aspectos.

É sabido - ou assim pelo menos deveria - a existência de normativas ordenadoras, de uma extensa bibliografia, estudos teóricos-políticos sobre tal política e quais meios propostos de experimentá-la, todavia, o campo real também é o mediador das condições de vivências, de experimentações dela. Daí, a importância contínua da reflexividade de qual lugar ocupa o/a trabalhador/a, quais meios são fornecidos pela própria política pública de saúde, tomar como imprescindível o resgate formativo/político dos embates que levaram a política pública de saúde ser/estar como é hoje, os preceitos da RSB, sobretudo, reafirmar o compromisso com a população beneficiária do SUS, portanto, este advém do compromisso com a formação permanente, no tocante de melhor compreender como as expressões do viver, do dia a dia, interligam-se ao contexto de saúde.

Na medida em que exige maior dedicação, interlocução de adoção de novas intervenções no campo de atuação profissional, incorpora uma gama de novos saberes ao/a profissional, colaborando a fim de “sair daquela acomodação que todo mundo acaba caindo.” (VASCONCELOS et. al, 2018, p. 349). Lopes et. al (2007) coadunam ao complementar o pensamento do Vasconcelos et. al (2018), nos remetendo ser possível permitir um olhar transformador para o fazer, sendo a educação permanente um meio para que o encontro entre o mundo da formação e o do trabalho se incorpore ao cotidiano das organizações, pois se baseia na aprendizagem significativa desenvolvida no lócus da atuação profissional. Alguns dos trechos das falas dos/as profissionais, demonstram de como acreditam ser a aplicação das ações de educação permanente, no dia a dia do cuidado nos processos de atenção à saúde. Vejamos:

É tudo. É todos os dias. Educação hoje você ensina, amanhã você ensina de novo. Não para. A tendência das pessoas é se renovar, os pacientes se renovam, as gerações se renovam. Então, se eu falar hoje para uma geração o que eles têm que fazer, higienizar as mãos, consumir frutas... amanhã já é outra geração. Então, é pra ser contínuo. (Preceptor/a de Campo - 03).

É estar se atualizando, tá se reunindo para estudar, trazer os casos mais difíceis, mais complicados. Pensar juntos a dificuldade de tal questão, vamos chamar alguém pra discutir isso pra gente. O próprio grupo se reunir e discutir aquele momento. É pensar as questões que a gente vive. (Profissional-residente - 05).

É o que a gente costuma fazer... Educação em saúde, tentando trabalhar aquele paciente, tentando mudar os hábitos, tentando mudar, mostrando o autocuidado daquele paciente de acordo com a realidade dele e junto aos profissionais é a atualização do conhecimento desses profissionais. Todo dia vem uma coisa diferente. A gente procura estar estudando. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

Aqui abrimos parênteses para a fala do/a Preceptor/a de Núcleo - 02, quando remete-se à mudança de hábito. Caímos na armadilha de supervalorizar o trabalho na saúde enquanto condição de mudança comportamental, dos hábitos. Refletimos pouco sobre isso.

Refletimos pouco sobre quais práticas devemos inserir nos serviços de acordo como as demandas apresentam, de acordo com o enfoque apresentado pela população beneficiária da política, e não sobre o que o/a profissional atribui como concepção de saúde, revalorizando o pensamento desvinculado do conceito de saúde ampliada. Caímos na armadilha do aporte técnico, palco tradicional e favorito das profissões de/na saúde. Um exercício profissional junto à população beneficiária da política, por via de uma concepção reduzida de saúde. Uma concepção engessada, algumas vezes consolidada por preceitos morais e preconceituosos – muito comuns – na prática de atenção à saúde. As práticas de educação permanente devem possibilitar a reavaliação do processo de trabalho, por isso, o trabalho em saúde requer a reflexão crítica permanente dos próprios processos que incluem a saúde, estes são diversos e devem ser dispersos dos ditames tradicionais.

Na contemporaneidade, principalmente, não é mais permissível a compreensão da saúde vista por lentes da ausência da doença. Tanto a saúde quanto a doença perpassam por questões objetivas basilares dos determinantes sociais: lazer, moradia, alimentação, cultura, trabalho/emprego e renda, etc., sobretudo, quanto às questões subjetivas elevadas enquanto graus de importância, como por exemplo: a espiritualidade, a reflexão e autoidentificação étnica-racial, a concepção de classe social, o exercício do direito à cidade, aos espaços públicos, dentre outros. Ambos pressupostos de saúde são ramificações inerentes aos próprios processos de saúde, os quais por vezes perpassam atravessados nas linhas da invisibilidade nos espaços/instituições de saúde, e como já bem discutimos, instituições são formadas por agentes. Os mesmo que também atendem direta ou indiretamente os/as usuários/as-pacientes.

A fala do/a nosso/a interlocutor/a a grosso modo, nos parece aceitável e até mesmo cotidiano, corriqueira... Comum aos nossos ouvidos. Todavia, não é apenas uma fala disparada, descontextualizada do campo de atuação profissional. É a prática real exercida em muitas instituições de saúde. Antes de qualquer desejo de mudanças de hábitos é preciso compreender criticamente acerca da desmistificação de quais hábitos são postos como aceitáveis. É abrir-se para uma melhor proximidade de quais vetores subjetivos dialogam com as questões objetivas e subjetivas de saúde, provocado por estratégias para uma melhor apropriação do contexto de vida que o sujeito possui.

Acontece muita educação continuada. Tem profissional que fica muito tempo no setor, não tem acesso. É feita praticamente para os acadêmicos. As pessoas que realmente estão no serviço, na prática, não conhecem e acessam a Educação Permanente. Penso que a Educação Permanente traz atualização para o serviço, pra categoria, melhoria para a assistência. Mas aqui, não consegue alcançar o objetivo principal para os profissionais que estão dentro dos setores. (Preceptor/a de Núcleo - 06).

Com isso chegamos ao ponto chave deste subtópico. Lançamos o seguinte questionamento, como os/as trabalhadores/as envolvidos/as no HM com a RIS/ESP-CE – ênfase Cardiopneumologia, suscitam estratégias de compreender o contexto global, holístico de saúde do/a usuário/a-paciente em acompanhamento especializado no Hospital de Messejana, baseados/as nas ações de educação permanente em saúde? A partir de qual táticas, enfoques dirigem suas ações para uma maior proximidade do contexto global, real de saúde da população? Quais aspectos formativos são/devem ser desenvolvidos? Aqui, retomamos o *Quadrilátero* da saúde (Gestão, Ensino, Controle Social e Trabalho) sugerido por Ceccim e Feuerwerker (2004). Quatro importantes eixos, os quais permitem o cotejamento do debate crítico de inserção de novas práticas de saúde, avultadas pelo quadrilátero, fomentando as ações de educação permanente, por conseguinte, a política pública de saúde.

A prática em experimentação aqui referida é a formulação de uma política pública apresentada pelo Ministério da Saúde para a educação dos profissionais, sustentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e proposta para implementar processos com capacidade de impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p. 42).

Lembremos da contribuição de Alencar (2018) ao corroborar de não haver formas específicas de interação dos quatros eixos do quadrilátero. Todavia, a experimentação prática do quadrilátero, como já dissemos, não pode ser executada isoladamente do contexto social, de saúde da população beneficiária das políticas. Ao chegarmos em campo constatamos, os/as profissionais desconhecem sobre do que se trata, remete o quadrilátero em saúde.

O quadrilátero que eu conheço é de um equilíbrio difícil, mas necessário. Os próprios Residentes não têm o hábito, o costume de manter este equilíbrio, mas eu acredito que com a presença deles vai me fortalecer cada um dos lados. (Ex-gestor/a, Coordenador/a da Residência Médica - 01).

Nenhum/a dos/as entrevistados/as sabiam ou souberam desenvolver ideias sobre o quadrilátero. Segundo as falas, não tinham ouvido, contato e/ou não possuem conhecimento. É um corpo profissional docente, discente conduzidos por uma política de saúde, de educação permanente, de um Programa de Residência, portanto, devem ter conhecimento mínimo que seja acerca do quadrilátero. De certa maneira, podem até exercer no seu dia a dia alguns ou todos os eixos do quadrilátero, sem mesmo saber que estão exercendo. Ao mesmo, tempo que tomar conhecimento dele, não faz com que sua aplicação no contexto diário de saúde exista.

O corpo docente-estruturante da RIS possui obrigatoriamente a responsabilidade política-pedagógica em desenvolver em seus Programas estratégias de ação prática do quadrilátero, considerando ser a IES formadora. É ela a IES disparadora de projeto formativo.

Em conjunto com as instituições parceiras, as quais recebem os Programas, devem atuar juntas no entorno da formação perspectivada na integralidade da saúde. Os eixos do quadrilátero são essenciais para consolidação do movimento de formação profissional. Como Medeiros (2016, p. 32) endossa “o quadrilátero procura teorizar e estender a ideia de integralidade ao âmbito da formação do profissional em saúde”. Vincent (2007) alui que o enfrentamento desse impasse é um dos vetores decisivo para a implementação de estratégias político-pedagógico gerenciais, que verdadeiramente sustentem o processo de trabalho em saúde pública na sua integralidade.

No decorrer das entrevistas, apresentamos de maneira generalista, global quais pressupostos, de acordo com estudos apresentados por autores/as que desenvolvem a temática. Ora, não estivemos na ESP, na RIS/ESP, no HM apenas para coletar informações a fim de captar insumos para uma pesquisa. Estivemos também no movimento de aprendizagem e compartilhamento de conhecimentos. A troca era viva. Ao passo que acompanhávamos o dia a dia da RMS em Cardiopneumologia no HM, um cotejamento de ideias, reflexões surgiam para nós, constantemente. Movimento fluído também aos/as nossos/as entrevistados. Também perguntamos sobre determinadas ações, o porquê desempenhavam tal ação, função e a forma com que realizavam o trabalho em saúde, abria-se uma janela para autorreflexão, inclusive, dos processos de trabalho que estavam inseridos/as.

Recordamos, em uma das entrevistas explanamos, dialogando sobre os conceitos do quadrilátero, seus eixos, bem como, as possíveis maneiras de inseri-los no percurso de formação profissional, vista o que Ceccim (2017, p. 335) “articulação do ensino, da atenção, da gestão e da participação para que o exercício e a formação em saúde sejam lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e de alta responsabilidade com o acolhimento, com a resolutividade e com o desenvolvimento da autodeterminação dos usuários”. Ao fim da explanação/diálogo, um/a dos/as entrevistado/a nos remeteu a seguinte fala:

É preciso saber que a proposta da Residência tem outros espaços de formação, que é focar no quadrilátero. (Preceptor/a de Campo - 01).

Identificamos, no dia a dia, os/as profissionais exercem alguma das práticas de formação correlacionadas ao quadrilátero, porém, desconhecendo o conceito, as diretrizes e as maneiras de fomentá-lo, relatavam não saber que estavam desenvolvendo. Ensino-serviço e formação pelo/no trabalho, por exemplo, são eixos fundantes de práticas do quadrilátero em saúde. Eles aparecem no cotidiano da Residência em Cardiopneumologia da RIS/ESP-CE, no HM, aparecem descritos e como um dos objetivos macros da composição do projeto político pedagógico, no Regimento Interno e demais arsenais de documentação da RIS/ESP-CE.

Nas entrevistas, após disposto do diálogo sobre o quadrilátero na formação em saúde, lançávamos a seguinte pergunta aos/as nossos/as entrevistados/as: Você acredita que a RMS em Cardiopneumologia consegue alcançar os quatro eixos do quadrilátero? Entre os quatros, há mais ou menos ênfase em algum?

Controle social no âmbito hospitalar não. Não é trabalhado, não. É um dos pontos que precisaria crescer. (Profissional-residente - 04).

O controle social, sabemos que não se aplica. Nunca conseguimos aplicar. (Preceptor/a de Campo - 02).

Controle social é o que tem menos espaço. A parte de gestão, a gente precisa caminhar mais. (Profissional-residente - 06).

Avançar a gestão e controle social dentro do desenvolvimento de habilidade dos Residentes. Pode até haver entre os Residentes, alguns com mais habilidades da gestão, mas ainda não é demonstrado e não é puxado o fomento. O próprio processo de trabalho não ajuda a desenvolver essa inclinação. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

Controle social é o desafio. Vivemos uma fragilidade da voz do povo. Vemos fragilidade nos conselhos locais. Na própria Ouvidoria do hospital. As pessoas têm muito medo de falar, de abrir a boca e falar do que não estão satisfeitas. Não acreditam que tenham resultados. A gente tem várias demandas no ambulatório que precisam ser ouvidas, mas os pacientes não possuem a cultura e nem mesmo os profissionais. Acredito que o hospital tinha de ter o Conselho pra discutir as questões. Acaba que o controle social se limita à Ouvidoria. (Orientador/a de Serviço - 01).

O significado de participação e controle social é deslocado, sendo reduzindo restritamente ao setor da Ouvidoria do Hospital de Messejana, que a depender de quem esteja à frente, a conjunção dos objetivos profissionais estará alinhada aos institucionais, inferindo em um ineficaz espaço de representação social. Não é possível, de tal maneira, emanar o trabalho de empoderamento político, sem que os/as beneficiários/as da política participem efetivamente dos processos envolventes a ela, seus direcionamentos, as estruturas de gestão, pois estes são demarcadores imersos a realidade no processo de assistência de atenção à saúde. Inclusive, as da própria população beneficiária da política, os/as usuários/as-pacientes, os/as quais dentro dos espaços de controle e apresentação social, podem requerer, por exemplo, uma capacidade mínima orçamentária da política, o quantitativo dos recursos profissionais no HM, a concessão de benefício socioassistencias oferecidos pela própria, maior publicização dos serviços realizados, prestação de contas, ações intersetoriais com outras políticas públicas, dentre outros.

A concepção de participação social centralizada na formalização de sugestão, críticas, elogios na Ouvidoria do HM, compromete a interlocução exponencial dos espaços de controle social para com a população beneficiária da política. Ouvidoria, não garante as premissas exigidas de lugar de representatividade política. Pensar sob tais bases, indica a

banalização da significação dos espaços de controle social. Ao fazer a pesquisa, procuramos saber a localidade da Ouvidoria. Identificamos não haver na instituição informativos da localidade, dias/ horários de funcionamento. Aqui, revelamos, das quatro vezes que estivemos no setor, apenas uma, estava aberto.

As atividades pedagógicas das Residências em Saúde orientam de acordo com a normativa da CNRMS, 20% da carga horária teórico-prática para estudos, ações e vivências “controle social, reuniões de território ou de linha de cuidado, contatos intersetoriais, ações de saúde coletiva e comunidades de práticas em ambiente virtual ou de telessaúde” (CECCIM, 2017, p. 334). Um dos principais desafios ainda da Residência da RIS/ESP-CE, no HM, trata-se do sentido de fomentar os espaços de descentralização de participação, controle social (conselho local, por exemplo). É uma prioridade irrevogável rever de qual forma é possível garantir a ampla abertura dos espaços de controle social na instituição.

Nos questionamentos até onde podemos avançar no controle social nos espaços de saúde, inclusive, no âmbito hospitalar? Precisamos compreender, que as unidades hospitalares são lugares complexos, com estruturas orgânicas geradoras de produção de saúde, ao mesmo tempo, conflito, interesses. Quais as táticas podem ser fomentadas enquanto instrumentos de promoção de emancipação política da população beneficiária da política, no HM? É preciso redefinir urgentemente as estratégias, considerando não apenas garantir os espaços de controle social, sobretudo, garantir ação socioeducativa, política destes espaços, incluindo o conjunto dos agentes ligados ao HM, desde os/as trabalhadores/as aos/as usuários/as-paciente, com participação paritária. Um espaço de encontro entre usuários/as beneficiários/as da política, trabalhadores/as dos diversos Serviços, linhas de cuidados, setores, departamentos do HM.

Nossa pesquisa também buscou avaliar se/como o projeto pedagógico da RIS/ESP-CE, desenvolve as competências de gestão, docência aos/as profissionais envolvidos/as na RIS/ESP-CE – ênfase Cardiopneumologia, no HM. Ora, estes/as estão em processo de formação e podem ocupar cargos de gestão na política de saúde, podem tornar-se coordenadores/as de um Programa de Residência, docentes de outros/as discentes, preceptores/as de núcleo, campo, orientador/a de serviço, orientador/a do Trabalho de Conclusão de Curso (TCR), etc. Perguntamos aos/as nossos/as entrevistados/as se acreditavam que a Residência da RIS/ESP-CE – ênfase Cardiopneumologia, no HM, forma competências profissionais para gestores/as além de formar profissionais para assistência?

A Residência é pra formar profissionais pra prática, assistencial. É aquele profissional que fica dentro da assistência. Não aproveita para outras áreas, mas para assistencial. Não aproveita o investimento amplo de conhecimento. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

De gestão não. Tem uma Residência específica, mas para o hospital, não. Mas, tem potencial nos módulos que a gente participa, das ações que disparadas pra gente. (Profissional-residente - 04).

Na parte da gestão menos, mas nas outras (*dimensões do quadrilátero*) sim. Poderíamos colocar algumas disciplinas mais específicas de gestão. (Grifos nossos). (Profissional-residente - 06).

Tem muito o perfil do Residente. Tem Residente que não se identifica com nada de gestão, que não gosta... Diz logo, que na ESP tem uma Residência já. Agora, têm alguns outros, que percebemos que estão à frente de tudo, que gostam da parte gerencial, de inventar ações, projetos, de se envolver com essas partes. Se envolvem com tudo que podem. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

Os/as profissionais desenvolvem conhecimento na área da assistência, da formação em serviço, porém, as habilidades e competências para gestão são insuficientes. É preciso mais investimento, afinal de contas, são profissionais com uma gama densa de formação, formação pública para atuação na saúde pública, os/as quais podem futuramente ser gestores/as do SUS, ou ainda, sim, não assumir a função/cargo por não terem desenvolvido competências de gestão. Uma gama de conhecimento/formação, que por vezes é compartilhada entre os/as profissionais-residentes com estudantes da graduação. Enquanto profissionais já graduados/as, com devido registros nos respectivos conselhos de classe, acompanham estagiários/as. É de praxe a realidade nos Programas, profissionais-residentes assumirem o acompanhamento, não assinam a papelada burocrática, mas por detrás das cortinas são os/as supervisores/as de campo:

Na medida que vamos entrando na Residência, a gente também vai acolhendo estagiário. Vamos tendo experiência de preceptor. Na gestão, não forma, talvez ajuda a formar. (Profissional-residente - 01).

A parte de docência, a gente acompanha muitos estagiários e como a gente tá aqui todos os dias, doze horas do dia, os estagiários ficam muito com a gente Residente. E dentro do projeto da gente, tá constantemente estudando, a gente acaba fazer muita troca de estudo docente. (Profissional-residente - 06).

Sem dúvidas, existem os benefícios do compartilhamento das expertises, do conhecimento, da importância da interação, etc. É incontestável. O que está em xeque de discussão, transpõe sobre qual forma tem se desenvolvido, já que não é proposição pedagógica da Residência, a permanência da supervisão direta dos/as alunos/as da graduação, em conformidade dos preceitos da lei nacional do estágio. Sobretudo, por não ser um dos objetivos macros da PPP da RIS/ESP-CE, que considera o/a profissional-residente um/a profissional em formação permanente, na modalidade da Residência. Espaços disparadores de trocas de conhecimentos devem ser fomentados, no sentido de aproximar profissionais já graduados/as aos/as graduando/as (potenciais futuros trabalhadores/as do/no campo da saúde) a realidade do contexto de vivência da política de saúde, do SUS. Na prática do cotidiano, os/as profissionais-

residentes absorvem a demanda de acompanhamento, na qual deveria ser de responsabilização do/a supervisor/a de campo (profissional contratado) indicado/a pela instituição recebedora do/a aluno/a em conjunto com a IES.

Constatamos ser impreterível a exigência de disposição da RIS/ESP-CE, do HM e do corpo profissional docente, discente envolvidos na RMS em Cardiopneumologia, concatenado a reavaliação da abordagem de ensino-aprendizado, inserida no cotidiano do se produzir saúde, espaço privilegiado das aprendizagens. Menezes e Dallegrave (2017, p. 256) maturam uma narrativa acerca do cotidiano de trabalho como “espaço de atuação/criação/formação, que em momentos iniciais não eram tão facilmente reconhecidos como tal, foram os principais cenários onde tramas de aprendizagens e (des)aprendizagens se produziam, se reconstruíam”.

A depender da concepção de Educação Permanente por parte dos/as profissionais envolvidos/as com a proposta de educação permanente em saúde, do que conhecem, vivenciam no cotidiano sobre educação permanente, quadrilátero da formação em saúde, pode incorrer ao formato de aprendizagem deslocado do sentido real da política, influenciando não condução do percurso. A pesquisa mostrou ser possível a partir da imersão da RIS/ESP-CE – ênfase Cardiopneumologia, no HM, possibilitar aos/as profissionais rediscutirem os processos formativos da saúde, balizado pela intercessão da educação permanente aos eixos que compõem o quadrilátero.

Achados avaliados/revelados da pesquisa, mostraram, que os/as profissionais docentes/discentes ainda desconhecem o arcabouço teórico, conceitual sobre as práticas do quadrilátero em saúde, fundante nas ações de Educação Permanente. Daí, a importância de rediscussão dos papéis, dos lugares, as formas estipuladas na construção do cuidado em saúde, alinhando às experiências exigidas pelo conjunto de necessidade de formação, dialogada com o contexto real de saúde.

Os vetores circunscritos no quadrilátero, como o ensino pelo/no serviço (trabalho) é um dos pontos altos de desenvolvimento da RIS/ESP-CE no HM, apesar de tecermos reflexão sobre a lógica, concepção da Educação Permanente, perspectivadas ainda por trilhas, aprendizagens limitadas a formação profissional para assistência direta ao/a usuário/a-paciente, na especialidade da ênfase. Ao que concerne o fomento dos espaços controle social, emancipação e participação política dos/as usuários-beneficiários/as da política, analisamos/avaliemos ser é um dos pontos mais escassos no desenvolvimento do PPP. E por fim, pouco se forma gestores/as. As estratégias formativas de docente, gestores/as para o campo

da saúde, consideramos ínfimas - até mesmo por que não, inexistentes - . Há de se repensar em ser preciso ampliá-las exponencialmente. Formar mais gestores/as progressivamente para que retornem ao SUS, ocupando, inclusive, cargos de gestão/coordenação de Programas de Residências, setores, departamentos, unidades de atendimento, unidades hospitalares, dentre outros.

8 O QUE FOI E TEM SIDO TECIDO NO AGIR DA IMERSÃO DA RIS/ESP-CE – ÊNFASE CARDIOPNEUMOLOGIA, NO HOSPITAL DE MESSEJANA: DESAFIOS E AVANÇOS

Para este o último capítulo, dividido em quatro subcapítulos, construído a partir da quarta dimensão da Avaliação em Profundidade, espectro temporal e territorial da política, encerramos nossas análises já contextualizadas na avaliação ao longo de todo processo deste trabalho. Focamos a partir de agora alguns dos obstáculos (desafios) e elementos facilitadores (avanços), disparados na/pela RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no contexto do HM. Nada mais é do que, o destaque que demos ao território central da pesquisa, ou seja, o chão que pisamos, percorrendo as vias institucionais junto aos/as interlocutores/as. No primeiro subcapítulo, apresentamos nossos/as interlocutores/as participantes e colaboradores/as da pesquisa.

8.1 Quem são nossos agentes interlocutores/as na/da pesquisa? Uma avaliação necessária a partir dos Indicadores Socioculturais produzidas no campo: O perfil sociodemográfico, acadêmico e profissional dos/as entrevistados/as no Hospital Estadual de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM)

Partimos da premissa deste trabalho ser tecido sob a perspectiva da abordagem experiencial lançada por Lejano (2012). Ao mesmo tempo, orientado pela perspectiva avaliativa em profundidade, como já bem explanado. Portanto, nossa pesquisa não detém apenas indicadores demonstrativos de eficácia, eficiência e efetividade. Já discutimos outrora o porquê da construção de indicadores que não sejam balizados em informações punhadas exclusivamente na perspectiva quantitativa. Inclusive, trouxemos a importância em ressaltar, os indicadores socioculturais desvelados e produzidos no campo da pesquisa.

Repetimos a dizer, sentimos a necessidade de dialogar e visibilizar quem são os/as nossos/as entrevistados/as, de acordo com as experiências permitidas na pesquisa, alinhadas às análises e avaliações dos indicadores socioculturais desvelados e produzidos em campo. É preciso ressaltar um dos entraves, não conseguimos realizar as entrevistas formalizadas com o corpo docente-estruturante da RIS/ESP-CE. Uma parte da equipe que esteve à frente da condução desde a implementação da Residência, deixou os cargos e funções, desligando-se da RIS, rescindindo o contrato de trabalho com a ESP-CE, em março de 2019, logo no período que começamos a emergir ao campo. Eles/as deixaram de ser profissionais da RIS/ESP-CE e de qualquer outro setor da ESP. Até o fim de 2020, a equipe dos/as docentes do corpo-estruturante continuou no processo de reestruturação. *Um efeito troca troca de profissional.* Com

a saída destes/as profissionais em março, instalou uma espécie de convenção do silêncio. Nada era ou poderia ser dito por linhas verbalizadas. Mas, com o silêncio, nos disseram tudo.

Fizemos as tentativas de entrevistar os/as demais profissionais restantes do corpo docente e os/as recém chegados/as à RIS/ESP-CE. Lançamos diversos convites pessoalmente, por contato telefônico, e-mail, grupo de mensagens, redes sociais, todavia, não obtivemos êxito. Mesmo não ocorrendo as entrevistas formais, ainda sim, continuamos cumprindo a imersão, acompanhando algumas atividades da RIS na ESP, da RIS com as instituições parceiras dela. Além de termos tido o acesso a documentos oficiais da instituição. Em dados momentos do trabalho, continuamos a citar trechos ou partes deles concernentes aos diálogos não formalizados, registrados em diário de campo durante a pesquisa. Ao citarmos as falas, fizemos sem a identificação de função, cargo ocupado na RIS/ESP-CE.

Ressalvamos, que decidimos pela permanência dos apêndices contendo os roteiros das entrevistas semiestruturadas que seriam aplicadas ao corpo docente-estruturante, os quais serviram de base para orientar o direcionamento do que se observar e quais as documentações institucionais precisaríamos para subsidiar nossas análises/avaliações. No próximo subtópico, apresentamos um estudo analítico e avaliativo dos indicadores socioculturais extraídos dos dados da pesquisa de campo e das entrevistas aos/as nossos/as interlocutores/as do segundo *locus* de pesquisa, no HM.

8.1.1 Perfil sociodemográfico dos agentes interlocutores/as da pesquisa - locus Hospital do Coração

O estudo realizou o perfil sociodemográfico, acadêmico e profissional dos/as entrevistados/as no HM, tidos como entrevistados/as *formais* (entrevistas em que os/as participantes assinaram o TCLE). Do universo total da pesquisa, ou seja, todos/as profissionais envolvidos/as na Residência Multiprofissional do HM, elegemos como critério de seleção para a amostragem, as informações adquiridas nas entrevistas semiestruturadas realizadas com 22 participantes atuantes na atenção à saúde, no contexto cardiopneumonar, locus da nossa pesquisa. A técnica utilizada para qualificação e o aprimoramento dos dados, foi a análise de conteúdo (destacada e discutida na seção da metodologia), desde a etapa do planejamento do como fazer a organização da tabulação dados, a leitura e avaliação deles.

Os dados foram retirados do primeiro tópico do roteiro da entrevista semiestruturada. Situamos alguns indicadores socioculturais, que ao mesmo tempo, mostraram-se quantitativos, o que não impede da análise/avaliação não preceder de uma contextualização

da dimensão das relações sociais, pois são relações vivas atravessadoras de história de um ser, um agente importante no contexto da política – ou seja, *locus* do seu acontecimento. Propomos uma avaliação mais abrangente dos indicadores, subsidiada a fatores e fenômenos socioculturais, como, por exemplo, as relacionais de gênero, cor/etnia, faixa etária, dentre outros.

Garantimos aos/as nossos/as interlocutores/as o sigilo total das identidades, prerrogativa das pesquisas realizadas, seguindo as orientações do CONEP, conforme as Resoluções do CNS n.º 466/2012 e a 196/1996. Os nomes fictícios utilizados para indicar os/as entrevistados/as são de acordo com o discriminado na tabela 1. Iniciamos, apresentado o panorama geral das 22 entrevistas *formais*.

Tabela 1 – Indicador quantitativo de profissionais entrevistados/as.

(continua)

CLASSIFICAÇÃO DO GRUPO PROFISSIONAL	QUANTIDADE DE PARTICIPANTES	NOMES FICTÍCIOS NA PESQUISA
<p>Corpo Discente: Profissional-residente R1 e R2</p> <p>Profissional pós-graduando/a em Programas de Aperfeiçoamento e Especialização, na modalidade de Residência em Saúde.</p>	06 participantes	Profissional-residente – 01 Profissional-residente - 02 Profissional-residente - 03 Profissional-residente - 04 Profissional-residente - 05 Profissional-residente - 06
<p>Corpo Docente-assistencial: Preceptor/a de Campo</p> <p>Profissional docente de qualquer graduação. Acompanha as equipes dos/as discentes nos serviços/setores.</p>	04 participantes	Preceptor/a de Campo - 01 Preceptor/a de Campo - 02 Preceptor/a de Campo - 03 Preceptor/a de Campo - 04
<p>Corpo Docente-assistencial: Preceptor/a de Núcleo</p> <p>Profissional docente graduado/a na mesma área de concentração do profissional-residente.</p>	08 participantes	Preceptor/a de Núcleo – 01 Preceptor/a de Núcleo - 02 Preceptor/a de Núcleo - 03 Preceptor/a de Núcleo - 04 Preceptor/a de Núcleo - 05 Preceptor/a de Núcleo - 06 Preceptor/a de Núcleo - 07 Preceptor/a de Núcleo - 08
<p>Corpo Docente-assistencial: Orientador/a de Serviço</p> <p>*Profissional de qualquer nível de formação, que atuará na perspectiva do campo ou núcleo, nos cenários de lotação e/ou de estágio – plantão. Não realiza acompanhamento longitudinal dos profissionais-residentes, mas instrutorias.</p>	01 participante	Orientador/a de Serviço - 01
<p>Corpo Docente-assistencial: Coordenação de Ênfase</p> <p>Profissional-docente à frente da Coordenação da Ênfase.</p>	01 participante	Coordenador/a de Ênfase – 01

Tabela 1 – Indicador quantitativo de profissionais entrevistados/as.

(conclusão)

Demais profissionais contratados/as temporários ou de carreira, que possuem contato profissional direto ou indireto com a RMS em Cardiopneumologia	02 participantes	Ex-gestor/a, Coordenador/a da Residência Médica – 01 Gestor/a do Centro de Residências em Cardiopneumologia - 01
TOTAL DE ENTREVISTADOS/AS	22 PARTICIPANTES	

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020). *Trecho retirado do Regimento Interno da RIS/ESP-CE (2017).

Dos/as 22 participantes, três estão ou estiverem em cargo/função de gestão: Coordenação das Residências (Multiprofissional ou Médica), na gestão acadêmica, clínica, de pesquisa, etc. Seis estão como preceptores/as de campo ou núcleo, um/uma está como orientador/a de serviço e doze, como profissionais-residentes. As categorias/núcleos profissionais estão concentrados na profissão de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, acrescido do núcleo da medicina (profissionais que possuem contato direto ou indireto o Programa de Residência Multiprofissional). A próxima tabela contemplará os dados tabulados referentes ao número total dos/as 22 profissionais entrevistados/as, concernente a seis informações coletadas da primeira parte da entrevista semiestruturada. As respostas das perguntas são autodeclaratórias.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e acadêmico dos/as participantes entrevistados/as.

(continua)

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO					
IDADE (FAIXA ETÁRIA)	GÊNERO QUE SE IDENTIFICA	COR/ETNIA QUE SE IDENTIFICA	ANO QUE SE FORMOU	ANOS DE FORMAÇÃO/ ATUAÇÃO	MAIOR FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO QUE REALIZOU OU REALIZA
ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2017	Entre 01 a 03	Mestrado
ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2016	Entre 04 a 06	Especialização <i>Lato Sensu</i> (Residência em Área Profissional da Saúde, modalidade Multiprofissional)
ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2017	Entre 01 a 03	Não Possui
ENTRE 24 A 26	Feminino	Branca	2016	Entre 04 a 06	Não Possui
ENTRE 24 A 26	Feminino	Branca	2017	Entre 01 a 03	Não Possui
ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2017	Entre 01 a 03	Especialização <i>Lato Sensu</i>
ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2018	Entre 01 a 03	Não Possui
ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2017	Entre 01 a 03	Não Possui

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e acadêmico dos/as participantes entrevistados/as.

(conclusão)

ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2016	Entre 04 a 06	Não Possui
ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2017	Entre 01 a 03	Não Possui
ENTRE 24 A 26	Feminino	Parda	2015	Entre 04 a 06	Não Possui
ENTRE 27 A 30	Feminino	Parda	2014	Entre 04 a 06	Especialização <i>Lato Sensu</i>
ENTRE 31 A 33	Feminino	Parda	2013	Entre 07 a 10	Mestrado
ENTRE 31 A 33	Feminino	Branca	2009	Entre 10 a 13	Especialização <i>Lato Sensu</i>
ENTRE 34 A 38	Feminino	Branca	2005	Entre 15 a 18	Doutorado
ENTRE 34 A 38	Feminino	Branca	2002	Entre 10 a 13	Doutorado
ENTRE 40 A 45	Feminino	Parda	2009	Entre 10 a 13	Mestrado
ENTRE 40 A 45	Feminino	Parda	1998	Entre 20 a 25	Mestrado
ENTRE 50 A 70	Feminino	Parda	1985	Acima dos 31	Doutorado
ENTRE 50 A 70	Masculino	Branca	1990	Entre 26 a 30	Doutorado
ENTRE 50 A 70	Masculino	Branca	1984	Acima dos 31	Doutorado
ENTRE 50 A 70	Feminino	Parda	1982	Entre 26 a 30	Especialização <i>Lato Sensu</i>

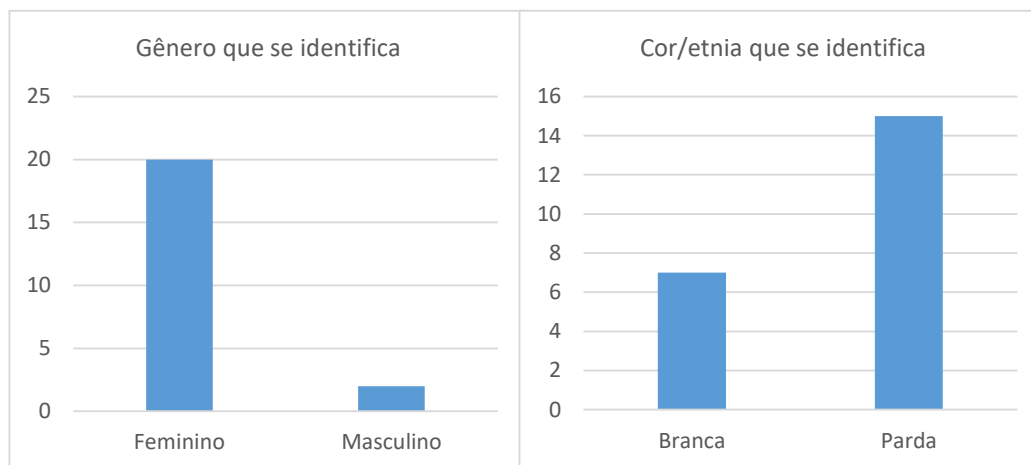
Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

De início, apresentamos os dados tabulados e a avaliações deles, destacando as respostas referentes às perguntas relacionadas a autodeclaração de gênero e cor/etnia de acordo com a autodeclaração. Entre os/as 22 interlocutores/as da pesquisa, a faixa etária predominante é a dos 24 aos 26 anos, seguido dos/as profissionais com idade entre 50 a 70 anos. Dos/as 22 participantes, 20 se identificam com o gênero feminino. Podemos assegurar ser unânime a presença da mulher nesta pesquisa. Afirmamos isso, pois no decorrer da imersão de campo no Hospital de Messejana e na ESP-CE é anunciado, as profissionais estão em maior número. Não só nas entrevistas aparecem como maioria. Elas estão distribuídas nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais. No HM, distribuídas nos setores e departamentos da clínica, da cirurgia, do ambulatório, da administração, da assistência, nos serviços operacionais, da docência, e em muitos outros. Embora, a função, a hierarquia dela, a estrutura de poder não estejam alinhadas ao do corpo profissional masculino.

Os lugares e papéis para homens e mulheres, assim, para profissionais masculinos e femininos, como sabemos são construídos social e historicamente – acrescentamos o limiar político. Os cargos e funções de chefia ainda são pouco garantidos às mulheres. Há resultados negativos nesse modelo de hierarquização do corpo masculino sobre a mulher, além de alcançarem menos cargos de chefia, gestão, recebem salários abaixo dos colegas homens. Exponencialmente contraditório, uma vez que, paulatinamente, no âmbito do espaço privado, domiciliar, em sua maioria, tem as mulheres como mantenedoras e chefes de família.

Uma história cravada sob forte construção social e estrutural de práticas históricas culturais, as quais precisam cotidianamente serem questionadas, de modo até conseguirmos garantir a inserção equânime entre as relações de gênero. O primeiro gráfico abaixo nos mostra como os/as participantes se autoreconheceram, identificaram-se em relação ao gênero e a cor/etnia.

Gráfico 3 – Autodeclaração de gênero e cor/etnia.



Fonte: Elaborado pelas autoras, (2020).

Como demonstrado, o gênero feminino é unânime. Dos/as 22 entrevistados/as, 20 se reconheceram com o gênero feminino. Além desse indicador, nos deparamos com outro importante, desencadeado a partir dos dados coletados nas entrevistas. 15 entrevistados/as autodeclararam-se pardos/as, os/as demais brancos/as. Todavia, não houve nenhuma declaração de preto/a⁹², embora, alguns/algumas poucos/as (de fato) apresentassem algum fenótipo afrodescendente – ínfimo que seja. Ser preto/a, negro/a não se restringe a cor da pele.

Aqui, provocamos um outro desdobramento, mesmo considerando as perguntas serem autodeclaratórias, assim como prescritas no roteiro de entrevista, destacadas as respostas na tabulação contida na tabela 2 e publicizadas no gráfico 3, traçamos a discussão urgente sobre a questão da relação étnica racial. Esclarecemos, que não nos convém esgotar o debate da problemática ou derrubar a muralha dela. Advoga-se para isso, no mínimo, merecer aprofundamento analítico, crítico sobre tal, cujo não é o objetivo fim desta pesquisa.

⁹² A autoidentificação étnica/racial preto/a é utilizada pelo IBGE. É importante esclarecer, uma parte da corrente do movimento negro, discute e lança outra autoidentificação, negro/a. Não há um modelo consenso mesmo no próprio movimento negro em relação à autoidentificação étnica/racial, afinal de contas temos um nome civil, que podemos ser chamados/as por ele, inclusive. E como diria a escritora negra Carolina Maria de Jesus (2014), se é que existe reencarnações, eu quero voltar sempre preta. Neste trabalho, escolhemos por adotar ambas autoidentificações.

Consideramos ser uma das características de construção de indicadores socioculturais em um pesquisa pós-constructivista, a ação política na avaliação dos dados e a escrita deles. Desejamos, assim, aproveitar o espaço desta pesquisa e lançar provocações, quase nunca ou muito pouco estimuladas no cotidiano social, seja na docência, na religião, no mercado de trabalho, no campo das políticas públicas, no campo da formulação, análise/avaliação das políticas públicas, etc.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE⁹³, realizada em 2019, indicou que pelo menos 56,10% da população brasileira autodeclara-se parda ou preta. São ao menos, 19,2 milhões de habitantes assumidos/as pretos/as e 89,7 milhões, pardos/as. O IBGE considera os/as que autodeclararam pretos/as, pardos/as são pertences da população negra, de tal modo, esse número aumenta para 108,9 milhões de negros/as. O que podemos concluir como resultados deste saldo? O grave apagamento da história afroindigenareferenciada, a qual foi suprimida pela fabulação do mito da “democracia racial”⁹⁴ e da “mestiçagem”⁹⁵, nos seduzindo a uma falsa autenticidade racial embutida no padrão de embranquecimento eurocentrado, que nem sequer conseguimos, ou ainda, pouco conseguimos, desnudar uma concepção étnica racial transcrita a um povo negro/preto por um povo branco, que autodenominou-se colonizador. Foi assim que construíram cotidianamente o ideário de Brasil, o imaginário social.

Os movimentos negros e antirracistas impulsionados, não recentemente, a atuarem na luta para além de afirmarem a negação violenta das relações naturalizadas de racismo estrutural⁹⁶ no Brasil, estabelecem a urgência da adoção de mecanismos para superação da

⁹³ Dados captados da revista eletrônica Folha-PI, no endereço eletrônico < <https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2019/11/20/consciencia-negra-numeros-brasil/>> Checagem no site institucional do IBGE. <https://sidra.ibge.gov.br/tab_ela/6403/> Acessos realizados nos dias 12 de abril e 25 de maio de 2020.

⁹⁴ Gilberto Freyre, no livro *Casa-Grande & Senzala* (2003), trabalha com a ideia de que há um equilíbrio nas relações raciais entre negros/as-pretos/as e brancos/as no Brasil. Era como se existisse uma singularidade na nossa cultura da ausência do racismo e do seu elemento de segregação racial. Tal visão se transformou no mito fundante do Estado Novo varguista, responsável pela ideia do desenvolvimento/modernização do Estado brasileiro. Foi no governo Vargas que a ideia de uma democracia racial se instalou. Outros que seguem a trilha de Freyre é o antropólogo Darcy Ribeiro, no livro *O Povo Brasileiro: A formação e o sentido do Brasil* (2015) e o historiador Sérgio Buarque de Holanda, no livro *Raízes do Brasil* (1995). Não é que esses autores não percebam a complexidade da questão racial brasileira e não colocaram questões importantes para entendermos a formação do Brasil, mas ajudam a corroborar a ideia original de Freyre, dando uma centralidade a visão do dominador como fundante das nossas relações sociais, do Brasil *miscigenado*, permissivo, livre de preconceitos. Um Brasil de um ideal de passado vivo no ideal do futuro.

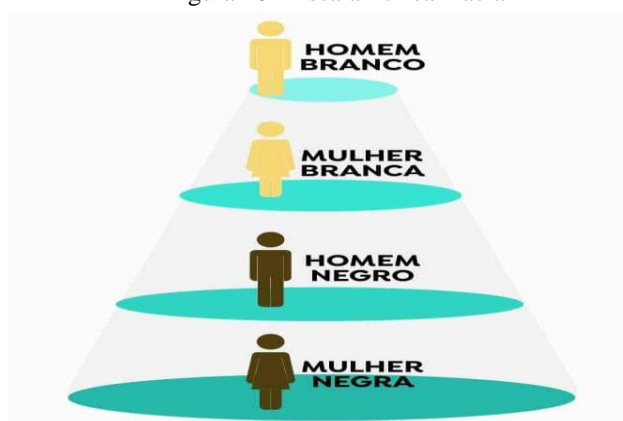
⁹⁵ Indica-se a leitura do livro *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil - Identidade Nacional versus identidade negra*, do antropólogo negro Kabengele Monanga (1999).

⁹⁶ Para o advogado e pensador negro Silvio Almeida (2018, pp. 15/16), o conceito de racismo estrutural implica em dizer: “ser um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade (...) é a manifestação normal de uma sociedade, e não um fenômeno patológico ou que expressa algum tipo de anormalidade. O racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para as formas de desigualdade e violência que moldam a vida

exclusão histórica da pessoa negra/preta. Destarte, se considerarmos realmente não haver pessoas negras/pretas entrevistadas, de acordo com a autodeclaração, já que a amostragem foi apenas de 22 pessoas do grande universo da pesquisa, nos perguntemos: Onde estão as pessoas pretas nos espaços de saúde, de saúde pública? Onde estão os/as trabalhadores/as pretos/as? Estão eles/as tão invisibilizados/as nesses espaços que não são percebidos/as? Não seria mais um investimento dos mecanismos do racismo institucional? É o que a professora e feminista negra Sueli Carneiro (2011), chamou de “a dor da cor”, a invisibilidade da pessoa negra/preta.

Aqui indicamos um segundo saldo concernentes da pesquisa, as pessoas pretas/negras estão nos espaços de saúde, inclusive, como maior população usuária, beneficiária direta da política pública de Saúde, do SUS. Enquanto profissionais da saúde, continuam no escalonamento próximo ao das mulheres (a depender da cor desta mulher), trabalhadores/as pretos/as ainda ocupam cargos, funções e salários mais baixos até mesmo do que mulheres.

Figura 20 - Escala Étnica-Racial



Fonte: Imagem retirada do endereço eletrônico www.tranformese.com.br

A imagem acima denota de forma geral o escalonamento entre as relações de gênero e étnico-racial, estabelecida seguidamente no topo da pirâmide por homens brancos, abaixo estão as mulheres brancas, em terceira escala, homens negros e no último escalão, mulheres negras. É o duro retrato do racismo. Na experiência do Brasil, muito fortalecido por fenômenos provenientes das barreiras estruturais geradoras *de* e *da* desigualdade processual e histórica no país, as quais aprisionam determinados seguimentos da população a determinados postos, como se as “disparidades fossem naturais, meritocráticas ou providencialmente fixadas” ditas pela filósofa negra Djamila Ribeiro (218, p. 64). No âmbito do mercado de trabalho, Sueli Carneiro

social contemporânea. De tal sorte, todas as outras classificações são apenas modos parciais - e, portanto, incompletos - de conceber o racismo”.

(2011, p. 110) defende com urgência a “adoção de mecanismos para reverter as desigualdades historicamente acumuladas por seguimentos sociais expostos sistematicamente a discriminação no acesso ao mercado de trabalho”.

Nossos governantes nunca foram capazes e interessados em praticar uma agenda política, a fim da reparação dos efeitos que o racismo histórico, processual produziu e produz. Se temos políticas de Ações Afirmativas, como a Lei de Cotas Raciais⁹⁷, por exemplo, é fruto da mobilização dos movimentos negros. De tal maneira, precisamos com mais urgência discutir, garantir políticas públicas de inclusão e acesso de pessoas pretas/negras em diversos espaços sociais, inclusive, os sócio-ocupacionais públicos e privados, com o aparato legal da efetivação das políticas de Ações Afirmativas.

A inclusão delas não garante o fim do que o intelectual negro Silvio de Almeida teceu sobre o conceito e as expressões do racismo estrutural. Todavia, são instrumentos no enfretamento a fim de minimizar as injustiças sociais de quase quatro séculos de escravidão legalizada, no qual extraiu abruptamente o direito das pessoas negras acessaram o que fora construído por elas e pela exploração dos povos indígenas. Foram destituídos/as, principalmente, negros/as escravizados/as de suas religiões, de suas famílias, do acesso à escolarização, à moradia... Foram destituídos/as do acesso à vida por conta da herança da exploração do trabalho indígena, do trabalho negro por toda uma vida. Uma exploração do corpo, de subjetividades, de culturas. Uma exploração perdurada de gerações a gerações. É inadmissível a perpetuação deste sistema cruel e criminoso. Djamila Ribeiro, possui total

⁹⁷ A *Lei Federal de Cotas Raciais*, n.º 12.990 de junho de 2014, sancionada em 2014, pela Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, criada em 2003 no governo Lula como Secretaria Nacional, e no governo Bolsonaro, instituída em 2019, como uma das pastas do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos - podemos dizer praticamente extinta a pasta -, recebe pouca ou até mesmo arrisco a afirmar, nenhuma atenção política e investimos públicos por parte do governo federal, favorecendo a continuidade de uma espécie de anuência em perpetuar as desigualdades sem elas de classes, gênero, cultural, étnicos-raciais, etc.

A *Lei Federal de Cotas Raciais* garante em que todos os processos seletivos e concursos públicos a nível federal, a aplicabilidade compulsória do percentual de 20% das vagas reservadas para candidatos/as autodeclarados negros/as, pardos/as, indígenas. Concorrem às vagas reservadas para candidatos/as cotistas e da ampla concorrência, concomitantemente. Ao ser aprovado/a, o/a candidato/a é submetido/a por uma banca de avaliação de Heteroidentificação, procedimento que visa confirmar a autodeclaração e possui caráter classificatório e desclassificatório. Essa é etapa é imprescindível, pois garante o rastreamento das tentativas de fraudes. Outro exemplo, de Ações Afirmativas, trata-se da *Lei Federal de Cotas* n.º 12.711 de agosto de 2012, a qual decreta o oferecimento de 50% das vagas dos cursos de graduação das Instituições Superiores de Ensino Federal para estudantes de escolas públicas, à pessoas com deficiência, aos/as alunos/as advindos/as de famílias de Baixa Renda e àqueles/as autodeclarados/as negros/as, pardos/as e indígenas. Uma maior possibilidade exercício da equidade social, visto a promoção da diversidade de população estudantil inserida na graduação. A Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foi a primeira universidade pública a implementar tal lei. Hoje, todas elas já a aderiram. Pontuo, precisamos avançar com as políticas de Ações Afirmativas também para o centro dos cursos de Pós-graduação. É essencial. Ao que concerne os Estados e Municípios, ambos têm autonomia de criação de lei própria, nos respectivos níveis, seguindo rigidamente as orientações da Lei Federal.

eloquência (2018, p. 73), ao questionar as estruturas racistas do Estado, inferindo que “se o Estado racista priva a população negra de oportunidades é seu dever construir mecanismos para mudar isso”.

Eu quero ver médicos/as negros/as. Quero poder receber atendimento no serviço de saúde, no SUS, por um/a profissional negro/a. Quero ver chefias, diretorias, coordenadorias compostas por pessoas negros/as. Eu quero ver profissionais negros/as em formação, qualificação profissional *no/do/para* SUS, custeados/as por recursos públicos. Eu quero ver profissionais-residentes negros/as. A RIS/ESP-CE tem 616 profissionais-residentes. Destes/as quantos/as se autodeclararam negros/as? Indígenas? Lembro-me da experiência de Residência. Erámos em duas turmas, cada uma com vinte e quatro profissionais-residentes, totalizando quarenta e oito. Apenas três eram negros/as declarados/as. O grande abismo da disparidade. Volto a perguntar? Em qual local estão os/as profissionais negros/as *da/na/para* saúde?

Lançamos como um dos resultados fruto das análises dos dados avaliados deste indicador sociocultural do perfil sociodemográfico, possibilitando a partir deles, a produção de outros indicadores. Destacamos as ações, as quais devem ser implementadas no processo seletivo das Residências, como meios de garantir a maior inserção de profissionais negros/as na área da saúde:

- Reconhecimento por parte das instituições representativas das Residências em Área Profissional da Saúde (CNRMS) e Médicas (CNRM)⁹⁸, a ausência de profissionais-residentes negros/as nos Programas de Residências;
- Reconhecimento por parte das IES e suas instituições parceiras receptoras dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde e Médicas, a ausência de profissionais-residentes negros/as nos Programas de Residências;
- Incluir e avultar a discussão nos espaços coletivos e representativos no âmbito das Residências em Saúde: Fórum de Residentes; De Preceptores/as, Coordenadores/as de Programas.
- Mobilização de criação de lei própria a nível nacional específica para implantação da Política de Ação Afirmativa de Cotas, voltadas aos processos seletivos das Residências em Área Profissional de Saúde e Médicas;
- Criação da própria Lei de Cotas Raciais por partes das instituições representativas das Residências em Área Profissional da Saúde e Médicas, garantindo a inclusão dela nos processos seletivos das Residências a nível nacional;
- Profissionais da política de saúde em geral, profissionais ligados/as às Residências, IES, Fóruns representativos no âmbito dos coletivos de Residência

⁹⁸ CNRMS (Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde) / CNRM (Comissão Nacional de Residência Médica).

(Residentes, Preceptores/as, Coordenadores/as), instituições receptoras dos Programas, órgãos de representação de classe profissional, movimentos sociais, endossando a luta junto às instituições representativas no processo de criação e implementação da política e do sistema de Cotas Raciais nos processos seletivos, garantido maior inclusão de profissionais-residentes negros/as;

- Inclusão do sistema de Cotas Raciais nos processos de seleção a nível local (estadual e/ou municipal) por parte das IES promotoras das Residências;
- Monitoramento sistemático do acompanhamento pela garantia da implementação do Sistema de Cotas Raciais nos processos seletivos, no sentido de garantir a aplicabilidade da Lei de Cotas, seja esta federal e/ou estadual, municipal criada por meio das IES promotoras das Residências;
- Criação, análise e avaliação de indicadores socioculturais relacionados a temática.

Esses foram alguns pontos elencados a partir da análise/avaliação permitida por indicadores socioculturais produzidos. Eles não param por aqui, há de se pensar e elaborar muitos outros. Há de se fomentar políticas públicas garantidoras de uma maior inclusão de profissionais negros/as dentro das políticas públicas, dentro dos espaços de saúde, nas Residências. Uma ação política capaz de subsidiar dispositivos com objetivo expreso de promover o enfretamento do perverso histórico das desigualdades étnico-raciais em nosso país, as quais repercutem em lugares sociais definidos a determinadas populações.

É de suma importância, o Estado também se reconheça enquanto um dos vetores na operacionalização dos condicionadores, os quais dão sustentação a um país imerso à fortes desigualdades raciais, inclusive, no campo das políticas públicas. O Estado deve ser o principal promotor de políticas inclusivas, em todas áreas, incluindo a política pública de saúde, afinal de contas é um lugar de atuação do/a profissional-residente. É o lugar de atuação da RIS/ESP-CE, das Residências.

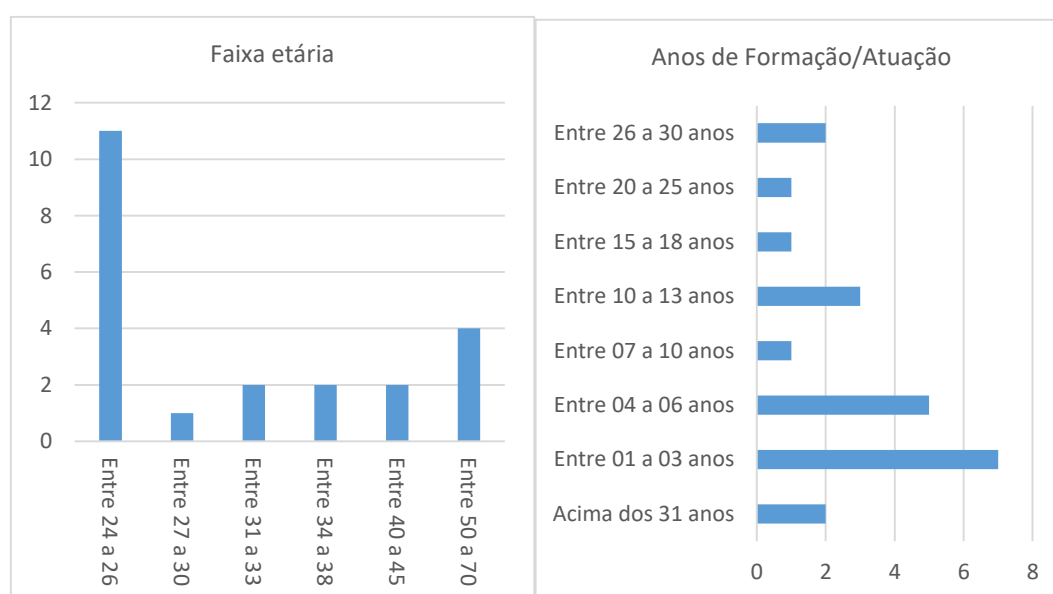
O Estado não pode ser meramente uma instituição simplista, reduzida - ou pelo menos não deveria ser - na promoção e execução das políticas. Todavia, vivemos à sombra do capital, balizado no contexto do neo e do ultraliberalismo, os quais vêm empreendendo por via do Estado políticas restritivas de investimentos, em especial, nas áreas públicas. É urgente que compreendamos quais impactos inferem a elas.

8.2 “No meio do caminho tinha uma pedra. Tinha uma pedra no meio do caminho”⁹⁹: Alguns dos obstáculos encontrados nos (des)caminhos da RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no HM, a partir da análise/avaliação dos indicadores socioculturais produzidos na pesquisa

À luz do trecho do poema de Drummond “no meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho”, continuamos a pesquisa tecendo a partir da construção e da avaliação dos indicadores socioculturais produzidos em campo, análise/avaliação do terceiro objetivo específico do trabalho. Neste subtópico, avaliamos algumas das principais *pedras* identificadas *no meio do caminho* no processo de Educação Permanente da RIS/ESP-CE, no HM. Reverberar-se não ser possível apontar todas as *pedras* somente neste trabalho.

No corpo do trabalho, seja no *começo ou no meio do caminho* subsidiamos elementos analíticos/avaliativos de discussão acerca dos vários elementos dificultadores na execução da RIS/ESP-CE. Nesta parte do trabalho em diante, continuamos elencando algumas das outras *pedras* mais pulsantes, esbarradas no *meio do caminho* da RIS/ESP-CE no *lôcus* do Hospital de Messejana. Para tanto, iniciamos com a montagem do perfil acadêmico-profissional docente e discente, dos/as 22 trabalhadores/as entrevistados/as, engendrado a partir dos indicadores socioculturais permitidos pela extração dos dados captados nas entrevistas, orientadas pelo roteiro semiestruturado.

Gráfico 4 – Faixa etária e anos de formação/atução.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados explorados no decorrer da pesquisa (2020).

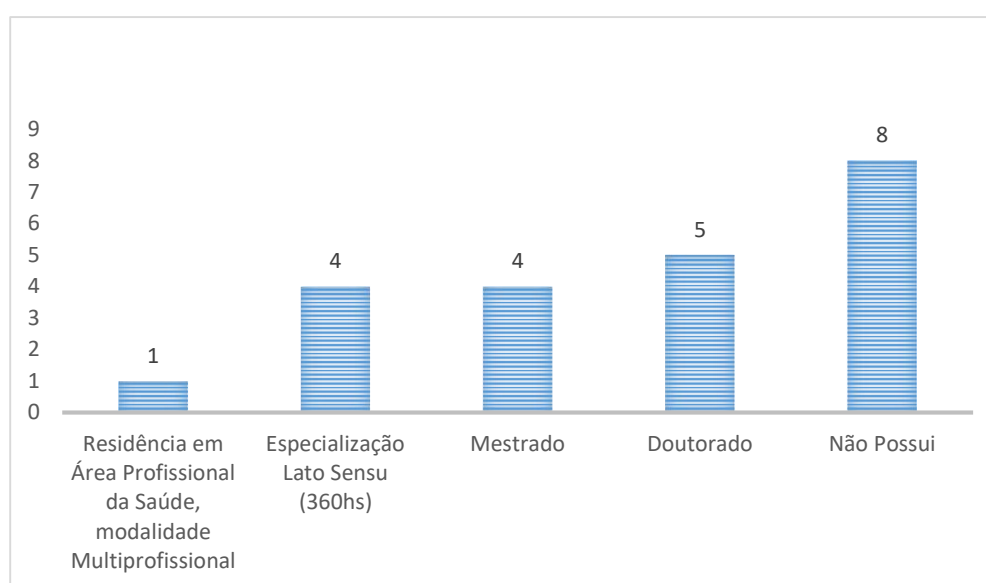
⁹⁹ Trecho retirado do poema *No meio do caminho* de Carlos Drummond de Andrade.

A prevalência de idade é entre 24 a 70 anos, seguido dos/as profissionais com idade entre 50 a 70 anos. O tempo de formação/atuação, a maior média está entre 01 a 03 anos, respectivamente, sete participantes nesta condição. De 04 a 10 anos, temos mais outros sete participantes. Entre 11 a 15 anos e acima dos 15 anos de formação/atuação, temos quatro participantes para cada período de atuação. O tempo de formação e experiência vieram atribuídos como positivo em uma das falas dos/as interlocutores/as:

Nós preceptores já temos mais de vinte anos de formados, pra mim já é alguma coisa. Já é uma bagagem, muita experiência, que é muito importante. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

Quanto à formação acadêmica, o roteiro tratou de identificar a maior formação acadêmica cursada ou em curso. Como vimos no gráfico 4, oito dos/as entrevistados/as afirmaram que a RIS foi a primeira experiência que realizaram de pós-graduação, de tal modo, ainda não possuíam titulação completa de especialistas. Mais quatro dos/as participantes já realizaram pós-graduações *lato sensu* com carga horária de 360 horas. Uma participante possui uma especialização *lato sensu* de Residência em Profissional na Área da Saúde, na modalidade Multiprofissional – componente Comunitária. Quatro entrevistados/as possuem a titulação de mestre/a e cinco, de doutorado. Vejamos o próximo gráfico, a distribuição do quantitativo e das modalidades de formações de pós-graduação dos/as entrevistados/as.

Gráfico 5 – Maior formação de pós-graduação que realizou ou realiza.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados explorados no decorrer da pesquisa (2020).

No mesmo subitem de maior formação, perguntamos em qual área de conhecimento eram os estudos. São diversificadas, englobam a área da Educação Especial, Direito, Políticas

Públicas, Avaliação de Políticas Públicas, Planejamento de Políticas Públicas, Saúde Pública, Saúde Mental, Gestão Pública em Saúde, Cuidados Clínicos, Cirurgia, Oncologia, Saúde da Família, dentre outras. A inclusão das informações profissionais e acadêmicas são base para identificar o avanço no processo aperfeiçoamento da educação permanente dos/as profissionais lotados/as no HM. Alguns dos/as entrevistados, garantiram que a após a entrada da RMS no HM, tiveram quase que obrigatoriamente investir nos estudos de pós-graduação:

Como é uma atividade de docência dentro de uma especialização na modalidade de Residência, a própria ESP pede uma qualificação desse profissional, inclusive, pra continuar as atividades de orientação dos trabalhos de conclusão de curso, precisa de titulação. (Preceptor/a de Campo - 04).

Estimulou. Tiveram colegas que estimularam a voltar aos estudos, fazer mestrado no âmbito da efervescência da Residência. Vi muitos colegas se mexendo e de muitas profissões, não só da minha. Mas, o plano de cargos e carreiras faz duzentos anos que não sai nada pra nós. Essa ascensão está parada e isso desestimula. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

São profissionais muito competentes. Tem doutorado, mestrado, estão sempre estudando e repassando. Eles foram e estão sendo essenciais para minha formação aqui no hospital. (Profissional-residente - 05).

No contexto da prática é sabido não ser todo/a profissional aberto/a a continuidade formativa, sobretudo, em termos de aprimoramento intelectual para exercício de docência, da preceptoria, orientação de serviço, gestão, coordenação. Ao serem questionados/as se a Residência promove a necessidade de aperfeiçoamento, tivemos tais respostas:

Os que estiverem disponíveis a estudar. Pode até ser que eles se vejam, percebam que precisam. Tenho muitos colegas que estão fazendo mestrado, doutorado, depois da Residência. Mas, nunca procurei saber se a motivação foi essa. (Profissional Preceptor/a de Núcleo/Campo - 01).

São poucos, mas a gente consegue identificar alguns. Vai muito do profissional. Têm muitos profissionais do núcleo que não estão ligados diretamente à Residência, mas participam muito das Rodas de Núcleos pra se atualizar, estudar um pouco, mas não chegam a continuar na academia. (Profissional-residente - 01).

Na minha categoria, a gente vê profissionais procurando mestrado, doutorado mesmo depois dos cinquenta anos. Mesmo depois de ter atingido um patamar de salário muito bom. Mesmo não fazendo tanta diferença no salário, mas se interessam em fazer o mestrado, em pesquisar, se aprimorar. Teve uma profissional preceptora que queria muito entrar no mestrado. Ela nos chamou para ajudá-la a fazer o projeto. (Profissional-residente - 02).

As falas nos remeteram de maneira geral a um panorama, que a presença da Residência na instituição auxilia como uma das estratégias identificadas do como a RMS atua na educação permanente dos/as trabalhadores/as no HM, uma vez que, o processo de docência requer ao/a professor/a uma continuidade nos estudos acadêmicos para qualificação do aperfeiçoamento profissional. Por se ele/a o/a profissional em formação, formando outro/a profissional. Entretanto, o agente, ou seja, o/a profissional envolvido/a na RMS é o ativador/a

pela decisão ou não de continuidade dos estudos. Há de se acrescentar as variáveis dificultadoras - discutidas no decorrer desta seção -, as quais podem impossibilitar uma maior interlocução entre a prática profissional, docente e da educação permanente.

A docência na perspectiva da Residência não deve ser encarada meramente como a “transmissão de conhecimentos e técnicas” (SOARES et. al, 2018, p. 196). É formação em mão-dupla. Os/as profissionais docentes, gestores/as das instituições hospitalares são responsáveis na condução do projeto pedagógico. Ao passo que é promovido o ensino no ato em serviço ao Residente, enriquece o processo de trabalho ao habilitar em um só movimento o quadro de profissionais, tanto, os contratados da instituição, quanto os profissionais-residentes. Os/as preceptores/as passam a se aprimorar acadêmica e intelectualmente, até mesmo ensaiam a retomado dos estudos adormecidos dos tempos da universidade:

Na minha categoria, a gente vê profissionais procurando mestrado, doutorado mesmo depois dos cinquenta, mesmo depois de atingir um patamar de salário muito bom, mesmo não fazendo tanta diferença no salário, mas se interessam em fazer o mestrado, em pesquisar, aprimorar. Teve uma profissional preceptora que queria muito entrar no mestrado, ela chamou a gente pra ajudar fazer o projeto. (Profissional-residente - 03). Não vejo essa disposição dos preceptores irem buscar. Acredito que é pelo vínculo trabalhista. É uma rotatividade. Muitos já estão há algum tempo no serviço. O que escuto muito aqui, que muitos já estão terminando o tempo de serviço, então não buscam aprimoramento, atualização. Até mesmo o horário, que temos de carga horária de trabalho extensa. Você, muitas vezes não consegue fazer um curso de atualização, que predisponha um tempo fora do hospital pra isso. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

Isso inquieta pra buscar qualificações. Têm profissionais que tentam a Residência e respeitam mais porque dizem que a gente estuda, sabe de muita informação, é bem formado. Também perguntam muito sobre concursos. Acham que a gente está mais próximo da academia, pedem nossa ajuda nos estudos, em projetos. (Profissional-residente - 04).

Alguns profissionais confiam que você está estudando para melhorar o serviço e aí têm o desejo de estudar junto. A gente tá teve de sentar junto com o profissional e ele explicar, tirar as dúvidas, há trocas. Agora, tem o profissional tem que está aberto a isso. Tem profissionais que se acham que tá muito tempo de serviço, a gente não vai contribuir com nada. Eles dizem que estão fazendo determinadas coisas e nunca deu errado. Nesses (setores) que a gente é estagiário é mais difícil. Pelo menos estudando, se não é fazendo pós, mestrado, param pra pensar que já faz isso há muito tempo e os Residentes que chegaram agora está fazendo diferente. (Profissional-residente - 01).

Antes da chegada dos agentes da RMS em Cardiopneumologia, nos interessou identificar as experiências profissionais anteriores a Residência dos nossos/as interlocutores/as inclusive, no âmbito da saúde no contexto hospitalar. A pergunta fora idealizada no sentido de sabermos se elas – *experiências* – foram ou não basilares para atuação na saúde no âmbito hospitalar no HM e com isso, colaboraram na composição de conhecimentos e competências exercidas no percurso da RMS. Qual bagagem de conhecimento, vivências na saúde traziam eles/as? Além do mais, qual vinculação de relação de trabalho possuem na instituição.

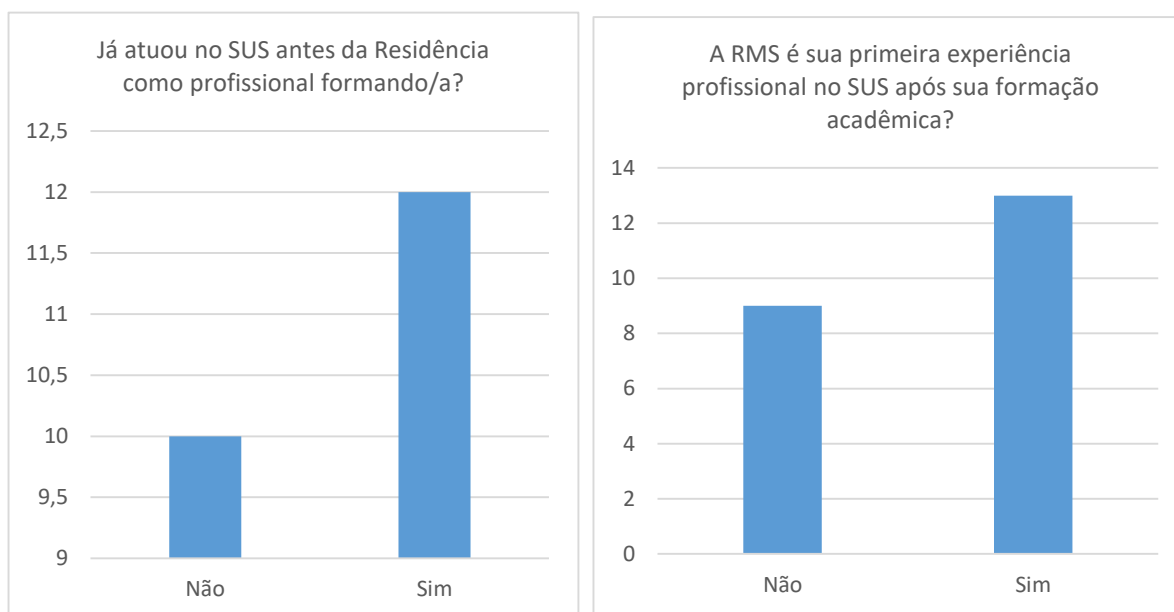
Tabela 3 – Exercício profissional no SUS e tipo de vinculação com RMS em Cardiopneumologia, no HM.

JÁ ATUOU NO SUS ANTES DA RESIDÊNCIA COMO PROFISSIONAL FORMADO/A	Quantas instituições hospitalares públicas ou conveniadas ao SUS, possui vínculo até o momento?	A RMS é sua primeira experiência profissional no SUS após sua formação acadêmica?	Tempo de vínculo com a RIS	Tipo de vínculo com o HM	Carga Horária semanal de Trabalho no HM
SIM	Um vínculo	Não	06 a 09 anos	Estatutário	40h
SIM	Dois vínculos ou mais	Não	06 a 09 anos	Estatutário	40h
NÃO	Um vínculo	Sim	01 a 02 anos	Cooperativa	40h
SIM	Dois vínculos ou mais	Não	02 a 04 anos	Cooperativa	40h
SIM	Dois vínculos ou mais	Não	06 a 08 anos	Estatutário	20h
SIM	Dois vínculos ou mais	SIM	02 a 04 anos	Cooperativa	30h
SIM	Dois vínculos ou mais	Não	06 a 09 anos	Cooperativa	30h
SIM	Um vínculo ou mais	Não	06 a 09 anos	Estatuário	30h
SIM	Dois vínculos ou mais	Não	06 a 09 anos	Estatutário	40h
SIM	Dois vínculos ou mais	Não	06 a 09 anos	Estatuário	40h
SIM	Dois vínculos ou mais	Sim	01 a 02 anos	Cooperativa	40h
NÃO	RIS/ESP-CE - HM	Sim	01 a 02 anos	ESP-CE	60h
NÃO	Dois vínculos ou mais	Sim	01 a 02 anos	Cooperativa	40h
NÃO	RIS/ESP-CE - HM	Sim	01 a 02 anos	ESP-CE	60h
NÃO	RIS/ESP-CE - HM	Sim	01 a 02 anos	ESP-CE	60h
NÃO	Dois vínculos ou mais	Sim	01 a 02 anos	Cooperativa	30h
NÃO	RIS/ESP-CE - HM	Sim	01 a 02 anos	ESP-CE	60h
NÃO	Dois vínculos ou mais	Sim	01 a 02 anos	Cooperativa	20h
NÃO	RIS/ESP-CE - HM	Sim	01 a 02 anos	ESP-CE	60h
NÃO	RIS/ESP-CE - HM	Sim	01 a 02 anos	ESP-CE	60h
SIM	Um vínculo	Sim	01 a 02 anos	Cooperativa	40h
SIM	Um vínculo	Não	01 a 02 anos	Cooperativa	40h

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados explorados no decorrer da pesquisa (2020).

Posta a tabela acima, a discorreremos a partir de gráficos demonstradores concernentes a seis perguntas destacadas na tabela, as análises das falas extraídas das entrevistas. Vejamos, o que demonstra o próximo gráfico do bloco das seis perguntas:

Gráfico 6 – Atuação profissional no SUS/Residências em Saúde.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados explorados no decorrer da pesquisa (2020).

Dos/as 22 participantes, dez já atuaram no SUS antes de exercerem atividades profissionais na Residência, possuíam vivências em outros serviços de saúde pública. Doze afirmaram ser a primeira experiência de trabalho no campo da saúde pública, ou seja, a RIS é a promotora ao mesmo tempo de formação no campo da saúde, perspectivada nos motes de ensino em serviço e garantindo a titulação acadêmica na modalidade de Residência também é a primeira experiência de trabalho no campo da saúde destes/as doze entrevistados/as, embora, alguns/algumas declararam ter experiências em outras políticas públicas antes da imersão na RIS. Ressalva-se, que no quantitativo dos/as doze entrevistados/as, estão profissionais-residentes, preceptores/as de núcleo e orientadores/as de serviço.

Tem muito Residente que não tem prática. A única prática dele vai ser quando ele chega aqui. (Preceptor de Núcleo - 02).

Eu sempre quis trabalhar na área hospitalar e eu precisava ter uma experiência profissional. A Residência foi a porta. (Profissional-residente - 01).

E a Residência acaba sendo o primeiro campo de atuação profissional. É o momento de desenvolver a autonomia enquanto profissionais. Para os recém-formados é uma experiência profissional e de especialização. (Preceptor/a de Campo - 04).

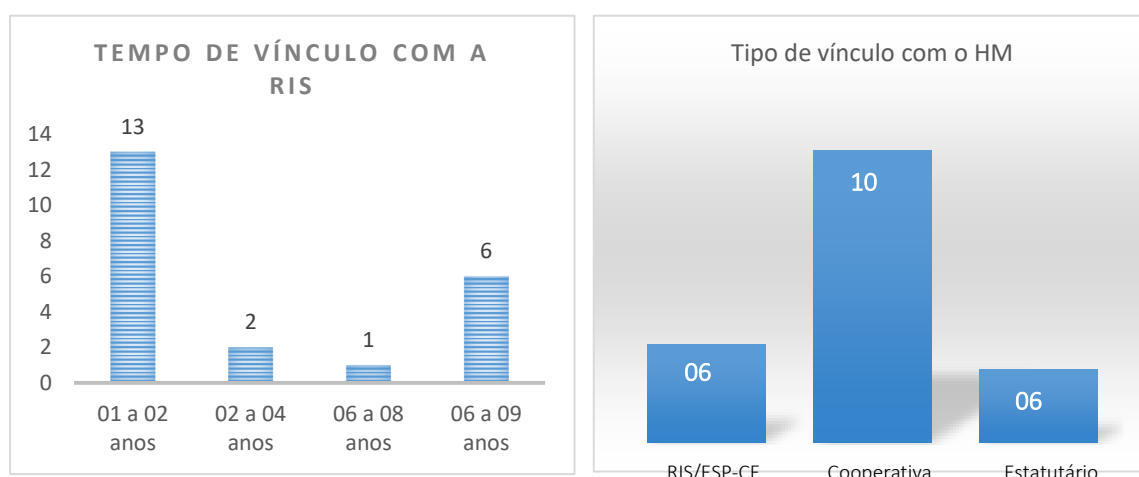
Querendo ou não, a Residência é a porta para o primeiro emprego. Eu era profissional Atenção Básica, mas queria sair porque era só seleção, seleção... Eu vi, a Residência como uma porta de entrada pra eu poder estar dentro do hospital, já que na minha área é muito complicado conseguir emprego sem experiência hospitalar. (Profissional-residente - 05).

Há dez anos formada, atuando em outras políticas tanto no município de Fortaleza quanto das regiões metropolitanas. Após dez anos, por meio da Residência tive minha primeira experiência na saúde. (Profissional-residente - 03).

Sempre quis atuar nessa área, mas quando me formei não surgiu oportunidade de atuar. Fiz um estágio, tinha me identificado. Após formada, como a Residência surgiu, tive a oportunidade de entrar na área da saúde. (Profissional-residente - 02).

Acerca do tempo de vinculação com RIS/ESP-CE – ênfase Cardiopneumologia e com o Hospital do Coração:

Gráfico 7 – Tempo de vinculação com a RIS/ESP-CE com o HM e tipo de contratação.



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados explorados no decorrer da pesquisa (2020).

Treze participantes remetem de 01 a 02 anos de vínculo com a RIS/ESP no HM. Dois/duas participantes de 03 a 04 anos, um/uma participante é vinculado/a à RIS entre 06 a 08 anos, e os últimos seis, estão entre 06 a 09 anos. Alguns/algumas dos/as entrevistados/as que possuem acima dos 06 anos, estiveram desde a idealização do projeto de Residência para o HM, quando a ESP-CE lançou em 2011, 2012, o chamamento para inscrição das instituições. Continuaram vinculados/as à RIS/ESP-CE também na implementação e execução do Programa. O tipo de vinculação com a RIS/ESP-CE e com o HM, será discutido durante esse subtópico.

Desde que a ESP integrou a rede SESA possuo vínculo com a RIS. Cheguei a compor a comissão que pensou o projeto do programa. (Preceptor/a de Campo - 04).

Escolhemos fazer um gancho com o trecho da entrevista acima, abordando a partir de agora a composição do corpo docente-assistencial do HM. De acordo com os dados concedidos pela Coordenação de Ênfase, o Hospital do Coração conta com 55 profissionais no corpo docente-assistencial, entre eles/as: preceptores/as de Campo, Núcleo, Orientadores/as de Serviço, Orientadores/as de TCR, etc. Vejamos o indicador quantitativo:

Tabela 4 – Indicador quantitativo da composição de profissionais do corpo docente-assistencial do HM.

Categoria/Núcleo Profissional	Quantidade de profissionais no corpo docente-assistencial (Preceptorias e Orientação de Serviço)
Enfermagem	07 Preceptores de Núcleo 03 Orientadores/as de Serviço
Farmácia	08 Preceptores de Núcleo
Fisioterapia	08 preceptores/as de Núcleo 06 Orientadores/as de Serviço
Fonoaudiologia	02 Preceptores de Núcleo
Nutrição	07 Preceptores de Núcleo
Odontologia	02 Preceptores de Núcleo
Psicologia	05 Preceptores de Núcleo
Serviço Social	04 Preceptores de Núcleo
Terapia Ocupacional	03 Preceptores de Núcleo
Total de profissionais no corpo docente-assistencial (Preceptorias e Orientação de Serviço).	55 profissionais

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras, com base no quantitativo concedido pela Coordenação de ênfase (2019).

No primeiro momento, nos parece ser um bom quantitativo de profissionais. Todavia, veremos que para o contexto da RMS no HM, 55 é um número pífio. É um número defasado, uma vez que no dia a dia, não são todos/as que permaneceram na preceptorial/docência da RIS/ESP-CE - ênfase Cardiopneumologia. 55 é o quantitativo total de profissionais que receberam ou não treinamento pela RIS/ESP-CE ou pelo HM para exercerem a função de profissionais docentes. Os/as mesmos/as profissionais docentes de núcleo, podem desenvolver docência de campo. Por tal razão, a tabela não apresenta o quantitativo dos/as preceptores/as de campo. Caberá aos/as profissionais a tarefa de desenvolverem as duas formas de preceptorias, sem acréscimo salarial algum.

Vale recordar, são três percursos da RMS no HM: Os Serviços de Cardiologia, Pneumologia e Pediatria. Sem contar as linhas de cuidados de cada departamento/setor do Serviço. São 06 equipes de profissionais-residentes rodiziando nesses cenários de práticas de aprendizagens. Cada uma delas possui como referência preceptores/as de núcleo (profissional docente da sua própria categoria de base) e preceptor/a de campo. Como já desenvolvido no desenho pedagógico das Residências em Saúde, o/a profissional-docente de campo, é referência no acompanhamento pedagógico de toda equipe independentemente da categoria profissional de cada um/a nos rodízios. No HM, identificamos que uma mesma equipe pode ter mais de um/a preceptor/a de campo, em duas condições: a primeira, algumas vezes por acontecer de

uma mesma equipe rodiziar em mais de um Serviço concomitantemente (a depender da “necessidade” do HM), segunda, dependerá se no Serviço/setor, têm profissionais preceptores/as de campo suficientes.

A Residência Multiprofissional em Cardiopneumologia rodizia em muitos setores, departamentos no HM. No entanto, sua presença ainda não garantiu ampliação do corpo docente-assistencial em elevá-lo a um maior número de profissionais. Tal premissa, fora uma das falas recorrentes nas entrevistas:

Os preceptores têm outras funções, responsabilidades a gente acaba ficando mais de lado. O quantitativo é pequeno. Tem setores que não tem preceptores. Algumas vezes, ficamos sem ou com o orientador de serviço. Alguns setores, somos jogados mesmo e se precisar de alguma coisa, me chama diz o preceptor. (Profissional-residente - 03).

Existem muitos profissionais que não têm perfil algum de preceptoria e pela escassez de preceptoria, vai o que tem. Isso causa muito adoecimento dos profissionais, principalmente nos Residentes. Tem setor que nem tem preceptor ou se não sabe nem o que é Residência, mas se só tem ele, vai ele mesmo. (Profissional-residente - 01).

O corpo docente-assistencial é o principal responsável por conduzir a Residência a nível de instituição. Possui importante papel no processo de interação do modelo pedagógico da RIS/ESP-CE ao contexto do HM. Como avaliado, a preceptoria é um dos maiores gargalos, desafios da RIS/ESP-CE, no HM. Não tem investimento de formação e ampliação do corpo docente. De tal maneira, pode comprometer o percurso da RMS e trazer severos prejuízos na formação. Uma das perguntas do roteiro da entrevista direcionada ao corpo docente-assistencial do HM, indagava sobre o que o/a entrevistado/a compreendia por preceptoria:

A condução da preceptoria foi muito difícil, encontrar os preceptores que queiram estar com o Residentes. A força da Residência é a preceptoria, não é a coordenação. Se você tiver preceptor do seu lado, você tem uma Residência. (Coordenador/a da Ênfase - 01).

A preceptora é o que acontecer do dia a dia da Residência. Somos nós, professores, os responsáveis em estar à frente da Residência. Na minha área são poucos. Muitos não querem, abriram mão. (Preceptor/a de Núcleo - 07).

A preceptoria é a base do serviço. Sem preceptor a Residência não anda. Os poucos que tem aqui, se desdobram em mil. (Preceptor/a de Núcleo - 01).

Eu vejo como um profissional, professor especialista, que está formando outros profissionais. (Preceptor/a de Campo - 02).

A preceptoria pra mim é o Residente que o preceptor mostra o serviço, os benefícios, caminhos, fluxos. Você vai seguir aquele Residente o dia todo. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

Um outro achado - *pedra no caminho* - identfico ao longo da pesquisa, refere-se à descontinuidade na formação permanente do corpo docente-assistencial. Os/as profissionais

envolvidos/as na RMS, no HM, não recebem formação permanente de preceptoria por parte do HM, bem como, da ESP-CE.

Uma especializanda orientando outra pessoa especializanda, compromete o desenvolvimento da Residência. Acho que tem que ter um respaldo a mais, um título, uma formação a mais pra dar suporte até mesmo para orientação dos trabalhos, do TCR. Quando cheguei ao hospital e me envolvi na Residência, me movimentei a fazer uma especialização, mas por conta própria. Não fui procurada por parte da ESP e do hospital. Eles jogam esses meninos aqui, se não tiver nenhuma preceptoria que faça isso, acabou. A ESP não faz isso, não. Eles não mandam ninguém aqui e nem treinam a gente pra isso. (Preceptor/a de Campo - 04).

A formação do preceptor na época feita na ESP era mais pra saber o que era o papel do preceptor, um estágio em rede, uma roda de campo, um estágio eletivo... Parecia mais um estudo pra saber conceitos. Tem muita gente que recebe o Residente, mas deixa ele lá, deixa com a diarista, a plantonista. Não acompanha, não dá suporte. Por isso, sinto falta desse preparo. É muito fácil dizer: eu sou preceptor, mas eu não sei nem quem são os Residentes que estão passando. Não sei nem o que é preceptoria, como receber eles. (Preceptor/a de Núcleo - 07).

A gente começou com muita garra, muito animado... depois de um tempo fomos perdendo o interesse, por conta da falta de tempo, não ter acesso à livros, liberação para fazer cursos mesmo o profissional pagando, o hospital não libera... Diz que o colega vai achar ruim porque tem que cobrir. Tudo que o profissional estuda, se aprimora volta pra casa, volta pra instituição melhorar o serviço. O profissional dá um retorno para a instituição, quem ganha é a instituição e o usuário, que é nosso objeto maior. Eu vejo que não é mais como no começo e vem desestimulando. (Preceptor/a de Campo - 01).

Quando a Residência começou, alguns profissionais tiveram uma formação junto à ESP. O que eu não vejo hoje. Roda muda profissional. Eu tenho onze anos e por mim já passaram várias pessoas, vão entrando e saindo. E vai mudando os preceptores e aqueles que tiveram formação, não estão mais aqui. O preceptor hoje que tá em campo não tem formação pra preceptoria. Muitas vezes é imposto, muitas vezes ele não quer. (Preceptor/a de Núcleo - 08).

Quando estivemos nos lócus de pesquisa, questionamos as equipes do corpo docente da RIS/ESP-CE e do HM, como profissionais formadores/as recebiam também formação. Afinal de contas, estamos falando da responsabilidade formativa de profissionais atuantes em uma política pública envolvida com as questões de saúde, de vida de um sujeito, de um/a usuário/-paciente, cujo receberá uma ação profissional assistencial dos/as trabalhadores/as no campo da saúde cardiopneumonar. Vejamos, o próximo trecho da fala:

A preceptoria é só imposição. A gente não tem uma devolutiva. Acho que o processo de construção é pra saber também se eu errei. Como vou saber se eu erre se nunca foi me dito nada? (Preceptor/a de Campo - 04).

A Residência possui uma característica interessante de ser concebida como local passível de erro. No entanto, em uma primeira leitura, local este destinado aos/as profissionais-residentes, uma vez que são considerados/as como “alunos/as, aprendizes”. Nos indagamos se

este lugar não está correlato também a quem forma? Tanto se fala em formação, formação em serviço, entretanto, quem forma não é formado/a? Não está passível a cometer erros? Ora, a formação não é simbiótica por si mesma, ela precede de uma elaboração pedagógica, de uma disposição intelectual, de um arcabouço teórico, técnico, política para tal. Portanto, tem de ser rotineira, permanente a formação de quem também forma. Principalmente, no contexto do cotidiano das Residências, no contexto da saúde, por serem expressões do acontecimento vivo das questões envolventes e movedoras da vida, da saúde dos sujeitos.

Daí, procuramos identificar quais estratégias de formação mediada por intermédio da RIS/ESP-CE. Segundo dados revelados em campo, ao ser lançada a primeira turma, em 2013, a RIS/ESP-CE promoveu uma formação de preceptoria na própria ESP-CE - com certificação - ao corpo docente-assistencial recebedor das Residências, logo no início da execução da RIS. Após essa primeira turma, não tiveram a continuidade de outras formações. A equipe da RIS/ESP-CE justifica por ocasião da ausência de recursos financeiros e humanos. Em 2018, alguns/algumas das Coordenações da Residências em Saúde no Brasil, participaram de um curso de formação docente no Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Da RIS/ESP-CE, Coordenações das ênfases Hospitalar e Comunitária foram selecionadas. Não fora nos esclarecido sobre qual critério seletivo usado. Ao final do curso, estes/as deveriam ser multiplicadores/as nas suas instituições.

De acordo com a Coordenação Multiprofissional da Ênfase em Cardiopneumologia - confirmado por demais profissionais -, o Hospital do Coração vem formando profissionais preceptores/as para o HM. Uma programação de 01 mês de um curso desenvolvido para preceptoria aos/as profissionais que desejam ingressar na docência da RMS, porém após o ano de 2018, apenas uma turma obteve formação. Como se trata de uma rotatividade profissional, inclusive, no quadro docente, a formação de preceptoria também há de ser constante. A rotatividade e descontinuidade formativa são agentes dificultadores na continuidade ao longo prazo da organização pedagógica do corpo docente-assistencial da RMS, no HM.

Outro importante entrave, refere-se o corpo docente não possuir garantido tempo em sua rotina de trabalho para elaboração das atividades. Perguntamos qual tempo elaboram as atividades pedagógica. Se dentro da agenda de trabalho tem determinada carga horária resguardada para a elaboração do planejamento das atividades pedagógicas da Residências:

Falta subsídios, principalmente, de formação e de tempo, esse nem se fala, para exercer ou organizar as atividades da Residência. (Preceptor/a de Campo - 04).

Não possui carga horária específica para planejamento das atividades da Residência. Esse tempo é incipiente porque eu tiro esse tempo da assistência que faço em duas

unidades, com os Residentes e com outros compromissos que tenho no hospital. Nos intervalos do meu trabalho e retiro tempo para as atividades da Residência, mas acabo acumulando serviço. É uma função precarizada. É necessária uma carga horária, pode ser a menor possível, contanto que seja semanal destinada às atividades de planejamento que acaba levando muito tempo... É supervisão dos trabalhos de conclusão, orientação dos trabalhos, participação em bancas e a própria supervisão do ensino e serviço do Residente. (Preceptor/a de Núcleo - 05).

Deveria ter um planejamento, um plano de estágio, trazendo, mostrando o serviço. Várias vezes eu já tentei sentar, fazer uma aula... Eu até tenho o modelo, mas não consigo terminar porque quase sempre não tenho tempo nem pra receber o Residente, o interno. (Preceptor/a de Núcleo - 06).

A depender do vínculo de trabalho com a instituição, como por exemplo, se forem profissionais de carreira da SESA, tem garantida a redução de apenas duas horas de carga horária semanal, concernentes aos planejamentos das atividades pedagógicas, todavia, não dispõem de acréscimo salariais mensais ou na aposentadoria. Anteriormente tinham acréscimo financeiro, depois retirado, permanecendo apenas as duas horas. Até mesmo a locação de duas horas não se aplica a todo corpo docente. Inclusive, no contexto da prática do dia a dia do serviço, os/as trabalhadores/as são sucumbidos/as na assistência direta ao/a usuário/a-paciente da política, portanto, não usufruem das duas horas semanais.

Temos uma liberação de duas horas por semana, mas não é suficiente para organizar as atividades. Inclusive, se tivesse um incentivo financeiro seria bom porque pra gente se capacitar, a gente precisa comprar livros, pagar cursos. (Preceptor/a de Núcleo-07).

Os/as preceptores/as, além de cobrirem os setores, precisam acompanhar os/as profissionais-residentes, estagiários/as. Assumem a assistência do serviço e a docência. Evidente sobrecarga de trabalho vinculada à precarização das relações de trabalho no campo da saúde. Uma das questões latentes, influenciadas pelo vínculo fragilizado dos/as profissionais do corpo docente com a Residência, trata-se da remuneração, cujo dependerá do tipo de relação de trabalho com Hospital do Coração.

Se estou quatro horas para dar assistência aos pacientes, eu tenho que abreviar em três horas pra ter uma hora de atenção com os Residentes. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

Não existe remuneração por conta do vínculo. A questão de remuneração é um pouco delicada. Temos um vínculo precarizado. Você trabalha pelo que você recebe. Se fizer algum curso, pós, não recebe nenhuma gratificação por conta da fragilização do vínculo. Os profissionais concursados têm um Plano de Cargos e Carreiras, que incentivam tanto a gratificação, redução das folgas, da carga horária. Os incentivos vão depender do vínculo de trabalho de cada um. (Orientador/a de Serviço - 01).

No decorrer das entrevistas, é recorrente a expressão de desenvolvimento comunitário em relação as atividades pedagógicas de preceptorias. Existe aí um processo de exploração intelectual de maneira nada tímida, simbólica. Isto quer dizer, que os/a profissionais

emprestam sua carga de conhecimento, experiência na área de saúde, por outro lado, continuam sendo submetidos/as a expropriação dos próprios direitos trabalhistas, uma vez que, sofrem desvalorização intelectual, acadêmica e profissional. Muitas vezes, não são remunerados/a por serem preceptores/as, inclusive, a bolsa-salário da Residência ser maior que alguns dos salários, ou seja, o/a profissional docente está abaixo da remuneração do/a profissional discente.

A gente faz preceptoría por bondade. Faz por compromisso porque quero ver o serviço melhorar. Não há formação complexa quanto preceptoría. (Preceptor/a de Núcleo-04).

Apesar de eu não ganhar como mestre por ser terceirizada, a minha especialização, Residência, meu mestrado não aumentam meu salário, mas eu exerço todas essas funções... Eu não só faço a docência em Residência, eu acompanho estagiário também. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

Faço isso após o meu horário de trabalho. Sou muito suspeita de falar. Eu amo o SUS, eu amo a Residência. Faço isso com muita gratidão, mesmo não recebendo por isso, nenhum incentivo financeiro por isso. Mas, por acreditar que a gente pode mudar muita coisa ainda. Mesmo ficando além do meu serviço, bato meu ponto e depois vou me reunir com eles (*Residentes*) gratuitamente é uma satisfação. Claro, que às vezes, eu tenho um compromisso fora do meu horário, mas já marquei com os meninos, não vou receber por isso... desmotivada. (Grifos nossos). (Preceptor/a de Campo - 01).

Como bem dito, demonstrado, os/s trabalhadores/as docentes, não têm garantidos incentivos em compor o corpo pedagógico por conta da disposição da relação de trabalho. Como denotam Soares et. al (2018, p. 105), a docência, a preceptoría passam a ser “uma escolha voluntária dos docentes, não reconhecida pela instituição de ensino, não remunerada e não pontuada na progressão funcional de forma distinta das atividades rotineiras”.

A vinculação dos preceptores com o hospital tem que sair da situação do voluntário. Estabelecer vínculo empregatício entre o receptor e a instituição de ensino. Preciso de preceptores que saiam da informalidade, do voluntarismo. Isso iria melhorar bastante. (Ex-gestor/a, Coordenador/a da Residência Médica - 01).

As instituições, gestão têm que ter um olhar mais valorizado para o preceptor, porque ele é uma peça muito importante em um hospital que tem uma Residência. São pessoas que deveriam ter maior valorização na instituição, são os professores. São pessoas que estão se dispondo a contribuir com a teoria do serviço, porque quando a gente está numa preceptoría de Residência, a gente quer capacitar os Residentes e também nos capacitar. Você recebe um certificado de preceptor que quando você passa em uma seleção, esse currículo não acrescenta. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

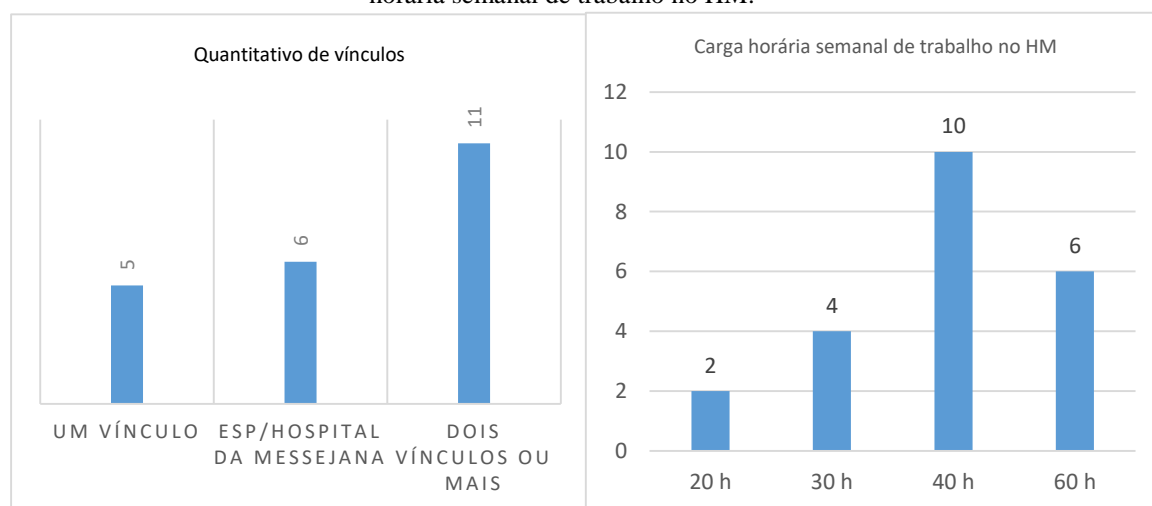
Você é preceptor, tem um certificado, mas não tem incentivo da ESP ter profissionais formando nossos preceptores. Eu não ganho nada a mais. (Preceptor/a de Núcleo - 05).

Eu exerço a função de preceptoría sem ganhar folgas, nenhuma remuneração. Faço tudo em casa. Planejo as atividades dos Residentes, mas não me remuneram por isso. Os profissionais da Cooperativa não têm direitos a folgas. Ou exerço minha função de preceptora dentro do meu horário de trabalho ou fico além do meu expediente e não recebo nada. É um trabalho voluntário. Às vezes, tenho alguns encontros com os Residentes que nem sempre é dentro da minha carga horária. Uma vez por semana a gente se encontra, preciso vir no contraturno, trocar meu horário de expediente de trabalho ou fico a mais, mas não ganho nada. (Preceptor/a de Núcleo - 01).

Concernente ao contexto das Residências, suscitam Meneses et. al (2018, p. 47) sobre tais rebatimentos, em especial, os incentivos financeiros “os profissionais não possuem incentivo financeiro para a função de preceptor, nem por parte dos programas de residência nem por parte da gestão dos serviços; assim, em muitas situações, esses resistem em assumir função pedagógica, o que implica dificuldade de acompanhar e orientar os residentes”. Os/as autores/as continuam dissertando que isto “reflete na formação dos residentes, quando da sua inserção nos cenários e integração nas equipes com os profissionais, é o fato de estes perceberem remuneração salarial significativamente inferior ao que os residentes” (MENESES et. al, 2018, p. 47).

Mesmo existindo uma carga horária semanal de atuação profissional, não se é locado ao corpo docente-assistencial tempo para desenvolvimento das atividades pedagógicas, nem mesmo aqueles/as com maior carga horária de 40 horas (dez estão nesse regime de horário), conseguem aplicar um montante dela pertinente ao planejamento das atividades, quanto mais os/as quatro profissionais de 30 horas, os/as dois/duas de 20 horas semanais. Os/as demais de 60 horas são do corpo-discente, profissionais-residentes. Vejamos no gráfico a seguir o quantitativo de vínculos profissionais e a carga horária semana de trabalho no HM:

Gráfico 8 – Quantitativo de vínculos em instituições hospitalares públicas ou conveniadas ao SUS e carga horária semanal de trabalho no HM.



nem tempo para estudar. (Preceptor/a de Núcleo - 04).

Depois que a gente começa aqui, eu tinha planos, mas o serviço engole... Que o vínculo da Cooperativa exige que trabalhe mais. (Preceptor/a de Campo - 02).

Outra constante revelada, evidenciou o trabalho atribuído por nosso/a interlocutor/a acima, acerca do excesso de trabalho, no qual transpõe o campo de trabalho no HM. Como a condição salarial é baixa, os/as profissionais acabam por se vincularem a mais de uma

instituição. Apenas, 05 pessoas entrevistadas possuíam somente um vínculo trabalhista (no HM), 11 possuem dois ou mais vínculos, e 06 possuem o vínculo com a RIS/ESP-CE lotados/as no HM por um período de dois anos com exclusividade de acordo com a CNRMS, não podem enquanto estiverem profissionais-residentes exercerem atividades profissionais fora da Residência.

O tipo de vinculação é um dos principais obstáculos na RMS, no HM. Seis estão vinculados/as à RIS/ESP-CE, lotados/as no HM como profissionais-residentes em atenção à saúde Cardiopulmonar. Recebem suas bolsas-salários via Ministério da Saúde. Dos/as 16 profissionais vinculados/a diretamente no HM, apenas seis são servidores/as na condição de estatutários/as da SESA. Dez estão como cooperados/as, ou seja, não possuem vinculação trabalhista alguma com o Estado (ESP-CE, HM e a Secretaria de Saúde).

Questionamos ao corpo docente-assistencial e a uma das pessoas à frente da gestão das Residências no HM, a percepção deles/as sobre o tipo de vínculo do corpo docente com o HM, com a RIS/ESP-CE e os impactos para com as Residências no HM.

Hoje temos modalidades diferentes de contratação. Isso compromete muito a Educação Permanente. Eu não sou servidora do hospital, presto serviço. Eu vou qualificando o meu serviço na medida que posso. Um vínculo precarizado enquanto trabalhadora, inclusive, do reconhecimento do direito, o direito ao trabalho formal, regular. Isso compromete a qualidade do serviço. (Orientador/a de Serviço - 01).

Uma perda no crescimento da qualidade dos preceptores. Eu tinha preceptores bons, renomados, que com essa perda de investimento, incentivo, faz com que eles acabam saindo. É difícil estabelecer um vínculo com esses receptores na qualidade do ensino já que o vínculo deles é através de cooperativa. Não existe vínculo mais formal. É um veículo por cooperativa, é um vínculo muito fugaz, então nos últimos anos tenho observando uma perda na qualidade da assistência, apesar dos esforços. São esforços pontuais, muitas vezes voluntários. Os meus preceptores de Cardiologia não recebem nada mais por serem receptores. (Ex-gestor/a, Coordenador/a da Residência Médica - 01).

O vínculo de trabalho por Cooperativa é mediante contrato de prestação de serviço feito pela CooSau¹⁰⁰. É uma das formas mais precarizadas e precarizantes dos/as trabalhadores/as no campo da Saúde. Utilizamos a referência do/a nosso/a entrevistado/as, de se tratar de um vínculo fugaz. Nessa modalidade fragilizada de contrato, os/as profissionais ganham por hora trabalhada. Não possuem nenhuma cobertura trabalhista como férias, direitos

¹⁰⁰ Cooperativa CooSau¹⁰⁰ emprega profissionais de saúde nos principais serviços de saúde a nível de Estado. De acordo com o Estatuto Social da Cooperativa, ela tem como objetivo: prestar serviços a seus associados através de iniciativas que resultem na formalização de *contratos de prestação de serviços* de mão de obra especializada, de forma coletiva ou individual, junto a pessoas jurídicas públicas ou privadas e junto a pessoas físicas, na área de saúde profissional de nível técnico e superior: Site institucional: <http://www.coosaude.com.br/arquivos/files/EST_ATUTO_SOCIAL_COOSAUDE_2020.pdf> Acesso realizado em 20 de agosto de 2020.

previdenciários: décimo terceiro, auxílio doença, licença maternidade, dentre outros. Nem ao menos por questão de adoecimento. Ao adoecerem não são restituídas as horas não trabalhadas. Esse tipo de exploração do trabalho semelhantes a contratação do corpo docente-estruturante da RIS/ESP-CE.

Retomemos a indagação sobre quais meios orçamentários estão ou não garantidos para o desenvolvimento da RIS/ESP-CE. Um corpo docente padecente de reconhecimento e valorização profissional. Não é concebível o salário de alguns/algumas profissionais-docentes ser inferior ao do/a profissional-residente. Enquanto este/a recebe uma bolsa-salário no valor de R\$ 3.330,43, existem preceptores/as recebem abaixo desse valor. Não se trata de afirmar que os/as profissionais-residentes ganham bem ou até mesmo sejam remunerados/as a altura de suas atribuições. Aqui, ressaltamos, que profissionais do campo da saúde, ainda recebem bem abaixo de suas competências e formação profissional.

No Hospital do Coração, especificamente, tem-se confirmada uma alta disparidade designada à distribuição na carga horária e salarial entre os/as profissionais, inclusive, os/as do corpo docente-assistencial. Existem no mesmo corpo docente-assistencial, profissionais que desenvolvem atividades pedagógicas da Residência, acessam direitos trabalhistas garantidos, PCCS, considerando serem estatutários/as via SESA, enquanto os/as da CooSaúde, os/as quais desenvolvem as mesmas atividades docentes, não acessam os mesmos direitos, tampouco, possuem um vínculo decente de contratação.

O último concurso para a Secretaria de Saúde do Estado aconteceu em 2006. Somente após 14 anos, em março de 2020 foi autorizado pelo Poder Legislativo do Estado a criação da FunSaúde (Fundação Regional de Saúde) e em julho do mesmo, o governador Camilo Santana sancionou a Lei n.º 17.886/2020, regulamentando o funcionamento da FunSaúde, impulsionado pelo contexto da Pandemia do novo Coronavírus 2019, principalmente, no Ceará, visto a atuação dos/as profissionais na linha de frente ao Covid-19, em que muitos/as trabalharam precariamente, em condições insalubres. O ritmo vertiginoso, obriga o governo a antecipar uma das estratégias de tecnologia da saúde no Estado, lançadas em setembro de 2019, todavia, não foram iniciadas a execução de tais estratégias.

A FunSaúde é subordinada à SESA e será responsável por gerenciar os serviços de saúde pública a nível de estado, inclusive, a ESP-CE (IES em saúde a nível de Estado), bem como, o gerenciamento da RIS promovida hoje pela ESP-CE. No modelo da FunSaúde, a vinculação do corpo profissional será mediada por concurso público e o vínculo trabalhista ao invés de estatutário, será empregado/a público, já que a contratação se dará nos moldes da CLT,

diferentemente dos/as servidores/as da SESA regidos/as como estatutários/as, profissionais de carreira. A disparidade entre vínculos, salários, PCCS continuará. Além de que no formato da fundação, os/as profissionais terão de responder os níveis de produtividade, de acordo com critérios elaborados pela FunSaúde.

Na prática, a fundação seguirá a mesma lógica de gerenciamento de serviço, contratação de pessoal próxima a da Ebserh. Uma contratação sem segurança, que não garante a permanência, carreiras profissionais ao longo prazo, considerando o descrito na própria lei da FunSaúde, que a mesma poderá ser extinta a qualquer momento por avaliação da gestão, regulamentada por lei entre os poderes do Legislativo e do Executivo a nível de Estado, de tal modo, as contratações podem ser interrompidas. A insegurança da construção da carreira profissional no SUS no Estado, continuará eminente.

O processo de desvalorização do corpo docente não é uma característica restrita apenas na seara da RIS/ESP-CE – ênfase Cardiopneumologia, no HM. É um cenário de desvalorização da função de preceptoria em muitos dos Programas de Residências a nível Brasil. A luta pela valorização dos/as trabalhadores/as no campo da saúde, em especial, os/as atuantes nas Residências, segue nos espaços colegiados, deliberativos e de representação das Residências em Saúde, como os Fóruns de Preceptores/as e Coordenadores/as de Programas, Fóruns de profissionais-residente, nas COREMU'S a nível de cada Programa, bem como, na CNRMS. Concluimos este subtópico, circunscrevendo uma parte do cinturão de ideias defendido por Vasconcelos et. al. (2018, pp. 25/26) a partir das experiências dos embates e discussões a nível da CNRMS e demais espaços de luta da Residência.

Quanto à valorização das funções de preceptoria e tutoria, destacamos a importância da desprecarização da atividade docente, realizada mediante o estabelecimento de vínculos empregatícios estáveis, com a destinação de carga horária específica para as práticas de ensino; o estabelecimento de parâmetros de produtividade que considerem as atividades docentes, além das assistenciais; a inclusão dessas ações no plano de cargos, carreiras e salários; uma remuneração diferenciada para os profissionais que desenvolvem ações de ensino; e a garantia da presença do preceptor e do tutor no cenário de prática, visando a não utilização de residentes em substituição de profissionais de saúde contratados, ou seja, lutamos pela garantia das condições adequadas para o exercício dessa importante função docente. Reivindicamos a permanente qualificação do corpo docente-assistencial dos programas. Esta deverá incorporar aspectos técnicos sobre a atenção em saúde na área de concentração do programa, bem como incluir saberes e práticas que envolvam a participação política na defesa do SUS, a valorização do controle social como instrumento de qualificação dos serviços e o desenvolvimento das competências pedagógicas necessárias para a realização de práticas docentes coerentes com a proposta das residências. [...]A valorização de tutores e preceptores comprometidos com a formação dos jovens profissionais de saúde é, sem dúvida alguma, uma das principais estratégias sustentáveis de defesa do SUS.

O trecho do texto acima dirigido por Vasconcelos et. al. (2018), reafirma nossas análises e avaliações sobre ser de suma importância a garantia sustentável de meios possibilitadores com vista a consolidação do projeto das Residências, considerando que através e por meio delas são avultadas ações-estratégias de Educação Permanente em Saúde, formando diversos/as profissionais ao longo de sua trajetória *para/do/no* campo da saúde pública, inclusive, no estado do Ceará e no HM, especificamente, a RMS vem formando profissionais desde 2014, mesmo diante da pouca expressividade orçamentária para locação de recursos materiais e profissionais, interferindo drasticamente nas ações de Educação Permanente da RMS – Ênfase Cardiopneumologia.

8.3 O desafio do (des)construir e do (re)construir, do compartilhar e do (re)democratizar os saberes no campo da saúde hospitalar, com enfoque na RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no HM

Era o dia 27 de novembro de 2019, sexta-feira, por volta das 07:30hs, 08:00hs. Aguardava na recepção de um dos setores das linhas de cuidados da Residência, por um/a dos/as nossos/as interlocutores/as da pesquisa. Fazia observação participante de como acontece a rotina do setor, descrevendo o máximo de informação no meu diário de campo. Ao meu lado, estava um/uma usuário-paciente que aguardava o retorno do seu acompanhamento com o/a médico/a. O nomeamos ficticiamente de José. De repente, uma equipe de jornalistas de um veículo impresso adentra o setor e pede uma entrevista com ele. Ele, surpreendido com o pedido inusitado, não teve nem tempo de aceitar o convite sem pestanejar. Acompanho atentamente como se dá a entrevista. Ao fim dela e com um sorriso no rosto, típico de agradecimento, como empreendesse uma espécie de devolutiva à instituição por seu acompanhamento de saúde.

Após a saída dos/as jornalistas, o Sr. José, ainda entusiasmado, começa a compartilhar um pouco da sua trajetória de acompanhamento no Hospital do Coração. Com o microfone e câmera desligados - visto a saída da equipe jornalística-, iniciamos um diálogo mais aberto:

- José: Faz muito tempo que sou tratado aqui. Sempre estou por aqui.
- Eu: O Sr. faz tratamento no Hospital de Messejana há quanto tempo?
- José: Já são quase 10 anos.
- Eu: Qual o acompanhamento que o Sr. faz no hospital?
- José: Tratamento do coração. Tenho 09 anos de transplantado. Antes de fazer tudo, foi difícil de saber o que tinha... O médico nem olha pra sua cara. Achava que era cansaço. Passava só vitamina. 01 mês depois indo às emergências, fui ao hospital da Polícia e me encaminharam ao Hospital do Coração. Aqui me disseram que tinha problema de coração.

- Eu: E hoje o Sr. veio para qual profissional de saúde?
- José: Profissional de saúde?
- Eu: Sim... Médico, Enfermeiro/a, Assistente Social, etc.?
- José: Vim pro médico... O que fez minha cirurgia.
- Eu: E o Sr. é acompanhado por mais de um/uma médico/a ou outro/a profissional?
- José: Minha filha, é muito. É bem 06.
- Eu: O Sr. sabe o que cada um/uma faz?
- José: Não, não sei. Cada um fala uma coisa diferente. Sempre quando venho, sou atendido por um ou mais de um médico. Sei que venho para um e me diz qual é o remédio que tenho que tomar... Tive muita melhora. Mas, na verdade, aqui acolá, eu tomo. (*Risos*). Venho para outro e me diz o que tenho que comer e como tenho que comer. Às vezes dar certo, às vezes, não. (*Risos novamente*). Sou teimoso e como muita coisa que não poderia, mas sei que é arriscado... Sou transplantado. (Diálogo extraído do Diário de Campo – Novembro de 2019).

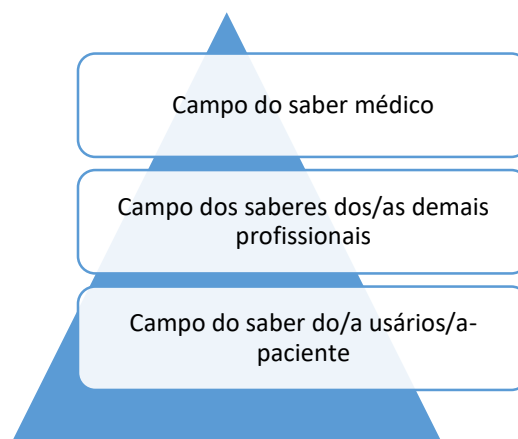
A partir do diálogo com o Sr. José, analisamos como a inserção da RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no HM, cooperou e/ou coopera na provocação do reordenamento das mudanças na atenção à assistência e do cuidado, vistos modelos hegemônicos de formação em saúde já posto, inclusive, no *locus* da pesquisa, ou seja, no âmbito hospitalar, concentrados no *status quo* do saber médico-tradicional. Na concepção do Sr. José, todos/as profissionais são da medicina. Médicos, médicas. É muito comum nos espaços de saúde tal pressuposto. Um fenômeno, simbolizado pela forte cultura histórica e processual de que o/a médico/a é a figura central pertinente ao ordenamento do cuidado.

A racionalidade do campo do saber médico possui centro curricular pedagógico a formação e habilitação para o oferecimento técnico-assistencial do cuidado, intrinsecamente estabelecido como padrão de manutenção da vida. Uma permanente promessa de vida e de cuidado. A ela é imputada a concentrar-se no topo da pirâmide, proprietária da verdade. A este pensamento, Douglas (1998, p. 10), escamoteia uma interessante análise, ao provocar que no campo da medicina há uma espécie de autoconfiança: “na medicina há um registro magnífico de confiança e cooperação mútuas, partidas dos meios aceitáveis de conferir suas afirmativas. Os médicos acreditam em seus métodos e têm fé nos resultados, do mesmo modo que os pacientes confiam no médico”. Uma forte conjectura entranhada na estrutura orgânica da saúde, sobretudo, no âmbito hospitalar, por esta ser revista por um forte arsenal de tecnologias duras.

Feuerwerker (2004) disserta que o hospital não é qualquer equipamento de saúde. É uma organização complexa – atravessada por múltiplos interesses – que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais. Ceccim (2004) ao desenvolver o cotejamento da análise, remete que as unidades hospitalares são arquitetadas como espaços de produção do cuidado de forma articulada e apropriada no manejo

de decisões, prioritariamente por uma lógica de formação profissional específica para atuação no processo de cuidar da vida e produção da vida. Esta lógica de formação trata-se da categoria tradicionalmente constituída para a área da saúde: a medicina. Ao mesmo tempo, é imputada à medicina o topo hierárquico piramidal no campo do saber:

Figura 21 – Pirâmide hierárquica tradicional do saber hegemônico no campo da saúde.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

A relação hierárquica acontece até mesmo entre o próprio grupo. Aos/as profissionais recém-formados/as aparecem estar num escalonamento abaixo dos/as mais experientes profissionalmente. Em uma das tardes estava em imersão no HM, tomando um café na cantina, havia um grupo de médicos/as-residentes tirando o intervalo. Ao fazer meu lanche, olhando as minhas anotações no diário de campo, um grupo de médicos/as conversavam entre si. Mesmo em horário informais, tratam pelo nome social de Dr., Dra. Em uma das falas entre o próprio grupo, uma médica residente compartilha com o grupo:

Tenho medo de perguntar algumas dúvidas a alguns médicos. O Dr. Aristides (*nome fictício*) é muito crítico. Eu tenho medo de perguntar, sabe? Fico mais observando. (Grifos nossos). (Diário de Campo - Agosto de 2019).

A relação hierárquica é imputada até mesmo em momentos não “oficiais” de trabalho. Aos/as médicos/as é ensinado desde a graduação a relação de hierárquica de poder, sobretudo, são ensinados/as sobre as baixas possibilidades de erro com a vida - de certa maneira, um instrumento cruel de operacionalização de ensinamento biomédico - .

Neste contexto, aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras tentam apresentar mudanças, apesar do legado de mais de um século, no qual o ensino e a prática das profissões da saúde inspiraram-se no modelo biomédico, cuja mentalidade hegemônica deposita maior prestígio e valorização social no ato técnico, em detrimento do ato intelectual humanizado. (BRASIL, 2006, p. 330).

Sob este ângulo, é muito clara a necessidade de imprimir às organizações hospitalares enquanto ser *local* de estudos e pesquisas, as considerando espaços permeadas pelas relações de poder, de políticas e de classificação do saber, dentre outros. Para tanto, tomemos com base o que é discutido por Carapinheiro (1998) acerca da temática relacionada aos estudos e pesquisas na área de saúde - contexto hospitalar. A autora sinaliza que o campo apresenta escassez. Partindo de tal afirmativa, compreendemos que as unidades hospitalares podem ainda hoje, não dispor da finalidade de discutir a tradição do processo de ensino e aprendizagem com foco no ensino e saber médico e para médicos, bem como, a tentativa de ruptura dos modelos conservadores à luz de proposta de saúde ampliada e coletivizada a outras profissões, o que leva a fomentar uma maciça concentração de uma estrutura hospitalar de ensino complexo pautado na hierarquia do saber biomédico. Vejamos as falas dos/as interlocutores/as afirmando que este modelo vem perpetuando-se:

O modelo de Residência, que é a médica, são os médicos que formam os Residentes. Todos os médicos foram formados por outro médico, que passou na Residência. Na Multiprofissional não tem essa cultura porque não foram todos os profissionais que passaram na Residência porque ainda é muito nova, além de não ter vagas suficientes se for colocado a quantidade de profissionais que se formam e tenham interessa na Residência. (Preceptor/a de Campo - 01).

A Residência Médica sempre tá acima. Ainda existe muito poder médico nas decisões. Tem setor que o médico é bem envolvido, mas têm uns que fecham a terapia e nem avisam. Dizem o que a gente tem que fazer sem a gente ter avaliado o paciente. Não tem comunicação. (Preceptor/a de Núcleo - 04).

O espaço médico ainda continua. Não é só com Residentes. É com nós profissionais não-médicos. Não gosto desse termo que é utilizado. Veja só, o prontuário é prontuário médico e não multiprofissional. Aqui, no Hospital da Messejana, acho mais fechado. São endeusados, melhor que os outros. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

Na minha unidade tem quatro cardiologistas. Uma vez, eu tinha um paciente que já acompanha há muito tempo, mais do que o médico. Em uma das visitas nos leitos, percebi que ele não estava mais lá, recebeu alta e nem fui avisada. (Orientador/a de Serviço - 01).

O médico nem reconhece a categoria semelhante de Residente. Eles não reconhecem a gente como Residentes mesmo a gente sendo Residentes também. A Residência Médica não precisa bater ponto. É como existisse uma auto responsabilidade por parte deles e não existisse da gente. Era como se a gente não batesse o ponto, não estaria aqui. Bato o ponto às 07:00, mas o laboratório só começa às 08:00. Eu chego às 07:00 e espero uma hora. Mesmo o ambulatório terminando às 17:00, tenho que esperar até as 19:00, bato o ponto para ir embora. O Residente médico, não. Ele chega às 08:00 e vai embora às 17:00. (Profissional-residente - 02).

Residentes Médicos têm em todo buraco. Aqui, nós somos dois por núcleo. Enquanto, a médica, tem vinte em Cardiologia, vinte em Clínica, vinte em Pneumologia. É muito desproporcional. Somos muito poucos Residentes Multiprofissionais. (Profissional-residente - 03).

Os trechos das falas reforçam nossa avaliação sobre o *status quo* da racionalidade científica hegemônica instalada, e de como foi se costurando o epicentro do saber e do trabalho

no campo da saúde, levando-nos a propor o fomento da ruptura do modelo vigente técnico-assistencial ao entorno do cuidado quase que exclusivo médico-centrado. Caso contrário, continuará a ser protegida a gama dos desfechos a uma só ordem formativa do saber, recolhendo a potencialidade da colaboração e contribuição das ações interprofissionais. Mas, o que isso nos diz? No diz, que traduzir as transformações dos aspectos e perfis de saúde demográficos, epidemiológicos, subjetivos, políticos, culturais, econômicos em uma razão científica sob o modelo tradicional, é a armadilha da mera descontextualização das transformações interpeladas predominantemente na dinâmica de vida e de saúde dos sujeitos.

Desse fenômeno a sociedade não foge. Muito pelo contrário, sempre regida pelas dinâmicas sociais, pelas mudanças que a cerca. Desapropriar, portanto, o saber coletivo, abrigando-o em uma seara do conhecimento, logo nos leva a perceber as implicações que devem ser impostas ao desafio de (re)pensar o trabalho na saúde, defendendo o ordenamento da formação de profissionais para à área. Vasconcelos et. al (2016) provocam a necessidade repensar a criação de práticas de integração-ensino-serviço, visando consolidar uma educação permanente em saúde, no âmbito hospitalar, aberta a reflexões e mudanças do controle das decisões de saúde:

Fomento das práticas de integração ensino serviço, buscando consolidar o processo de educação permanente no contexto hospitalar e, a partir daí, proporcionar um espaço de reflexão e mudança da forma de atuação pautada no modelo biomédico e hospitalocêntrico, o qual prioriza a utilização de tecnologias duras e mantém o médico como centro da equipe. (VASCONCELOS et. al, 2016, p. 184).

Ora, as expressões da saúde implicam no novo entendimento, requerido a partir da construção cada vez maior das múltiplas redes de conexões dos saberes. Não se é, não se deve ser mais permitido a concentração de um saber. Portanto, por entendermos que o campo do cuidado, da saúde são atravessados por situações complexas, merece papel destacado a mobilidade de outros saberes/formações no manejo e no (re)ordenamento dos cuidados. Santos e Jesus (2018, p. 288) complementam nossa avaliação ao partirem da ideia de que “todo trabalho em saúde é complexo, dada sua determinação e o conjunto de tensionamento que atravessam a produção de um ato de cuidado, o aprendizado desse trabalho também requer complexidade”. Ferla e Toassi (2017, p. 07) corroboram dissertando que o cotidiano de saúde se depara com “uma constatação que é própria de determinadas abordagens conceituais contemporâneas: o contexto da saúde é de grande complexidade, o que significa que são mobilizadas por uma diversidade de situações que gera uma variada gama de desfechos”.

Considerando importância da mobilização dos conhecimentos diversos exigidos pela complexidade do contexto de saúde, endossado por Ferla e Toassi (2017), procuramos identificar ao longo da pesquisa se com o advento da imersão da RIS/ESP-CE em Cardiopneumologia no HM, iniciou-se a disputa pelos mesmos espaços construídos historicamente para os/as profissionais da área da medicina, visto a oportunidade de interconexão das sapiências na transversalidade dos saberes dos novos conhecimentos multiprofissionais, evocando repensar ações ampliadas de atenção à saúde cardiopneumonar, principalmente, perante à (des)concentração do histórico modelo médico hegemônico e hospitalocêntrico. Vejamos o potencial da resignificação dos saberes promovidos, através das Residências Multiprofissionais imersas nos processos de reorientação do processo de trabalho e cuidado no campo da saúde, como afirma Filho (2017, p. 14):

Tomamos como premissa a ideia de que a Residência Multiprofissional em Saúde se constitui em um estratégico processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho, sob a lógica da educação permanente em saúde, com potencial de promover a subjetivação e a re-significação de saberes e práticas e, conseqüentemente, com potencial para a reorientar os processos de trabalho e de produção do cuidado em saúde para qualificação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A premissa da ideia lançada por Filho (2017) acerca que a RMS constitui potencial subjetivação de re-significação em saúde, no cuidado, daí elaboramos uma das perguntas do roteiro, questionando a racionalidade fincada na extração do saber médico e se nossos/as entrevistados/as acreditam que a entrada da Residência Multiprofissional estimulou a disputa e/ou compartilhamento dos mesmos espaços de saber:

A Residência tem conseguido alguns avanços alguns, ganhos, mas acho que ainda tá muito longe, principalmente, desse saber médico dialogar mais com as outras categorias. A gente percebe uma melhora e em alguns locais aqui no hospital, tem setores que o saber, o saber das outras profissões é muito horizontal. Tem outras unidades que a gente não percebe tanto. Nas UTIS ainda é muito difícil dialogar. É tudo muito voltado para o biológico, tecnologia, mas em outras unidades já percebo esse diálogo com outros saberes. O saber médico ouvindo e dialogando com os outros saberes das outras categorias profissionais. Acho que no Transplante Cardíaco e Pulmonar que é necessário que haja uma avaliação de todas as categorias, há esse diálogo maior. Reuniões entre a equipe do setor (*profissionais-residentes multiprofissionais, médicos/as, outras/os profissionais do HM*), os profissionais se colocam, falam, contribuem. (Grifos nossos). (Profissional-residente - 04).

Antes na visita ao leito, o médico falava sobre a situação de cada paciente, ia de leito a leito. A equipe multiprofissional só o acompanhava. Hoje, o médico fala, mas nós falamos também. Fala todo mundo... até a técnica de enfermagem. E o paciente também fala, principalmente, por intervenção do Serviço Social e da Psicologia que inseriram. Hoje, em dia, já se pergunta na vista: O Sr. está se sentindo bem, há alguma coisa nesse setor se lhe desagrada? (Profissional-residente - 06).

Acaba sendo cultural a equipe achar que o médico está acima das outras categorias. Alguns médicos passaram a ter interesse na nossa opinião, na nossa conduta. (Profissional-residente - 02).

Vimos de acordo com as falas, algumas conquistas em relação ao avanço dos conhecimentos multiprofissionais nas práticas de saúde hospitalares do HM. A disputa por experiências e novos conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, têm sido importantes agentes na defesa do papel de efetivação da integralidade de assistência à saúde. O hospital repensado enquanto espaço de produção de saúde ampliada. A saúde passa a ser percebida multifacetada, descentralizada da doença. Nesta arena, a operacionalização do novo modelo precisaria contar com fortes estratégias, em oposição às restrições oferecidas pelo modelo assistencial-médico. Uma nova proposta lançada rumo à desconstrução da hegemonia médica de se pensar e definir saúde, reconstituída na integração e interação dos diversos saberes e atravessada por mãos de profissionais das distintas áreas do conhecimento.

Antes da Residência, a assistência ficava centrada no médico, enfermeiro. Com a entrada da Residência vários outros profissionais passaram a ingressar, ver o paciente completo, integral. Isso ao meu ver, foi um ganho. Hoje a gente já consegue ver: paciente só é liberado para a cirurgia se a *odonto* liberar, se a fisioterapeuta liberar. (Profissional-residente - 05). (*Grifos nossos*).

Ao entrarem em cena, as Residências propiciam novas posturas e intervenções no cuidado, a partir do conjunto diversificado de profissionais, resultante do somatório dos saberes interprofissionais, por meio do diálogo entre o conhecimento médico-científico e dos/as demais profissionais. O aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações, fazendo surgir a possibilidade problematizadora e dialética de transformar as práticas profissionais, mesmo em meio às dificuldades de imprimir mudanças significativas neste processo. Sobre tais colóquios, Marques e Faria (2015), coadunam ser uma tarefa urgente a sistematização do campo dos estudos, a partir das contribuições produzidas pelas várias áreas disciplinares e temáticas envolvidas no contexto da construção da aprendizagem remodelada, de troca de saberes e troca de expertises.

Os Programas de Residências Multiprofissionais possuem como estímulo, imprimir/incorporar práticas de atuação profissional disparado por trabalho em conjunto, trabalho *de* e *entre* equipes. No contexto da RIS/ESP-CE em Cardiopneumologia no HM, perguntamos aos/as nossos/as entrevistados/as quais experiências de trabalho em grupo, equipe desenvolveram a partir da imersão da Residência Multiprofissional. Os trechos das falas revelam, que alguns/algumas profissionais iniciaram a atuação em grupo, equipes de forma multiprofissional e interdisciplinar a partir da experimentação da RMS:

Eu nunca trabalhei multidisciplinar... Eu trabalhei no posto, não era multi... era só o médico e o dentista. Eu vim conhecer mesmo a multidisciplinaridade com a Residência. Saber como cada profissional atua em conjunto com aquele paciente. Com mais de 10 anos de formação soube na Residência o que era um trabalho

interdisciplinar. Foi a primeira vez que experimentei trabalhar em equipe. (Profissional-residente - 02).

Trabalho em equipe, que às vezes vai se perdendo. A própria equipe vai se reportando ao profissional para dar demanda para a terapeuta ocupacional, enfermeira, médica dentista, fisioterapeuta. A Residência estimula o trabalho em equipe deles com a gente e entre eles. (Profissional-residente - 03).

Também entende mais da profissão do outro. Vem um assunto de muitas categorias que não é só a minha. Eu aprendo muito sobre nutrição, farmácia, odontologia, fisioterapia. É uma abordagem para todas as áreas. (Profissional-residente - 06).

Notamos, resultados positivos de interação profissional do trabalho coletivo produzido por implicação do trabalho em grupos, equipes. Os/as profissionais passam a conhecer sobre o saber de outras profissões, aprendem a estimular o desenvolvimento da construção de práticas diferenciadas, uma vez que as condições diversas da saúde extrapolam a fronteira do conhecimento disciplinar, com vista na produção de conhecimento sob a ótica da interdisciplinaridade. Outro aspecto presente na construção do trabalho em equipe, emerge da preocupação com intervenções que possam obter maior resolutividade ao cuidado.

Neste sentido, Trenti e Jardim (2014, p. 134), corroboram que “as práticas interdisciplinares, além de possibilitarem intervenções que impactam a qualidade da atenção, potencializam o trabalho na perspectiva da integralidade”. As autoras trabalham o conceito de interdisciplinaridade no processo de construção e desconstrução das experimentações de novas formas de produção do conhecimento da saúde, superando a fragmentação do saber e das ações de cuidado em saúde:

A interdisciplinaridade é construída e desconstruída sobre as experimentações dos sujeitos e nos processos de produção do conhecimento. Carrega, historicamente, a marca da resistência dos movimentos conservadores embasados no modelo positivista, em oposição ao movimento de vanguarda, buscando constituir formas inovadoras para a construção do conhecimento. É neste campo ambíguo que se constituem as experimentações que apontam que este tema está longe de ser esgotado e é na educação que este processo crítico reflexivo tem maior ênfase. Neste sentido, investir na construção das práticas interdisciplinares possibilita concretizar novos sentidos e efeitos na produção de saúde como transformação dos saberes e a superação da fragmentação do conhecimento. (TRENTI, FAJARDO, 2014, pp. 118/119).

Ao longo da imersão ao *locus* do HM, identificamos que o trabalho em grupo, em equipe apesar dos avanços, centraliza-se, ainda, muito nas equipes de Residência Multiprofissional em Cardiopneumologia. No HM, até mesmo por intermédio da RMS, não fora possível alcançar a *experimentação* do trabalho em saúde para além de suas equipes de profissionais-residentes multiprofissionais, ou seja, não abrangeu os/as demais profissionais contratados/as do HM. Pouco consegue desenvolver práticas interdisciplinares, considerando a atividades serem pautadas multiprofissionalmente. Acontecem de forma já programadas,

portanto, os/as profissionais atuam pontualmente em intervenções interdisciplinares – ínfimas vezes repetidas – na assistência à saúde, ações de educação à saúde, dentre outros. De tal modo, o trabalho em equipe não é exponenciado aos/as demais profissionais do HM, isso porque a rotina, o grande montante de quantidade de trabalho não permite maior interação do trabalho em equipe interdisciplinar, inclusive, entre os/as próprios/as profissionais contratados/as do HM e deles/as para com as equipes de profissionais-residentes sejam multiprofissionais, sejam médicos.

Eu acho que especificamente aqui, eu não posso falar pelos hospitais, mas aqui no hospital de Messejana, se fala muito sobre a importância da gente tá junto, da gente trocar informações. Também, existe uma dificuldade, que eu percebo, os profissionais mesmo de fora da Residência que já estão nos serviços e que meio que foram engolidos pela demanda, eu percebo que existe uma dificuldade nesse sentido, da gente atuar desta forma com outros profissionais que não sejam da nossa equipe de Residência. Então é meio que é uma atuação que promove isso, mas ela ainda tá fechada na nossa equipe e depende muito da unidade que a gente tá. Te unidade que a gente consegue fluir com mais naturalidade, tem unidade que é mais fechada que a gente não consegue tanto. Então, depende da unidade, depende do profissional que está à frente desta unidade, se ele promove isso, se ele incentiva isso. A gente teve diversas experiências diferentes aqui, dependendo da unidade que a gente tava. (Profissional-residente - 01).

É muito difícil trabalhar interdisciplinaridade no hospital. É muito complexo. Têm muita gente achando que tá trabalhando em equipe. O nutricionista atende o paciente dele, anota ali no prontuário, não entra em contato com a equipe, vai embora, então, o médico, o enfermeiro nem sabem qual foi a conduta. Não há nenhum *feedback*. Há um engano de conceitos. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

O trabalho mais recorrente é multiprofissional. Ultrapassar esse modelo, alcançando a atuação simultânea e conjunta dos profissionais participantes das equipes, até mesmo as multiprofissionais ainda é um desafio, considerando que atuam separadamente em muitas situações. Na agenda de trabalho, os/as profissionais-residentes possuem garantidos momentos de atuação interdisciplinar, no entanto, na maioria da carga horária atuam de forma multiprofissional, fragmentada e departamentalizada. Ficam locados/as em setores/departamentos diferentes mesmo estando no mesmo Serviço (Clínica, Pediatria, Cardiologia ou Pneumologia).

Para o exercício do trabalho em equipes, requer uma socialização mútua compartilhada entre os pares ou não, bem como, entre as diversas equipes que atuam no HM: Profissionais-residentes e docentes da Residência Multi, Médica, profissionais de nível técnico e superior, que estão ou não diretamente ligados/as à Residência, mas de certa maneira, dividem as mesmas linhas de cuidados, os mesmo Serviços de atenção à saúde. Trenti e Fajardo (2014, p. 118) afirmam ser importante “produzir conhecimentos, sob a ótica interdisciplinar, remete à necessidade de superar limites da disciplinaridade, o que pressupõe adotar uma postura flexível

e coerente com a diversidade e necessidade presentes nos processos do fazer em saúde”.

A Residência foi um passo pra ter a interdisciplinaridade, antes era muito trabalho multidisciplinar. Cada um na sua. (Preceptor/a de Campo - 04).

Dentro da minha categoria, vejo muito o trabalho da proposta do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar. Fazem ações nas unidades, salas de espera, saúde em educação, que no hospital tem muita dificuldade de absorver. (Profissional-residente - 01).

A gente faz trabalho em equipe. Estamos divididos em equipes no hospital. Dentro dessas equipes são várias categorias diferentes profissionais. Aí, gente pensa em ações conjuntas nas unidades que a gente tá rodando. A gente tem estudo de caso, a gente tem elaboração de Projeto Terapêutico Singular, elaborar as visitas multiprofissionais, participar das visitas também de fora da nossa equipe porque têm às vezes aquelas que acontecem nas unidades com os profissionais, então a gente se insere lá também. Então, são trocas muito rica nesse sentido. É mais no sentido da interdisciplinaridade mesmo. Vários olhares dialogando juntos e construirmos juntos. (Profissional-residente - 02).

Tem estimular a formação interdisciplinar do aluno porque na formação dele, pessoal, também uma formação individualizada. As graduações têm uma tendência a caminha sozinhas. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

Aqui no hospital é o movimento de trabalho interdisciplinar é a Residência que fez. O hospital é riquíssimo em categorias profissionais. Acho que colaborou muito para interdisciplinaridade acontecesse. Então eles estão sempre vendo a gente se movimentando, fazendo trabalho aqui dentro das unidades, percebendo esse movimento. (Profissional-residente - 03).

Não é porque tem uma Residência Multiprofissional em uma instituição, que haverá a concretude do trabalho entre equipes, inclusive, aderido pelos/as próprios/as profissionais. Há profissionais-residentes que também preferem por não trabalhar em equipe:

Eles (*Residentes*) estranham andar juntos, ser equipe. O exercício de estar junto. Acham que tem de andar todos divididos como os da medicina. Isso vai dizendo um pouco como a Residência funciona. Eu acredito que isso repercute para além da Residência com outros profissionais. (Grifos Nossos). (Preceptor/a de Núcleo - 07).

Pra se solidificar a Residência Multi, o trabalho em equipe, o rodízio em equipe vai demorar um pouco, embora o hospital já conheça. No princípio, tudo era muito complexo. Por que tem que rodar juntos (*Residentes*)? Até hoje o percurso é difícil. (Grifos Nossos). (Coordenador/a de Ênfase - 01).

É de certo a Residência promover a possibilidade do trabalho em grupo. Os/as profissionais desenvolvem o uso das habilidades e negociações no trabalho colaborativo. Devem aprender e serem ensinado/as a resolverem os conflitos entre eles/as, entre os pares e as profissões diferentes dos seus núcleos, fomentando uma melhor comunicação profissional. Como já discutimos, desenvolver competências sociais, comportamento atitudinais, relacionais é um dos grandes desafios na formação em saúde. O conflito interprofissional não pode ser um bloqueador de aprendizagem, portanto, existe um grau de importância em trabalhá-los. É

preciso saber quais as fronteiras de cada profissão para uma não ultrapassar a seara do conhecimento da outra. É preciso que haja a compreensão de que forma é o uso e a aplicação de cada saber, até onde vai cada atuação quando junta um saber ao outro (inclusive, entre os/as próprios profissionais das equipes de Residentes).

Ao se desenvolver um trabalho em equipe, há a negociação dos papéis e a definição deles e cabe ao grupo a organizá-los. O conhecimento em saúde versa sobre a interação entre os diferentes saberes na construção do cuidado. Se duas ou mais pessoas tentam aprender algo juntas, pode inferir daí múltiplas interpretações a depender do contexto. Até qual ponto precisamos ser formados/as para atuar em grupo? Em equipes? Enfatizam Marques e Faria (2015), que a interdisciplinaridade produz um diálogo fluído e um reconhecimento recíproco e deve ser utilizada tanto para criticar a parcialidade e a rigidez das disciplinas acadêmicas, quanto para produzir sinergias no conhecimento existente para criação de novos conhecimentos relativos aos fenômenos sociais e políticos.

A abertura foi muito conquista por aqueles que vieram primeiro. O pessoal era muito fechado porque não entendia o que era a Residência Multiprofissional. Entendia mesmo só a Residência Médica. Não entediam por quê tínhamos que sair para as rodas de núcleo, campo. Então, hoje, a agente já consegue ter um diálogo com alguns profissionais mais, outros médicos. Isso vai depender muito do cenário de prática. Os Residentes médicos vão se inserindo junto com a gente. A gente também vai se identificando no papel de Residentes, apesar que são diferentes, mas alguns conhecimentos a gente consegue levar. Por ser um hospital, uma tecnologia muito dura interfere demais. (Profissional-residente - 01).

Quando a gente começa a trabalhar em equipe, acaba ultrapassando o que é nosso. Você acaba se envolvendo com o caso e às vezes na tentativa de resolver, acaba ultrapassando algumas coisas. A medida que você vai trabalhando em equipe, que você entende o que é o papel de cada um, você já começa a chamar pessoas e não tomar a frente. Você escuta e acolhe a demanda do paciente e ver que colega tal seria interessante aqui, fazendo a rede. (Profissional-residente - 05).

Ação do trabalho em equipe advém do processo aberto também por parte dos/as participantes ao interagir para atingir um objetivo compartilhado. Em tese, as competências se entrelaçam, mantendo uma concepção compartilhada do cuidado. Isso tudo amplia a aprendizagem por meio do trabalho entre equipes. O como fazer o trabalho, para quem fazê-lo, com quem fazê-lo redesenham-se, resultado da nova habilidade de cooperação, sob um novo formato do compartilhamento das expertises de cada núcleo profissional nas práticas de saúde ampliada, além de favorecer um debate acerca do reconhecimento do campo de trabalho na saúde enquanto corpo integrante de uma política pública de caráter social.

A parte da comunicação com as visitas, famílias, acompanhante dos pacientes. É uma sala de espera. Vão todos os Residentes que estão rodiziando no setor ou o máximo que puder ir, que está disponível. Por exemplo, na UTI, trabalhamos muito alguns mitos e verdades, desmistificando muito as coisas, como UTI não é sinônimo que ele

não vai sair daqui, que é sinônimo de morte, fala para o familiar, prepara como ele vai encontrar o paciente, se estiver com o tubo é porque é para respirar, se vai para cirurgia e voltar, estiver sonolento é totalmente normal após os procedimentos, da anestesia, da medicação... Explica tudo... Ai, a gente nota que o familiar entra na UTI mais tranquilo. Antes entrava chorando e isso descompensava muito os pacientes, interferindo na recuperação. Com a família mais acolhida, orientada, a gente vê significativa melhora e o paciente recebe alta mais rápido, se recupera melhor. (Profissional-residente - 01).

Comunicação entre os profissionais, deles saberem a importância do outro profissional e ter interesse, curiosidade de saber o que ele faz e como ele faz. Se está vendo uma terapeuta ocupacional fazendo uma tala para um paciente de seqüela de AVC, vai fisioterapeuta, enfermeira, dentista pra todo mundo ver. (Profissional-residente - 02).

O trabalho com caráter multi e interdisciplinar, permitem o repensar sobre um novo agir do trabalho já executado, (re)ordenando um caminho inovador ao aceitar os desafios da construção coletiva das ações, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas, colocando-se em cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo. Vê-se aí o que Marques e Faria (2015) tratam como uma tarefa urgente, de sistematização do campo dos estudos de políticas públicas a partir das contribuições produzidas pelas várias áreas disciplinares e temáticas envolvidas. Mediante isto, denota-se a importância da inserção de práticas geradoras de transformação do saber como os Programas de Residência Multiprofissionais, para a reorganização da produção do conhecimento e a reflexão-crítica sobre a divisão-técnica do trabalho na área da saúde, que deve ser levado como enfoque a multidisciplinaridade.

Não o bastante, vale ressaltar, que apesar de todos os ganhos há um longo caminho a ser percorrido para superação da compartimentalização e alcançar ao menos a rotinização da interdisciplinaridade no campo das políticas públicas. Como percebido, a inserção da RMS, de certa maneira, *obriga* a expressa reorganização da produção do conhecimento e a reflexão-crítica sobre a divisão-técnica do trabalho. O repensar sobre um novo agir do trabalho já executado, em especial, por alguns/algumas profissionais sentirem-se ameaçado/as, (re)ordenando um caminho inovador ao aceitar os desafios da “construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser refletidas e superadas, colocando-se em cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo” (FERREIRA; VARGA; SILVA; 2009, p. 1423).

É de certo como percebido neste subcapítulo, existir uma defasagem já na formação acadêmica, a nível da graduação a quase que unanime a todos os núcleos de saber. Por isso, é importante, o estímulo de ações-estratégias de aproximação das disciplinas ainda na graduação,

intergraduação, avultadas pelos Programas e Projetos como o PROENSIO (Programa Bolsa de incentivo à Educação), o PET-SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), o VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), o PRÓ-SAÚDE (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, dentre outros.

Marques e Faria (2015), corroboram com a nossa avaliação ao sugerirem a provisão de incentivos ao trabalho interdisciplinar, a reforma dos centros universitários de pesquisa, expansão de pós-graduação, a criação de cursos de graduação, que assumem uma característica interdisciplinar, intensificando gradualmente a pesquisa interdisciplinar. Uma experiência que envolve, ao mesmo tempo, mais de um curso ou cursos em uma disciplina comum aos currículos.

8.4 O broto da semente: Avanços alcançados e os que ainda tem de alancar na trajetória da RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no Hospital do Coração

Este último subtópico do nosso trabalho, elencamos alguns dos avanços alcançados com a imersão da RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia, no Hospital do Coração. De certo, existe um logo caminho, muitos desafios postos e avanços a desbravar. O percurso da RIS/ESP-CE no HM, tem muito o que se construir, movimentar, aprender, desaprender... Experimentar. De qualquer forma, é também imprescindível a valorização de estratégias fomentadoras no processo de qualificação do trabalho em saúde reaquecido a partir das exitosas experiências e da *experimentação* da Residência no HM.

RIS/ESP-CE no HM, no campo hospitalar, estimulou a associação de diversos conhecimentos, de modo que a multidimensionalidade dos saberes elevou à saúde a um patamar multifacetado, provocado pelas mudanças do formato de reorganização do trabalho inserido a partir das diretrizes curriculares, do projeto pedagógico da RIS/ESP-CE. O trabalho em equipe fora um ganho, um dos pontos fortes da RIS/ESP-CE no HM, apesar de centrar-se ainda no trabalho multiprofissional, ao invés do interdisciplinar. Entretanto, revela resultados positivos consequentes da composição do trabalho multi, interdisciplinar. Um trabalho perspectivado na clínica ampliada, difícil de desenvolver-la nos espaços hospitalares. Os/as profissionais usam da *experimentação* da clínica ampliada, desenvolvendo, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS):

Quando visualizo um paciente com muitas comorbidades, muito complexo, de difícil tratamento, dá pra visualizar um Projeto Terapêutico Singular, que vai precisar de muitas categorias ao redor dele. Eu sempre digo pra eles, trabalhem o Projeto Terapêutico Singular, o começo, o meio e o fim, o deslanche... E até extra muros pra você saber pra onde vai o paciente e até a referência que está dando. Saber se está tudo

bem. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

Passei, a perceber, por exemplo, que uma paciente estava com depressão e vi que não estava naquele momento, ajudando muito aquela Senhora. Aí, chegavam juntas a minha nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, psicologia. Ai, a gente começava vê o paciente como um todo. Hoje, eu já pergunto quando o paciente chega, falo com a família, pergunto se o paciente está bem, pergunto se aconteceu alguma coisa fora do normal, eu faço uma escuta, não faço só a técnica. (Profissional-residente - 06).

A provisão de incentivos ao trabalho em equipe, reportou aos/as profissionais a realização das visitas aos leitos, nas enfermarias como rotina de trabalho em formato de rodízios da RMS. Ali emprega-se ação de uma atividade interdisciplinar. Um grupo de profissionais, construindo o saber horizontal, transversal com o objetivo de garantir integralidade na atenção e assistência à saúde. Há trocas, agregando o novo saber. O atendimento se torna menos desfragmentado por conta do investimento simultâneo dos saberes. Vejamos um dos registros do atendimento por uma das equipes de profissionais-residentes multiprofissionais:

Figura 22 – Atendimento interdisciplinar profissionais-residentes



Fonte: Acervo concedido por profissionais-residentes multiprofissionais (2019).

Na visita ao paciente, cada profissional vai com seu olhar que junta para o conjunto de saberes, montam estratégias de atendimento. A gente não olha só pro nosso lado. A enfermeira vê a parte dela, a nutricionista o que vai se alimentar quando o paciente estiver na casa dele, a assistente social o lado social. Cada um colocando o seu lado, no fim forma um conjunto. Na visita ao leito é uma das formas que a gente tem de discutir o paciente como um todo e cada um tem a sua oportunidade de colaborar. A gente interagi entre si. Alguns médicos até nos chamam quando eles veem a

necessidade de discutir um caso. (Profissional-residente - 06).

Fortalecer a semente do trabalho em equipe é um dos maiores legados que a Residência trouxe no modelo dela. Não é uma estratégia fácil da gente fazer manter os rodízios das equipes multiprofissionais dentro de determinados setores, como por exemplo, uma UTI, que é um espaço mais fechado, restrito. Mas, muitas vezes, eles têm conseguido fazer o movimento de prestar assistência juntos, ainda assim. É era uma semente adormecida e a Residência está no caminho do fortalecimento. (Preceptor/a de Núcleo - 07).

Com a Residência você consegue integrar as profissões. Antes não tinha isso. Era a psicologia, enfermagem, odontologia. A Residência trouxe essa maneira de trabalho que a gente foi se adequando, mostrando que a equipe multidisciplinar tem um desenvolvimento significativo de assistência integral ao paciente, eficaz. Acho essencial e também uma contribuição da Residência. (Preceptor/a de Núcleo - 03).

Identificamos no decorrer da pesquisa de campo, que tais atividades desenvolvidas em equipes – geralmente por profissionais-residentes – sofrem descontinuidade após as equipes rodiziarem para outra linha de cuidado, Serviço. Se não tiver uma nova equipe de profissionais-residentes e/ou esta decida em não dar continuidade as atividades anteriores, deixam de ser executadas. Inclusive, também porque o corpo profissional contratado do HM também não as absorve e não as incorpora na sua rotina de trabalho.

Vai fazendo coisas novas que realmente os profissionais não conseguem por conta do cansaço, da rotina. E a gente, enquanto, Residente, acaba trazendo um novo olhar pra saúde pública de modo geral. (Profissional-residente -05).

A gente planta a sementinha. Aqui têm muitos profissionais mais antigos, que não se atualizavam, quando a gente ia propor um grupo diferente, eles barravam a gente. Exemplo: a gente vai fazer uma técnica diferente, eles diziam que não era daquela forma, que já estavam há trinta anos no setor. Apesar, que isso tem mudado porque alguns têm participado mais do que a gente Residente faz e isso vai mudando a cabeça deles. (Profissional-residente - 06).

Têm-se profissionais-residentes multiprofissionais em muitos setores, departamentos do hospital, percorrendo as linhas de cuidados e nos cenários de aprendizagens. É relevante ressaltar, existirem muitos/as profissionais já contratados/as de muitos anos do HM, os/as quais desconhecem e/ou possuem formação sobre algumas das linhas de cuidados, departamentos do Serviço. A partir da escassez, a ausência de recursos profissionais em determinados setores dos Serviços, aflorando a instituição perceber o grau de importância de cargo, função corroborada pela experimentação de alguns dos núcleos da RMS, passa a contratar profissionais para atuarem nos Serviços. Vejamos os próximos trechos das entrevistas:

A gente (*Residentes*) conhece muitos lugares, porque tem profissionais que tá naquela unidade faz muito tempo e só faz uma unidade, não faz nenhuma outra. A gente tá em muito lugar, os profissionais, não. (Grifos nossos). (Profissional-residente - 01).

Tem setor que a Residência assume mais o serviço que os próprios profissionais do setor. A gente assume como terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social. E isso,

ver a necessidade de profissionais ou mais profissional nos setores, Residentes ou não. Depois que foi incluído Residente de Farmácia no hospital, foi crescendo a área da farmácia, da farmácia clínica. O hospital viu a necessidade de ter Farmacêuticos Clínicos que antes da Residência não tinha, após de ser visto a atuação do Residente, foi implementado o serviço de Farmácia Clínica. (Profissional-residente - 03).

A Residência entrou enquanto equipe em que antes algumas categorias profissionais não entravam. A minha profissão não entrava nas UTIS. Depois que a Residência chegou, temos em vários espaços. Foi um avanço que a Residência trouxe, dos profissionais ocupar alguns espaços que antes não eram ocupados. Também grupos com acompanhantes. Tudo isso eu vejo como avanço e espero que continue, quando a gente sair. (Profissional-residente - 03).

Alguns/algumas poucos/as profissionais contratados/as no HM já tiveram a oportunidade de serem Residentes Multiprofissionais no Hospital do Coração. Conhecem a instituição, a RIS/ESP-CE – Ênfase Cardiopneumologia. Estes/as ao desempenharem docência, preceptoria, favorecem uma nova cara ao Programa Residência no HM, uma vez que já a experimentaram, compreendem o modelo pedagógico proposto pela RIS/ESP-CE.

Egressos da Residência que volta a trabalhar aqui, é muito difícil a inserção deles na Residência. Depois de algum tempo consegui puxar egressos para ser preceptores, porque quando chegavam, recebiam as determinações da categoria. Nas datas, dias que tinham no hospital, não sobrava nenhum tempo para a Residência. Fui falando com os chefes das categorias, quando contratasse egresso, facilitasse a condução da Residência por esse profissional, porque teríamos menos trabalho, já que já vinha da formação de Residência. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

Quando a gente tem um preceptor que já foi Residente, ele causa um movimento, uma mudança. A gente vê quando a gente chega em um setor com o preceptor mais aberto, a gente aprende mais, geralmente esses já foram Residentes. Se já tiver sido Residente, facilita tudo. Se nos setores que a gente fosse tivesse esse preceptor já Residente, não demora tanto para ter o link entre preceptor e Residente. (Profissional-residente - 05).

Um outro dado revelador do trabalho, trata-se da provisão das ações adotadas por exposição dialogada acerca dos acometimentos de saúde. As ações são realizadas entre a equipe de profissional-residente aos usuários/as-pacientes em acompanhamento especializado em saúde cardiopneumonar, como também alcançam demais equipes de profissionais dos setores, Serviços do HM. Nesse modelo de experimentação, as ações de educação em saúde, no HM, aumentaram. Acompanhamos uma das ações de educação em saúde, desenvolvida por um grupo de profissionais-residentes multiprofissionais:

Figura 23 – Ação de educação em saúde / Sala de Espera com familiares



Fonte: Registro fotografado pelas pesquisadoras (2019).

Questionamos aos/as nossos/as entrevistados/as se na concepção deles/as, a imersão da RIS/ESP-CE no HM, trouxe avanços ou não no trabalho em saúde. Vejamos as falas a seguir:

Formação de profissionais comprometidos com a saúde pública, o olhar holístico da saúde. A contribuição da multidisciplinaridade, de olhar o paciente, de levar os estudos pra dentro do hospital. Acho que não são todas as categorias que tinham essa experiência de se reunir. Até mesmo a categoria médica. Boa parte dos médicos do hospital já foi residente. Desde a época que a Residência Multi foi instituída, eles trabalham de uma forma mais colaborativa, eles perguntam a outro sobre os pacientes. Isso não acontecia antes da inserção da Residência Multi (Preceptor/a de Núcleo - 04).

Trouxe um novo olhar, com os diversos atores se relacionando, tendo conhecimento, partilha nas unidades. Uma motivação para os profissionais estarem se atualizando. A Residência traz muita novidade, educação em saúde, por exemplo, tanto com os profissionais como com os pacientes. Hoje, nos núcleos a gente tem uma prática mais fortalecida, existe atuação do Residente. É um caminho que vai trilhando, não está acabado, mas já iniciou. São novos profissionais que saem como uma nova visão política e profissional de saúde. Vejo isso como avanço. (Preceptor/a de Campo - 01).

Eu estagiei em hospitais, já fiz pesquisas, mas eu não conseguia perceber a importância da saúde em educação. A Residência que estimula muito isso. Abriu os meus olhos pra isso. A partir daí, percebi que a educação em saúde deveria ser feita porque é necessário e não só porque a ESP propõe. Hoje, no meu dia a dia do trabalho eu consigo fazer e dependendo do setor, da unidade eu tenho mais ou menos abertura. (Profissional-residente - 03).

Tenho maior presença da equipe de fisioterapia nas unidades que antes não era tão presente, então a presença dos Residentes mesmo, hoje desenvolvo trabalhos, projeto de pesquisa com Residentes da farmácia em comum acordo com os Residentes da cardiologia, temos projeto de pesquisa multiprofissional. Hoje nós temos projeto de pesquisa desenvolvendo entre Residente de cardiologia e de nutrição, farmacêuticos. Então acredito que isso é um ganho, um grande avanço na qualidade do atendimento. (Ex-gestor/a, Coordenador/a da Residência Médica - 01).

O trajeto das Residências nos espaços de saúde, sejam eles mais abertos ou fechados, inclina o repensar das ações de trabalho. Inclina para o novo. Recebemos registros de exemplos de atividades que passaram a ser desenvolvidas fora dos leitos, das enfermarias junto aos/as usuários/as-pacientes, após a imersão da RIS/ESP-CE no HM. Um avanço provado pela RIS/ESP-CE considerando que as ações anteriores de saúde quando feitas, eram concentradas e restritas aos leitos, as enfermarias.

Figura 24 – Ação de Educação em Saúde com familiares - I



Fonte: Acervo concedido por profissionais-residentes multiprofissionais (2019).

Figura 25 – Ação de Educação em Saúde com familiares - II



Fonte: Acervo concedido por profissionais-residentes multiprofissionais (2019).

A trajetória da RIS/SP-CE no HM mostrou ser possível produzir um novo caminho nos processos de trabalho de saúde, garantindo maior proximidade entre o corpo profissional e os/as usuários/as-beneficiários/as da política, utilizando uma linguagem e comunicação mais acessível, de forma que possam elevar o grau de compreensão do seu diagnóstico, acometimentos de saúde e assim, criar mecanismos de promoção do cuidado em saúde ampliado. Mecanismo para o protagonismo em sua história de saúde. Tudo isto é possível por meio da realização das ações lúdicas, expositivas e dialogadas com os/as usuários-pacientes. Uma relação mais próxima de igual para igual, com vinculação profissional com o/a usuário/a-paciente. Neste compasso, os/as profissionais aprendem mais sobre suas próprias profissões, como as demais:

Tem uma frase de uma colega da Residência, eu achei muito interessante. Ela disse assim: que aprendeu muito mais sobre as outras categorias profissionais do que a categoria dela, depois quando ela entrou na Residência. Eu mesma nunca tinha trabalhado com enfermeiro, fisioterapeuta, nutrição. Eu aprendi muito sobre as outras áreas aqui, principalmente, quando a gente vai fazer essas atividades de equipe. A gente troca muito, também porque estando no hospital, no contexto de hospitalar, de doença é importante também que o profissional conheça o que é diagnóstico, que essa doença acomete... Até porque isso, o paciente vai trazer o conteúdo na fala dele. Todas as dúvidas, conversa com as enfermeiras da minha equipe sobre o diagnóstico, pensamos ações de PTS. A gente já começa a pensar nas ações das outras categorias. Aprendi muito. Hoje em dia, eu já encaminho para as meninas da minha equipe. Eu sei identificar a demanda para terapeuta ocupacional e elas trazem para mim. Aprende a compreender o papel das outras categorias aqui e qual o limite da nossa situação também, demais. (Profissional-residente - 05).

A Residência me deu a oportunidade de ir além do que eu esperava, como por exemplo, acesso à paciente com procedimentos que eu não esperava. E comigo mesma, em relação profissional, postura. Nós apreendemos muito uma com a outra, principalmente, em termos de núcleo. Eu sempre via uma colega com determinada postura e dizia que queria ser assim também, porque isso impactava o olhar dos outros profissionais pra você. (Profissional-residente - 01).

Acompanhando algumas das atividades da RIS/ESP-CE no HM, tivemos acesso a exemplificações de criação dos instrumentos utilizados no trabalho e nas ações de educação em saúde. Algumas das facetas criativas potencializadora do trabalho com a população usuária. Isso é Residência, é movimento. É a sementinha plantada no agir diferenciado em saúde na perspectiva integralizada e integralizante, imprimindo novas configurações nos processos do trabalho coletivo em saúde.

Figura 26 – CriAÇÃO



Fonte: Registros fotografados pelas pesquisadoras (2019).

Vejam algumas dos relatos concernentes aos momentos das atividades da RIS anteriormente apresentadas, desenvolvidas no Hospital de Messejana:

Sou totalmente diferente de quando entrei. Sempre digo, a Residência foi um salto com relação à profissão com grande crescimento. Me sinto capacitada para estar qualquer setor deste hospital que já passei enquanto Residente. Me sinto capaz pela experiência que a Residência me proporcionou. (Profissional-residente - 04).

A gente aprende demais com os Residentes, eles sempre trazem coisas novas, têm ideias boas. É um espaço de ensino e aprendizagem que todos aprendem. Tolo que pensa que não. (Preceptor/a de Núcleo - 05).

Tudo que aprendi da minha área foi aqui, tudo... procedimentos básicos aos mais complexos. Não tive nada na graduação, nos estágios. Antes, eu não sentia segura em procurar um emprego. A alternativa era a Residência. Em um mês, parecia que estava há um ano. O aprendizado é muito rápido, intenso a todo dia. Eu não me considerava uma profissional. (Profissional-residente - 03).

As Residências anunciam um novo aprendizado operacionalizado à saúde da população beneficiária da política, ou seja, nos cuidados aos/as usuários/as-pacientes da política de atenção à saúde cardiopneumonar, no HM. Ao continuarmos acompanhando as atividades da RIS/ESP-CE, no HM, começamos a nos inquietar, indagar acerca do processo de cuidado também para quem promove cuidado, para o corpo profissional. Quem cuida não merece cuidados? Perguntar simples, mas revestida de um grande paradoxal. Ao mesmo tempo que são profissionais atuantes na linha de frente das situações de acometimento de doença, saúde, imputa-se a eles/as de certa maneira, serem sujeitos eximidos de adoecimento profissional.

O trabalho em saúde, o cuidar podem ser bem estressores também para quem cuida, sobretudo, em unidades de saúde hospitalares, permeadas por modelos rígidos. Ao mesmo tempo produtoras de saúde, são potenciais canais de adoecimento do corpo profissional. Há um alto aprimoramento e investimento de saúde mental, intelectual, espiritual e físico emprestado por parte do/a trabalhador/a a população usuária da política, em extensas cargas horárias de trabalho, prolongadas e exaustivas. Um investimento quase sempre invisibilizado tanto por parte da gestão, da instituição, até mesmo advinda do próprio corpo profissional.

Ocorre de muitas vezes o cuidado atribuído aos/as usuários/as-paciente, não transpõe ao corpo profissional. Consequências estas da escassa e incipiente política de saúde do/a trabalhador/a no Hospital do Coração, transferindo uma autoresponsabilização do autocuidado ao corpo profissional. Aos/as profissionais resguarda a si mesmos/as as práticas de autocuidado. Não presenciamos uma política institucional e/ou ações delas, que abordasse as questões do adoecimento dos/as trabalhadores/as no HM. Adoece profissional-residente, profissional contratado/a do HM, adoece coordenação. Os/as profissionais adoecem...

Não é fácil como parece ser trabalhar num hospital... Têm conflitos. As relações ficam bem estressantes, as energias se acabam... Tem o cansaço, tem depressão. Entender as fragilidades. O corpo dói. (Coordenador/a de Ênfase - 01).

Os Residentes ficam muito cansados. São muitas horas. Precisam de um olhar mais humano pra isso. (Preceptor/a de Núcleo - 02).

Os Residentes têm uma carga extensa, fazem pouco autocuidado. Eles adoecem e nós também. (Preceptor/a de Campo - 03).

Por tais colóquios, consideramos ser importante a prática do autocuidado, submergidas em técnicas do cuidado individual e coletivo, promovidos institucionalmente com a garantia de uma política voltada a saúde do/a trabalhador/a do HM, não aquela situada em acidentes de trabalho, mas que compreenda a sutileza da dimensão do trabalho vivo no ato do serviço, no ato do contexto e no cotidiano do cuidado. A política tem de estar aberta a trabalhar a dimensão subjetiva do sujeito. Com a ausência de uma política revestida destes objetivos, recai a realização das ações de cuidado e saúde a nível individual e não coletiva.

Algumas vivencias de autocuidados são tomados pelos/as próprios/as profissionais. Tomamos o exemplo, o HM ser uma instituição hospitalar arborizada e com arquitetura aberta, possuindo até um mangue dentro do hospital, o que facilita algumas atividades a serem desenvolvidas ao ar livre. Alguns/algumas profissionais recorrem em seus intervalos, descansar no mangue. Era como se fosse uma espécie de terapêutica de um autocuidado. Inclusive, um dos núcleos da Residência Multiprofissional, realiza alguns dos encontros de roda de núcleo/campo no mangue.

Figura 27 – “Cuidar de mim é cuidar do mundo - I”



Fonte: Registros fotografados pelas pesquisadoras (2019).

Foto 28 – “Cuidar de mim é cuidar do mundo - II”



Fonte: Registros fotografados pelas pesquisadoras (2019).

A imagem acima, capturamos o encontro entre uma equipe de profissionais-residentes com a preceptoria de núcleo, dirigindo-se até o mangue para uma roda de núcleo. Um dos pontos altos e magníficos da Residência, já que anterior sua imersão, o mangue para finalidades formação profissional, reuniões era subutilizado. Mais uma das facetas geradoras de existências evocadas por meio do movimento da RIS/ESP-CE no Hospital do Coração.

Finalizamos esta etapa do trabalho, utilizando experiências remetidas às vivências no campo, acompanhando os/as profissionais em algumas das ações/atividades da RIS/ESP-CE, concluindo ser possível uma nova oferta do manejo do cuidado, disparada através de uma lente de maior compreensão da complexidade no fazer saúde, no fazer saúde pública... De preposições de ações de saúde *para/do/no* SUS... E como diz o trecho do poema do movimento cearense de popular em educação em saúde, destacado na introdução do trabalho, “de sonhação o SUS é feito”. É feito *de/por* gente.

*“Escuta, escuta, o outro a outra já vem
Escuta, escuta, cuidar do outro faz bem
Desde o tempo em que nasci
Logo aprendi algo assim
Cuidar do outro é cuidar de mim
Cuidar de mim é cuidar do mundo!”
Cirandas da Vida*

DO FIM AO INÍCIO E DO INÍCIO AO FIM: CAMINHOS FINAIS DA PESQUISA

O título nos faz refletir que este trabalho por si só não é suficiente em apontar todas respostas indagadas no curso da pesquisa. Para além disso, aponta para algumas questões provocativas e provocadoras visualizadas durante o trabalho. Aqui, ressaltamos, ser esta pesquisa inacabada. Não esgotam os enfoques de discussão acerca da temática. Indicamos, discutimos e analisamos/avaliamos algumas das principais questões aparecidas antes, durante e após a imersão ao campo, tanto na RIS/ESP-CE, quanto no HM.

Para tanto, fizemos uso do desenvolvimento da proposta de uma avaliação contra hegemônica, utilizando os quatro eixos da perspectiva de Avaliação em Profundidade, alinhada ao olhar antropológico e experiencial, acompanhando uma parte do cotidiano da Residência Multiprofissional na RIS/ESP-CE e no HM. A partir dela, foram produzidos diversos indicadores socioculturais extraídos do campo, *in locus*. Indicadores socioculturais, como relações de gênero, relações étnico-raciais, clínica ampliada, condições de trabalho no SUS, gestão, institucionalização, interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, dentre outros, foram apresentados por nós, dentro da perspectiva de trabalho e da formação profissional dos/as nossos/as interlocutores/as. Sempre os relacionando ao contexto dos/das trabalhadores/as do SUS, na Residência da ESP/CE e no HM. Todos indicadores socioculturais mostraram o quanto realmente a RIS/ESP-CE, a RIS/ESP-CE do/no HM são factíveis e podem oferecer muitas respostas aos impasses e as políticas do SUS, frente à dualidade, as contradições do momento político-econômico centrado na plataforma ultraneoliberalista.

No decorrer da pesquisa, registramos momentos de conflitos, aflições, medos, cansaço, descanso, gargalhadas, amizade... Um furacão de emoções provenientes das energias ali empregadas. Foi desse espaço, da Residência, dos agentes nela envolvidos, que se deu a construção do corpo escrito da pesquisa.

À Residência parecer ser característico lugar de errar, aprender. Era/é como um espaço legitimado e respaldado para o acerto, para o erro, lugar de *potenciação*, de *criação*, de *perguntação*. De tal modo, alguns dos/as profissionais, que mantém contato direto ou indireto com Residência Multiprofissional, no HM, utilizaram o espaço da pesquisa para reivindicações, desabafos, compartilhar o dia a dia, das relações profissionais, institucionais, sugerir mudanças, melhorias. Também ressaltaram os efeitos positivos do percurso da Residência, utilizando as falas para publicizarem as diversas ações saltadas após a entrada da RIS no HM. O que em suas concepções conquistaram de valorativo. Anunciaram o percurso profissional e institucional

construído e atravessado pela RIS/ESP-CE no HM, que ainda vem se construindo.

Ao saberem da realização da pesquisa, fomos diversas vezes procuradas. Os/as profissionais desejaram participar. Frases como: “soube que você está fazendo uma pesquisa da Residência, gostaria de participar”, “tem um/a preceptor/a que você precisa entrevistar”, “visita o departamento da Emergência”, “participa da atividade de gestão, núcleo das equipes”, “temos uma festa organizada pelos/as Residentes na Unidade H, você está convidada a participar”, foram recorrentes ao longo das semanas de imersão. Semanas possibilitadoras de identificação a partir de nossas lentes, encontrar alguns dos desafios que RIS/ESP-CE no HM tem, bem como, alguns dos avanços.

Uma das vertentes principais identificadas no HM, relaciona-se a aceitação ou não da Residência Multiprofissional, nos setores/serviços em que já percorreu, das experiências dos agentes com a RMS nas linhas de cuidados. E isso poderá ser um facilitador na aderência da RMS no HM, ao mesmo tempo, um elemento dificultador. Profissionais preceptores/as que já foram profissionais-residentes, passaram pela experiência da Residência, demonstraram maior grau de compreensão de quais objetivos do Programa de Residência expressa e pretende.

Atinente a nossa afirmação, Ceccim et. al (2018, pp.13/14) remetem que as principais lacunas educacionais que afetam o corpo docente-assistencial, dirigem-se ao “desconhecimento dos projetos pedagógicos dos programas, da rede de serviços de saúde e das linhas de cuidado; frágil domínio de estratégias pedagógicas que problematizem a prática, na busca pela apropriação de habilidades e resolutividade da atenção”. De tal maneira, tais lacunas podem gerar “dificuldades no trabalho multiprofissional e interdisciplinar; pouco estímulo à autonomia do residente em tomadas de decisão e, ainda, baixa reflexão sobre o aprender e pesquisar em meio às práticas de gestão e atenção”.

Por tais razões, a importância de investimento técnico-operacional ao corpo docente, tanto o estruturante, quanto o assistencial, uma vez que, são os principais condutores do planejamento e das ações pedagógicas do Programa, para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente. Formação para quem forma. Educação permanente para quem forma. Formação profissional para aqueles/as participantes do corpo docente estruturante e assistencial. Principalmente, por a RIS/ESP-CE, em setembro de 2020, ter lançado sua VIII Turma (2021-2023), com 482 novas vagas, todavia, não há projeção de aumento de investimento e estrutura orçamentária, bem como, corpo profissional. A nível de Residência Multiprofissional, no Hospital de Messejana, é urgente a ampliação o número de profissional docentes, investimento em formação, Educação Permanente, readequação do PCCS, inserção

de contratação direta com o Estado, com a SESA, via concurso público, com defesa de uma carreira estatal.

Questionamos o novo modelo lançado, em 2020, pelo governo do estado, na gestão de Camilo Santana, para a contratação de novos/as profissionais por meio da FunSaúde. Reforçamos que a proposta de contratação, gera condições salariais e projeção de carreira desiguais aos dos/as profissionais já vinculados/as diretamente à Secretaria de Saúde do estado, uma vez que estão na condição de servidores/as estaduais, garantidos a estabilidade jurídica no estado. Enquanto a FunSaúde, a contratação será regida pela CLT (emprego público) e com critérios de produtividade. Um nível contratual frágil, sem garantias de permanência do corpo profissional, caso não se cumpra o alcance produtivo idealizado e posto pela fundação. Retomamos, que a segurança da construção da carreira profissional dentro do SUS no estado, dentro dos espaços que contém Residências da ESP/CE permanecerá ameaçada.

A RIS/ESP-CE em Cardiopneumologia, no HM, por exemplo, possui um número pífio de preceptores/as em determinados serviços/linhas de cuidados, inclusive, alguns dos serviços/linhas de cuidados, não recebem rodízios da Residência Multiprofissional, por não terem profissionais docentes de referência. Apesar da Residência *Multi* atuar em muitas das linhas de cuidados, departamentos no HM, não garantiu a entrada dos/as profissionais-residentes em setores do Serviço de Cuidados Paliativos, Atendimento Domiciliar e da Emergência, espaços indispensáveis para formação do/a trabalhador/a na área da saúde, como também, na especialidade em Cardiopneumologia. Identificamos no decorrer da pesquisa, o Hospital do Coração ser uma unidade hospitalar, a qual cabe mais de um Programa de Residência, cabem Residências. Daí, a importância do investimento contínuo e crescente, ao menos, no Programa Multiprofissional atual em Cardiopneumologia.

Quando chegamos os resultados a nível da IES (RIS/ESP-CE), identificamos ser necessário atualizar o currículo – matriz pedagógica, específica para o componente hospitalar haja vista a especificidade de cada especialização e cada espaço hospitalar; Incrementar o aumento do número de profissionais docentes do corpo estruturante, seguindo das mesmas avaliações e indicações melhorias dirigidas ao corpo docente assistencial do HM; Requalificação da carga horária da Residência; Avaliação permanente de todas as etapas da Residência da RIS/ESP-CE. Avaliar a dispersão dos objetivos, o alcance deles, os avanços, desafios, como bem denota Vasconcelos et. al (2018, pp. 25/26), a “valorização das residências também se faz na garantia da qualidade de suas ações e, por isso, desejamos que sejam

realizadas as avaliações dos programas de residência, seguindo um modelo democrático, plural, diagnóstico e construtivo”.

Ora, a multidimensionalidade na área da saúde impõe novas formas de se produzir cuidado, saúde. As IES, as Unidades Hospitalares receptoras dos Programas, têm de estar aberta aos novos contextos de vida e de saúde, sobretudo, serem preparadas para isto. O Quadrilátero da Saúde evocado por Ceccim e Feuerwerker (2004), é uma das principais ferramentas de pensar uma multi e pluridimensionalidade no alcance das ações de saúde, as quais desenvolvam e/ou aproximam-se da clínica ampliada em saúde, em especial, nas instituições hospitalares. No entanto, identificamos no HM, o enfoque direciona-se aos eixos de formação (ensino) e atenção (serviço), enquanto os eixos do controle social e de gestão, são ausentes, recebem pouco estímulo de ações no âmbito da RIS/ESP-CE em Cardiopneumologia, no Hospital de Messejana. Acrescentamos, ainda, ser necessário por parte do corpo docente e discente do HM, fomentar o desenvolvimento de pesquisas na área da Residência em Área Profissional da Saúde e da própria ênfase.

Dentro dos quatro eixos do quadrilátero, um outro achado fundamental, mostra-se que na Residência do HM o eixo controle social foi ausente. Daí, advogamos e defendemos até aqui durante todo o trabalho, ser indispensável a luta política em defesa dos direitos, em defesa da democratização, do SUS, das Residências. Tal defesa necessariamente tem de ser elevada também para dentro dos currículos das Residências, bem como de atividades relativas a ela, na condição de atividades práticas, inclusive, na elaboração de espaços de participação e controle social, cujos foram os mais negligenciados no desenvolvimento das atividades acompanhadas na pesquisa. No HM, os espaços de participação e controle social mostraram-se balizados por uma institucionalização, formados por um setor com uma placa chamada Ouvidoria, destacada em das portas do hospital, permanecendo este espaço somente como ouvinte. Isso quando a população usuária sabia da existência do setor e, aqui, refutamos, a “presença da placa”. Sem levar em consideração dos poucos dias e horários de atendimento. Acesso restrito à população e a ausência de resolução dos registros.

Desvelamos também na pesquisa, que os/as profissionais-residentes formados/as, habilitados/as, muitas vezes não retornam como profissionais de carreira do SUS. Em sua maioria são contratados/as no âmbito da saúde privada, uma vez, que tem maiores quantitativos de vagas de trabalho, maiores atrativos salariais e o oferecimento das mínimas condições contratuais, geralmente via CLT. Quando retornam – se retornarem – às instituições que as/os formaram, são submetidos/as a relação contratual fragilizada, prestadores/as de serviço sem

vinculação institucional (cooperados/as) e o oferecimento de baixos salários. Enquanto não houver uma política de valorização da carreira profissional no SUS, teremos profissionais formados/as com recursos públicos, na política pública, que ao concluírem suas Residências não são absorvidos/as pela própria política que os/as formou.

Enquanto não houver a institucionalização, definição legal dos Programas de Residências para alcançarem o patamar de política pública, política de estado, estaremos sempre no fio da navalha. O que demandaria, desejo e interesse de intervenção governamental, política. Ora, os Programas de Residências são um projeto em constante embate, correlação de forças e disputa. Ainda não são considerados como uma política pública, apesar da abrangência no território de atuação no campo da saúde, no SUS. Acerca disso, discutimos que as políticas públicas na conjuntura política/econômica ultraliberal, vêm sendo escamoteadas gelatinosamente, com fortes e severos ataques, sobretudo, as políticas de educação e saúde.

É factual, a política pública de saúde carece de maior investimento de recursos para o campo de formação profissional, em especial, as ações de educação permanente em saúde. É preciso uma contínua reflexão da essencialidade e da potencialidade da educação permanente, tão necessária para readequação dos formatos de trabalho no campo da saúde, de forma que os desafios no trabalho em saúde continuaram e continuam acontecendo. E a Residência está envolta a toda essa conjuntura. Não fica aquém. A política de Educação Permanente de certa forma, apesar do alcance no SUS, ainda vem repleta de negligências, não só como tema, mas como prática dela nos espaços profissionais. Sob este colóquio, colocamos a imprescindibilidade em injetar mais insumos financeiros, para o melhoramento da formação dos recursos humanos no campo da saúde. Muitos dos serviços em saúde do/no SUS ainda não incorporaram ao campo profissional a educação permanente. Isso é uma problematização.

Findamos nossas avaliações/análises, afirmando que outros desafios surgirão submersos ao campo das políticas públicas, da Residência, do SUS, por exemplo. Não é o início, nem o fim. A frente de luta intercedida por meio das categorias representativas da Residência, concentra-se também em torná-la enquanto projeto de Estado, uma lei de concepção de marco institucional de política pública estatal, com a garantia de maior recursos para sua sustentabilidade, sejam financeiros e/ou humanos/profissionais, desta forma, possibilitar um maior número de trabalhadores/as formados/as e formadores/as *do/no/para* o SUS, em constante processo de educação permanente, visto a melhoria das práticas de cuidados, de produção de saúde dos/nos serviços de saúde pública, do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ABIB, Leonardo Trápaga. X da Questão. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 316-319.
- ALENCAR, Heloísa Helena Rousselet. Quadrilátero. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 224-225.
- ALMEIDA, Luiz Silvio. **O que é Racismo Estrutural?** 1. ed. Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- AMORETTI, Rogério. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 139-144, 2005.
- ANDRIOLA, Wagner Bandeira. Evaluación: La vía para la calidad educativa. Ensaio. **Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 25, p. 78-103, 1999.
- ARRETCHE, Marta Torcza da Silva. Tendências no estudo da avaliação. *In*. RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação das políticas sociais: uma questão em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza e seus dispositivos de mudança na formação e na educação permanente. Conference: Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza e seus dispositivos de mudança na formação e na educação permanente. **V. Interface - Comunicação, Saúde, Educação** -, Brasília, n. 1, p. 73-95, 2012. ISSN: 1414-3283.
- BAUMAN, Zygmunt; MAY, Tim. **Aprendendo a pensar com a sociologia**: Tradução: Alexandre Werneck, Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- BERGER, Carla Baumvol; DALLAGRAVE, Daniela. Descentralização. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre-RS: Rede Unida, 2018, p. 66-69.
- BEHRING, Elaine Rosseti. Fundamentos da Política Social. *In*. MOTA, Ana. Elizabete et. al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, 2006.
- BEHRING, Elaine Rosseti Política social no contexto da crise capitalista. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.
- BERNARDINO-COSTA, Joaze; GROSGOUEL, Ramón. Decolonialidade e perspectiva negra.. **Revista Sociedade e Estado**, v. 1, n. 1, p. 17-24, jan./abr. 2016.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1990.
- BOURDIEU, Pierre. **Sobre o Estado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil S.A., 1989.
- BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas-SP: Papyrus, 1996.

BOSCHETTI, Ivanete. *Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. *Impactos da crise contemporânea na Seguridade Social: desafios postos aos/às Assistentes Sociais na saúde. Trabalho apresentando no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde*. Brasília-DF: CFESS, 2017.

BRASIL. CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. MS/CNS, Brasília-DF, 2012a.

BRASIL. CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. MS/CNS, Brasília-DF, 1996.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. , promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília-DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília-DF, 1990.

BRASIL. **Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005**. Dispõe acerca da promulgação e criação dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Brasília-DF, 2005a.

BRASIL. **Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília-DF, 1996.

BRASIL. **Lei n.º 12.550, de 15 dezembro de 2011**. Dispõe da autorização o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências. Ministério da Educação. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. MS. Departamento de Gestão da Educação na Saúde **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação**. Brasília-DF, 2004a.

BRASIL. MS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: Pólos de educação permanente em saúde-conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília-DF, 2005b.

BRASIL. MS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - Pólos de educação permanente em saúde**. v. 1. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. MS. Portaria n.º 198, 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. **Diário Oficial da União**, 13 de fev. 2004, n. 32, Seção 01, Brasília-DF, 2004c.

BRASIL. MS. **Portaria n.º 1.111, de 05 de julho de 2005**. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília-DF, 2005c.

BRASIL. Portaria n.º 914/2020. Dispõe sobre o reajuste dos benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e dos demais valores constantes do Regulamento da Previdência Social – RPS. **Diário Oficial da União**, 13 de jan. 2020, Edição 09, Seção 01, Brasília-DF, 2020.

BRASIL. MEC. Conselho Nacional de Educação do Brasil. **Parecer n.º 16/1999**: diretrizes para a educação profissional no Brasil. Brasília-DF, 1999.

BRASIL. MS. **Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. MS. **Portaria n.º 16, de 22 de dezembro de 2014**. Altera a Portaria Interministerial n.º 1.077/MEC/MS, de 12 de dezembro de 2009 e revoga a Portaria Interministerial n.º 1.224/MEC/MS, de 03 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da CNRMS e para incluir áreas profissionais para realização de Programas de Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MS. Brasília. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. Brasília- DF, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. MS. Brasília. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília- DF, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Resolução n.º 5, de 7 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-DF, 2014.

BRASIL. **Resolução n.º 287, de 08 de outubro de 1998**. Incorpora 14 novas categorias enquanto corpo profissional de atuação na área da saúde. Brasília-DF, Senado, 1998.

BRASIL. **Resolução n.º 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília-DF, Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Decreto n.º 80.281, 05 de setembro de 1977**. Institui e regulamenta a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília-DF, 1977.

BRASIL. **Decreto n.º 9.759, de 11 de abril de 2019.** Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília-DF, 2019.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 93, de 08 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para prorrogar a desvinculação de receitas da União e estabelecer a desvinculação de receitas dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Brasília, 2016a.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília-DF, 2016b.

BRASIL. MS. Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: **10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde;** (Org.): FAJARDO, Ananyr Porto; Porto Alegre, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. **Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** 4. ed., São Paulo: Editora Cortez, 2009.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública,** v. 02, Rio de Janeiro-RJ, 2008.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília-DF, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 05, Rio de Janeiro, 2000.

CANO, Débora Staub; SAMPAIO Izabela Tissot Antunes. O método de observação na psicologia: Considerações sobre a produção científica. **Interação em Psicologia,** V. 11, 2007.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Formulação de políticas públicas.** Brasília: ENEP, 2018.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital:** uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil.** São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARVALHO, Alba Pinho; GUERRA, Eliane. O Brasil no Século XXI nos circuitos da crise do Capital: o modelo brasileiro de ajuste no foco da crítica. **Revista de Políticas Públicas,** São Luís: EDUFMA, v. 19, n. 1, 2017.

CARVALHO, Alba Pinho. Brasil nos circuitos do Golpe 16: novo ciclo de ajuste e democracia em riso. **Trabalho apresentado na VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas: 1917 a 2107 - Um século de reforma e revolução.** Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2017.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha. Certificação. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 45-49.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. PROENSINO – Programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede SESA. **Edital nº 06/2019**. Fortaleza, 2019d.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Projeto Pedagógico Político Pedagógico da Escola de Saúde Pública do Ceará**. Fortaleza, 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Projeto Político Pedagógico Escola de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, 2016a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Projeto Pedagógico Programa de Residência Multiprofissional em Cardiopneumologia**. Fortaleza, 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Regimento RIS-ESP/CE**. Fortaleza, 2013a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Regimento RIS-ESP/CE**. Fortaleza, 2017b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Relatório de Gestão 2015-2018**. Fortaleza, 2019a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Impacto da Residência Integrada em Saúde no Ceará**. Fortaleza, 2019.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Manual do Profissional Residente: informações ético-político-pedagógicas sobre a Residência Integrada em Saúde - RIS-ESP/CE – Turma VI (2019-2021)**. Fortaleza, 2019b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Residência Integrada em Saúde. **Manual do Profissional Residente: informações ético-político-pedagógicas sobre a Residência Integrada em Saúde - RIS-ESP/CE – Turma VII (2020-2022)**. Fortaleza, 2019.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 03/2013**. Fortaleza, 2013b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 01/2014**. Fortaleza, 2014a.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 63/2014**. Fortaleza, 2014b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 49/2016**. Fortaleza, 2016b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 29/2017**. Fortaleza, 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 01/2019**. Fortaleza, 2019c.

CEARÁ. **Portaria nº. 955/2008**, institui as diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS/CE. Ceará, 2008.

CEARÁ. **Lei nº. 17.186/2020**, autoriza o poder executivo a instituir a Fundação Regional de Saúde (FUNSAÚDE), Ceará, 2020.

CEARÁ. Secretaria de Planejamento e Gestão. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará-IPECE. **Perfil Municipal de Fortaleza**. Infância em Fortaleza: aspectos socioeconômicos a partir dos dados do Censo 2010. Informe n. 61. Fortaleza, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; FEURWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol 14, n. 1, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 227-238.

CECCIM, Ricardo Burg. Acreditação Pedagógica como Estratégia de Avaliação Formativa Institucional em Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. **Residências em Saúde e o aprender no trabalho**. FERLA et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 143-162.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. "**A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**", Campinas-SP, 2003.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CORREIA, Maria da Conceição Batista. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**, v. 13, n. 2, 2º Semestre de 2009.

DAGNINO, Evelina. Confluência Perversa, Deslocamentos de sentido, crise discursiva. **La cultura em las crisis latinoamericanas**. Buenos Aires: Clacso, 2004.

DALLEGRAVE, Daniela. **RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde**. 1. ed, Porto Alegre: MS, 2014.

DALLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. **Interface**, v. 13, n. 28, Rio Grande do Sul, 2009.

DOUGLAS, Mary. **Como as pensam as Instituições**. Tradução: Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo (USP), 1998.

ELLERY, Ana Ecilda Lima et. al. Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 21, supl. 01, São Paulo, 2012.

FAGUNDES, Helenara Silveira; MOURA, Alessandra Ballinhas. Avaliação de programas e políticas públicas. **Revista Textos & Contextos**. V. 8, n. 1, Porto Alegre 2009.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de; MARQUES, Eduardo. **A política pública como campo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

FERNANDES, Maria Esther. Imagem e olhar em pesquisa: para além do visível. **Cadernos Ceru**, v. 23, n. 1, 2012.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGAS, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14, supl. 1, Rio de Janeiro, 2009.

FILHO, Pedro Alves de Araújo. **‘Aos trancos e barrancos’**- Uma avaliação participativa sobre a formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade, 2017. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Centro de Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, 2017.

FOUCAULT, Michael. **O Nascimento da Clínica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michael. **A arqueologia do saber**. 4ª ed. São Paulo: Forense Universitária, 1995.

FOUCAULT, Michael. **Microfísica do poder**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREYRE, Gilberto. **Casa-Grande & Senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 48ª ed. São Paulo: Global, 2003.

GONÇALVES, Alícia Ferreira. Políticas públicas, etnografia e a construção dos indicadores socioculturais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**, Editora: Universidade Federal de Fortaleza (UFC), Fortaleza, ano 1, v. 1, n. 1, 2008.

GONÇALVES, Alícia Ferreira; SANTOS, Coelho Silva. Indicadores locais de sustentabilidade e a avaliação de políticas sociais: contribuições para a gestão pública. **Gestão pública: práticas e desafios**. V. 4. Recife: Editora UFPE, 2010.

GUSSI, Alcides Fernando; OLIVEIRA, Breyner Ricardo de. Políticas Públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Revista Desenvolvimento em Debate**, v. 4, n. 1, 2016.

GUSSI, Alcides Fernando. Apontamentos teóricos-metodológicos para avaliação de programas de microcrédito. **Revista de Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**. Editora: Universidade Federal de Fortaleza (UFC), ano 1, v. 1, n. 1, 2008.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do Cárcere** - v 3. ed e tradução Carlos Nelson Coutinho; co-edição Luís Cesar Henriques e Marco Aurélio Nogueira, 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 18. ed, São Paulo: Cortez, 2009a.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Cena Contemporânea**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília-DF: CEAD/UnB, 2009b.

JACOBSON, David. **Reading Ethnography**. New York: State University of New York Press, 1991.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Eficiência econômica, eficácia procedural ou efetividade social: Três valores em disputa na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. **Revista Debate em Movimento**, Rio de Janeiro: UFRJ, v. 4, n. 1, 2016.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro: UFRJ, v. 36, n. 1, 2012.

JESUS, Carolina Maria de. **Quarto de Despejo**: diário de uma favelada. 10. ed. São Paulo: Editora Ática, 2014.

LEJANO, Raul Perez. **Parâmetros para análise de políticas públicas**: a fusão de texto e contexto. Campinas: Ed. Arte Escrita, 2012.

LOPES, Sara Regina; PIOVESAN, Érica Torres de Almeida; MELO, Luciana de Oliveira; PEREIRA, Márcio Florentino. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Revista Comunicação Ciência e Saúde**, 2007.

KRESSLER, Marie-Christine. Avant-Propos. *In*. KRESSLER, Marie-Christine et. al. (Orgs.). **Evaluation des politiques publiques**. Paris: L'Harmattan, 1998.

MAGNANI, José Guilherme C.; TORRES, Lilian de Lucca (Org.). **Na Metrópole: textos de antropologia urbana**. São Paulo-SP: Editora USP/FAPESP, 2000.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. 1. ed. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Ed. Atlas, 1996.

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. *In*. MARQUEZINE, Maria Cristina; ALMEIDA, Maria Amália; OMOTE, Sadão. (Orgs). **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina-PR: Eduel, 2003.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto do partido comunista**. Tradução: Álvaro Pina, 4. ed. São Paulo: Ed. Boitempo, 2005.

MARX, Karl. **O 18 Brumário de Luís Bonaparte**. Tradução: Maria Flor Marques Simões. 1. ed. São Paulo: Ed. Mandacaru, 1990.

MARX, Karl. **As lutas de classes na França (1848-1850)**. Apresentação: Antônio Roberto Bartelli. V. 49. São Paulo: Global, 1866.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. **Residência Integrada em cenas: ensaios críticos acerca da formação do profissional de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

MENDES, Áquila. CARNUT, Leonardo. Lucro ou vidas? Coronavírus e o voto de minerva. **Revista Fórum**, 2020. Disponível em: <https://revistaforum.com.br/blogs/mariafro/bmariafro-ipea-os-impactos-do-novo-regime-fiscal-para-o-financiamentodo-sistema-unico-de-saude-e-para-a-efetivacao-do-direito-a-saude-no-brasil>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MENEZES, Aline Scheffer de; DALLEGRAVE, Daniela. Descentralização da Formação pelo Trabalho: Narrativas de uma residente na construção de itinerários pedagógicos fora dos grandes centros urbanos. **Residências em Saúde e o aprender no trabalho**. FERLA et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 87-95.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org.). **Caminhos do Pensamento – Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; ALVES, Francielle Lopes; CAETANO, Patrícia da Silva; PRA, Kelli Regina Dal. As Residências Multiprofissionais em Saúde: A experiência da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). **Revista Serviço Social & Saúde**, v. 11, Campinas, 2012.

MIRANDA, Cybelle Salvador; COSTA, Renato da Gama-Rosa. **Hospitais e Saúde no Oitocentos, diálogos entre Brasil e Portugal**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

MUNANGA, Kabenguele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

MONTAÑO, Carlos. Terceiro Setor e Questão Social no Brasil. *In*. PASCHOAL, Amália Madureira. (Org). **IV Caderno de Serviço Social, questão social e contemporaneidade**. Cascavel: Edunoeste, 2006.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistente Sociais. *In*. MOTA, Elizabete et al. (ORG.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. V. 1. São Paulo: Cortez, 2006.

NOLASCO, Edgar César. **Clarice Lispector: nas entrelinhas da escritura**. São Paulo: Annablume, 2001.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer Pesquisa Qualitativa**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro-RJ: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, Amanda Caroline da Fé. **LEI 13.429/2017 e a Emenda Constitucional 95/2016: uma análise de seus rebatimentos nas políticas sociais e do cotidiano, no Pronto Socorro Clóvis Sarinho Natal/RN**. 2017. Monografia (Curso de Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, 2017.

PEREIRA, Malviluci Campos; DALLEGRAVE, Daniela. Abram-se as cortinas: a busca pela integralidade na ênfase em Oncologia e Hematologia da RIS/GHC. **RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde**. Porto Alegre: MS, 2014.

PEREIRA, Sônia Regina. *In*. FIGUEIREIDO, Lúcia R. Uchoa; RODRIGUES, Terezinha de Fátima; DIAS, Ieda M^a Ávila (Orgs). **Percurso Interprofissionais: Formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 38.

PINTO, Hêider Aurélio; OLIVEIRA, Felipe Proenço. Horizontes. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 140-142.

REIS, Marília Ferreira de Campo Tozoni. A pesquisa e a produção de conhecimentos. **Política Nacional Sobre Drogas**. Brasil-DF, 2005.

RIBEIRO, Darcy. **O Povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

- RIBEIRO, Djamila. **Quem temo medo do feminismo negro?** 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.
- RODRIGUES, Léa Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista de Avaliação de Políticas Públicas (AVAL)**. Editora: Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, n. 1, 2008.
- RODRIGUES, Léa Carvalho. Avaliação de Políticas Públicas no Brasil: antecedentes, cenário atual e perspectivas. *In*. PRADO, Edna Cristina; DIÓGENES, Elione Maria Nogueira (Org.). **Avaliação de Políticas Públicas: entre educação e gestão escolar**. Maceió: EDFAL, 2011a.
- RODRIGUES, Léa Carvalho. Análises de conteúdo e trajetórias institucionais na avaliação de políticas públicas: perspectivas, limites e desafios. **Revista Eletrônica de Classe Sociais (CAOS)**, João Pessoa: UFPB, n. 16, 2011b.
- RODRIGUES, Léa Carvalho. **Etnografia e método etnográfico: limites e possibilidades de sua inserção no campo da avaliação de políticas públicas**. Belo Horizonte, p. 8-15, Trabalho apresentado no VIII Seminário da Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação, 2015, Belo Horizonte.
- RODRIGUES, Léa Carvalho. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Revista Desenvolvimento e Debate**, Rio de Janeiro: UFRJ -RJ, v. 4, n. 1, 2016.
- ROMANINI, Roberta; RUA, Maria das Graças. “Tipologia e tipos de políticas públicas” (unidade VI: Para aprender políticas públicas). **Conceito e Teorias**. Brasília: IGEPP, 2014.
- ROSA, Sônia Maria de Souza. **Entrevistas com o assistente social - identidade, doença e estigma em uma enfermaria de adolescentes**. 2006. (Doutorado Acadêmico em Letras) – Centro de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC Rio), Rio de Janeiro, 2006.
- SILVA, Anália Barbosa; SILVA Diego Tabosa; SOUZA JUNIOR, Luiz Carlos. O Serviço Social no Brasil: **das origens à renovação ou o “fim” do “início”**. 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais: 80 anos de serviço social, tendências e desafios. Belo Horizonte: CRESS-MG, de 19 a 21 de maio de 2016.
- SILVA, Cristina Trivisiol da. et. al. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente e Saúde. **Texto Contexto Enferm**, 2016.
- SILVA, Lígia Maria Vieira. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. 1ª ed, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. **Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos**. São Luis: GAEPP, 2008.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Teorias explicativas sobre a emergência e o desenvolvimento do Welfare State**. V. 15, São Paulo: Política & Trabalho, 1999.

SILVA, Maria Euzimar Berenice Rego. O Estado em Marx e a teoria ampliada do Estado em Gramsci. 4º Colóquio Marx e Engels, 2005, Campinas-SP, v. 01. **Anais do 4º Colóquio Marx e Engels**, 2005.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed, São Paulo: Cortez, 2007.

SOARES, Isabele Araújo; LORENA, Allan Gomes. Linha de Cuidado. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 170-174.

SOARES, Valéria Leite et. al. Corpo docente-assistencial: particularidades e atravessamentos da coordenação. **Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiências viva**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p.67-75.

SOBRINHO, José Dias. Avaliação ética e política em função da educação como direito público ou como mercadoria? **Educação e Sociedade**. Campinas-SP, v. 25, n. 88, 2004.

SOBRINHO, José Dias. **Avaliação educativa**: produção de sentidos com valor de formação. Campinas-SP, v. 13, n. 1, março, 2008.

SOUZA, Celina. **Políticas públicas**: uma revisão de literatura. Porto Alegre: Sociologias, 2006.

SOUZA, Jessé. **Subcidadania brasileira**: para entender o país além do jeitinho brasileiro. Rio de Janeiro: LeYa, 2018.

SOUZA, Jessé. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, 2003.

TALAMONI, Ana Carolina Biscalquini. O programa da descrição densa. **Os nervos e os ossos do ofício: uma análise etnológica da aula de Anatomia**. São Paulo: Editora UNESP, 2014.

TRENTIN, Vera; FARJADO, Ananyr Porto. Práticas interdisciplinares nos processos de formação em atenção primária à saúde. **RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde**. Porto Alegre: MS, 1. ed., 2014, p. 101-108.

TREVISAN, André Pittol; BELLEN, Hans Michael Van. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, 2008.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Ana Cláudia Freitas de. Et. al. O que pensam os profissionais da Atenção Básica sobre a Residência Multiprofissional. **Percursos Interprofissionais: Formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. UCHOA et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 24-27.

VASCONCELOS, Ana Paula Silveira de Morais. **Quem conta um conto aumenta um ponto? Formação Profissional de Assistentes Sociais na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral**, 2019. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, 2019.

VASCONCELOS, Ana Paula Silveira de Morais; VIEIRA, Sâmia Barros. Aprender em Serviço. **EnSiQlopédia das Residências em Saúde**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 13-14.

VASCONCELOS, Ana Paula Silveira de Morais et. al. Prelúdio. **Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiências viva**. CECCIM et. al (Orgs.), Porto Alegre: Rede Unida, 2018, p. 26-28.

VILAÇA, Eugênio Mendes. **As Redes de Atenção à Saúde**, 2ª ed. Brasília-DF, 2011.

VINCENT, Simone Paes. Educação Permanente: componente estratégico para implementação da política nacional de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Seção Especial – Educação Permanente em Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA), Rio de Janeiro, 2007.

WACQUANT, Luïc. **Esclarecer o habitus**. São Paulo: Educação e Linguagem, 2007.

WEIDAUER, Rosemari Taborda. **“Questão Social” e sua Apropriação pelos Assistentes Sociais supervisores no município de Toledo**. 2008. Dissertação (Mestrado em Acadêmico em Serviço Social) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2008.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado/a pela pesquisadora **Juliana Araújo Peixoto**, a participar da pesquisa intitulada AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – ÊNFASE CARDIOPNEUMOLOGIA: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS/AS TRABALHADORES/AS DO SU, NO HOSPITAL DE MESSEJANA, EM FORTALEZA - CE, sob orientação da professora Doutora Verônica Salgueiro no Nascimento. Você foi informado/a que mencionado estudo trata-se de uma pesquisa para elaboração de dissertação do Mestrado Acadêmico da Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas (PPGAPP), da Universidade Federal do Ceará (UFC) e que a pesquisa acontecerá no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. **O objetivo geral da pesquisa** visa avaliar a Residência Integrada em Saúde (RIS/ESP-CE) - Ênfase Multiprofissional em Cardiopneumologia, como estratégia de educação permanente dos/as trabalhadores/as lotados/as no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart, situado em Fortaleza - CE. Os **objetivos específicos**: Identificar como a RIS/ESP-CE - Ênfase Cardiopneumologia atua na Educação Permanente dos/as trabalhadores/as lotados/as no Hospital de Messejana; Analisar a concepção dos/as profissionais lotados/as no Hospital de Messejana acerca da Educação Permanente a partir da RIS/ESP-CE - Ênfase em Cardiopneumologia; Avaliar os eventuais desafios e avanços no processo de Educação Permanente dos/as trabalhadores/as do Hospital de Messejana - ênfase Cardiopneumologia.

A sua participação no referido estudo se dará por meio de entrevista, norteada por formulário semiestruturado (contemplando perguntas abertas) que será respondido em um único encontro (em um local reservado) agendado em data e horário ao seu critério. Esta pesquisa não irá expor sua identificação pessoal, bem como você não é obrigado/a a responder a todas as perguntas da entrevista, salientamos que estas serão gravadas com aparelho MP3.

Você foi alertado/a que a pesquisa a ser realizada possui **riscos e benefícios**. Como **benefícios**, você participará de um estudo que visa problematizar a educação permanente no contexto hospitalar em Fortaleza-CE, a fim de subsidiar elementos avaliativos no processo formativo interprofissional a partir da qualificação e do fortalecimento da educação permanente no campo da política pública de saúde.

Você recebeu, ainda, os esclarecimentos necessários sobre os **desconfortos e riscos decorrentes do estudo**, como por exemplo, no momento da entrevista pode deflagrar emoções ao trazer a tona histórias, lembranças e condições (boas e ruins) das situações vivenciadas enquanto profissional vinculado/a à Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Você foi informado/a que a pesquisadora se compromete em estar atenta aos sinais verbais e não verbais dos desconfortos. Caso assim aconteça, por motivação ética e garantia de sua segurança como forma de minimizar os desconfortos, a qualquer momento a entrevista poderá ser interrompida e retomada com seu consentimento após o tempo estabelecido por você, que também poderá ao seu critério reagendá-la, ou até mesmo por sua livre escolha desistir, não precisará justificar e não acarretará em nenhum ônus.

Você está ciente de que sua **privacidade será respeitada**, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado/elemento que possa de qualquer forma lhe identificar será mantido em **absoluto sigilo**. Foi reforçado a você, que poderá recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e que se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo. Você, ainda, foi informado/a que a pesquisadora envolvida com o projeto é Juliana Araújo Peixoto, aluna do Programa de Pós-Graduação Acadêmico em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (PPGAPP) e com ela você poderá manter contato pelo telefone (85) 9.9915.0678, e-mail: julianajap@gmail.com ou pelo endereço: Av. Mister Hull, s/nº - Campus do Pici - Bloco 860 – UFC (Universidade Federal do Ceará).

É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas os resultados, informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências a qualquer momento, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Enfim, tendo sido orientado/a quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do referido estudo, você manifesta seu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação.

No entanto, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado/a conforme determina a lei. Em caso de reclamação, dúvida ou qualquer tipo de informação, denúncia sobre esta pesquisa, você deve ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes localizado na Avenida Frei Cirilo, n.º 3480, Messejana / Fortaleza - CE / Telefone: (85) 3247.3342 – Horário

de atendimento: segundas, terças e quartas: 08:00hs às 12:30hs e 13:30hs às 17:00hs, quintas: 08:00hs às 14:00hs e sextas: 12:00hs às 18:00hs. Como segunda opção, também poderá recorrer conjunto ou separadamente ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, n.º 1000, Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CE / Telefone: (85) 3366.8346 – Horário de atendimento: segunda à sexta: 08h às 12:00. Ressalva-se, que ambos Comitês são as instâncias responsáveis pela avaliação e liberação desta pesquisa, além de acompanhar os aspectos éticos por estar envolver seres humanos.

Endereço da responsável pela pesquisa:

<p>Nome da pesquisadora principal: Juliana Araújo Peixoto Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC) Endereço: Av. Mister Hull, s/nº - Campus do Pici - Bloco 860 – UFC Telefone para contato: 85 9.9915.0678 E-mail: julianajap@gmail.com</p>

O abaixo assinado, eu _____, ____ anos, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza - CE, ____/____/____

Nome do/a participante da pesquisa _____ Data: ____/____/____

Assinatura _____

Nome do/a pesquisador/a _____ Data: ____/____/____

Assinatura _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO - RIS/ESP-CE

Desenho da RIS/ESP-CE (Comunitária e Hospitalar);

- Projeto Político Pedagógico (matriz curricular, competências dos corpos docente estruturante, assistencial e discente); Inserção da RIS/ESP-CE, instituições parceiras da ESP, participantes da RIS; Arcabouço legal (nacional, estadual) de base para o desenvolvimento e a condição da RIS: regimento interno, atas de reunião, portarias, resoluções, etc.

Relação institucional da RIS na ESP-CE e nas instituições receptoras dos Programas

- Relação entre os/as profissionais do corpo docente-estruturante, corpo docente-assistencial e o corpo discente: negociações, acordos, tensão, conflitos;
- Reunião da equipe do corpo docente-estruturante: e periodicidade, pautas, encaminhamentos;
- Relacionamento institucional entre o corpo docente-assistencial e as unidades hospitalares;

A condução política-pedagógica do Programa pelo corpo docente-estruturante;

- Como a ESP-CE identifica as necessidades educação permanente de saúde no estado;
- Trabalhadores/as participam da construção e encaminhamento as demandas de saúde postas no PPP;
- Questões consideradas para a formação e desenvolvimento dos/as trabalhadores/as para o SUS;
- Acompanhamento das ações das instituições executoras nos processos pedagógicos as repercussões sobre os serviços de saúde;
- Como acontecer a preparação dos módulos práticos, calendário das aulas, distribuições por temáticas, ênfases do programa;
- Formação, educação permanente ao corpo docente-estruturante.

Avaliação da RIS:

- Mecanismos/instrumentos de avaliação da RIS; Periodicidade de avaliação; Agentes participantes da avaliação; Negociações, pactuações concernentes às avaliações, bem como, os resultados, se houver.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO - RMS HOSPITAL DE MESSEJANA

Desenho da RIS/ESP-CE: Ênfase Cardiopulmonar (Hospital de Messejana Dr. Carlos Studart Gomes)

- Atividades desenvolvidas em equipe e quantidade de participantes
- Características sociais e epidemiológicas mais importantes e recorrentes no contexto local atendidas pelos/as profissionais-residentes
- Organização e distribuição das categorias profissionais entres as equipes
- A divisão-técnica do trabalho por equipe e por profissional-residente
- Tempo de atuação conjunta da equipe
- Lotação das equipes na unidade hospitalar
- Número de preceptor de campo e de núcleo por categoria/equipe ou setor do hospital
- Rotina dos encontros separadamente ou em conjunto entre os/as profissionais-residentes, preceptores/as, coordenação geral da ênfase
- Construção em equipe da agenda de trabalho
- Atividades desenvolvidas em conjunto com toda ênfase
- Organização e participação dos/as residentes, preceptores/as e coordenação de ênfase nos módulos de formação teórica.
- Organização das atividades práticas e as teórico-práticas

Relação com os/as demais profissionais ligados/as direta ou indiretamente à RMS: A colaboração e o diálogo entre os saberes, relações de poder, embates, conflitos, disputas pelo território do saber entre a

- Aproximação ou afastamento com os/as profissionais da área da medicina
- Aproximação ou afastamento com profissionais das áreas multiprofissionais não participantes da RIS/ESP-CE
- Aproximação ou afastamento com profissionais de nível técnico, médio e fundamental
- Aproximação ou afastamento com profissionais das áreas gerenciais e administrativas

Relação dos/as participantes da RMS com a população usuária da política de saúde

A colaboração e o diálogo entre os saberes, relações de poder, embates, conflitos, disputas pelo território do saber entre os/as integrantes da RMS e a população usuária da política.

APÊNDICE D - DIÁRIO DE CAMPO

Pesquisador/a observador/a:

Local:

Data:

Atividades desenvolvidas	Registros de impressões apreendidas

APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA CORPO DISCENTE (RESIDENTE)

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO:

Idade: _____ Qual gênero se identifica: _____ Cor/etnia que se identifica: _____

Formação acadêmica: _____ IES: _____

Tempo de formação: _____ Possui alguma outra pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado ou Pós-Doctor) além da Residência: _____ Ano de Conclusão: _____.

1.1 PERFIL PROFISSIONAL:

Você atuou no SUS antes da Residência como profissional já formando/a? Seja na Gestão, Atenção Primária, Secundária ou Terciária, em instituições públicas ou conveniadas ao SUS. Se a resposta for sim, indique o(s) local(is): _____

Ao que se refere a atuação profissional no âmbito hospitalar, quantas instituições públicas ou conveniadas ao SUS já possuiu vínculo até a presente data? Se a resposta for sim, indique o(s) local(is): _____

Caso as duas perguntas anteriores tenham como resposta nenhuma atuação, indica que a RMS é sua primeira experiência profissional no SUS após sua formação acadêmica?

2. EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESP-CE, NO ÂMBITO HOSPITALAR.

- Você poderia falar sobre as motivações em realizar a RMS? E a escolha pela RIS/ESP-CE, campo hospitalar?
- Como você se percebe enquanto profissional-residente no SUS? Qual é o seu lugar de Residente no/do SUS? Por favor, aprofunde suas respostas.
- O que você entende por educação permanente em saúde?
- Antes de ingressar na RIS/ESP-CE você já possuiu acesso ou formação na área da educação permanente em saúde?
- A proposta da RIS/ESP-CE desenvolvida no Hospital da Messejana possui potencial pedagógico frente à educação permanente no âmbito hospitalar? Por favor, comente as respostas.

- Como você percebe a inserção e a permanência da RMS por parte dos demais corpos profissionais, tanto os que possuem ligação direta ou indireta com a RMS, inclusive, por parte da gestão/diretoria do Hospital de Messejana?
- O modelo disparado pela RMS favorece/possibilita a abertura do diálogo, processo de trabalho multi e interdisciplinar com as demais profissões que não estão diretamente ligadas à RMS ou que não sejam os mesmos núcleos profissionais que os seus (como, por exemplo, a área médica ou outra área)? Por favor aprofunde sua resposta citando situações e/ou exemplos?
- Você acredita que com a inserção da RMS, se produziu ou produza possibilidades de ruptura nos modelos hegemônicos/tradicionais de formação profissional, no âmbito hospitalar? Por favor, comente as respostas.
- Como você percebe a proposta de ensino-serviço desenvolvida na unidade hospitalar, disposta pela RMS permite aos/as profissionais das diferentes áreas do conhecimento compreenderem e reconhecerem o papel dos respectivos núcleos? Por favor, comente as respostas.
- Comente quais as estratégias que você percebe que são utilizadas pela RMS para fomentar a integração das ações e dos saberes, acerca das diferentes categorias profissionais de forma compartilhada e interdisciplinar na área hospitalar?
- Durante a RMS você considera/avalia que na unidade hospitalar foi ou é possível desenvolver as competências profissionais na atuação interdisciplinar, de forma diferenciada das práticas e modelos convencionais? Por favor, comente as respostas.
- Você acredita/avalia que a proposta da RMS provoca profissionais a continuarem investindo na educação permanente em saúde, sobretudo, os/as trabalhadores/as que estão ligados/as indiretamente à RMS? Por favor, comente as respostas.
- Acerca dos/as profissionais que compõem o corpo docente (preceptoria de núcleo/campo) da RMS do Hospital de Messejana, você acredita/confia que possuem formação profissional, acadêmica e pedagógica? E que como avalia a colaboração destes/as no seu processo formativo-pedagógico? Poderia comentar sua resposta?
- Acerca dos/as profissionais que compõem o corpo docente-estruturante (Coordenação Acadêmica, Tutoria Pedagógica do componente hospitalar, Coordenação Geral) da RIS/ESP-CE, você acredita/confia que possuem formação profissional, acadêmica e pedagógica para estar a frente da RIS/ESP-CE? E que como avalia a colaboração destes/as no seu processo formativo-pedagógico na RMS? Poderia comentar sua resposta?

- Comente como você avalia que a RMS da RIS/ESP-CE alcança ou não o que está previsto no seu Projeto Político Pedagógico (PPP), leis, portarias instituídas na política nacional de educação permanente em saúde? Você conhece tais marcos legais? Tem acesso às leis?
- Você acredita ou percebe que a RMS da RIS/ESP-CE oferece uma efetiva contribuição ao campo da saúde pública no estado? Inclusive, no contexto hospitalar? Comente as respostas.
- Como você vem percebendo o campo da política pública de saúde frente aos contextos econômicos e políticos a nível nacional, estadual e municipal nos últimos governos?
- O currículo formativo da RIS/ESP-CE favorece a formação dos/as envolvidos/as na RIS/ESP-CE, no campo hospitalar, a atuarem além da assistência, quanto na área de gestão? Ou seja, a RIS/ESP-CE também forma gestores/as para o SUS?
- Acerca do quadrilátero da Educação Permanente (Gestão, Ensino, Controle Social e Trabalho), como você acredita que a RIS conseguem alcançá-los? Existe algum que é dado mais ênfase? Por favor, desenvolva sua resposta e se possível citar exemplos no seu cotidiano.
- Em sua avaliação, comente quais são os avanços da RMS da RIS/ESP-CE para a educação permanente dos/as trabalhadores/as na saúde pública, no contexto hospitalar?
- Em sua análise e avaliação, comente quais são as mudanças para a qualificação da RMS da RIS/ESP-CE? E ao que se diz respeito ao âmbito hospitalar?
- Você avalia que após o fim da RMS possui habilitação e formação para atuação no campo da saúde? Seja comunitária, hospitalar, na gestão, em instituições públicas ou privadas? Poderia comentar sua resposta?
- Você acredita que ao terminar a experiência na RIS/ESP-CE poderia ingressar em um novo Programa de Residência? Continuar na ESP/ESP-CE? Sim ____ / Não ____ . Optaria pelo componente hospitalar? Sim ____ / Não ____ . Poderia comentar os motivos de cada resposta?
- Após o término da RMS você se percebe ou gostaria de ser um/uma profissional atuante no/do SUS? Você poderia falar sobre as motivações?
- Após o término da RMS você se percebe ou gostaria de ser um/uma profissional contratado/a do Hospital de Messejana? Você poderia falar sobre as motivações?

**APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA CORPO DOCENTE-ASSISTENCIAL
HOSPITAL DE MESSEJANA (PRECEPTORIA DE NÚCLEO, PRECEPTORIA DE
CAMPO, ORIENTADOR/A DE SERVIÇO)**

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO:

Idade: _____ Qual gênero se identifica: _____ Cor/etnia que se identifica: _____

Formação acadêmica: _____ IES: _____

Tempo de formação: _____ Possui alguma outra pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado ou Pós-Doctor) além da Residência: _____ Ano de Conclusão: _____.

1.1 PERFIL PROFISSIONAL:

Você já atuou no SUS antes de estar como profissional do Hospital de Messejana? Seja na Gestão, Atenção Primária, Secundária ou Terciária, em instituições públicas ou conveniadas ao SUS. Se a resposta for sim, indique o(s) local(is): _____

Ao que se refere a atuação profissional no âmbito hospitalar, quantas instituições públicas ou conveniadas ao SUS já possuiu vínculo até a presente data? Se a resposta for sim, indique o(s) local(is): _____

Há quanto tempo possui vínculo com o Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes? _____ Informe qual seu tipo de vínculo (contratação) de trabalho: _____ e a carga horária semanal _____.

Você possui algum outro vínculo profissional além do Hospital de Messejana? Caso a resposta seja sim, você poderia informar a área de atuação? _____

Há quanto tempo possui está vinculado/a com a RIS/ESP-CE, no Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes? _____ Carga horária dedicada a RIS? _____

Você acredita ser suficiente o tempo disponível que possui para a RIS? Você poderia falar como esse tempo influência na sua atuação de preceptoria e/ou docente na RIS?

Possui algum incentivo financeiro (gratificação) por fazer parte do corpo-docente? Se a resposta for sim, indique a fonte financiadora (Ministério da Saúde, Governo do Estado, ESP-CE, etc.) _____ . Você poderia falar como percebe/avalia os incentivos/gratificações, ou ainda, sim, a ausência destes na sua atuação na docência/preceptorial da RIS?

2. EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESP-CE, NO ÂMBITO HOSPITALAR.

- Qual é o seu lugar enquanto trabalhador/a no/do SUS?
- Comente o que você entende por educação permanente em saúde.
- O que você entende por preceptorial de núcleo/campo? Como você se percebe neste papel? Poderia falar sobre sua experiência?
- Possui algum incentivo para continuidade da formação acadêmica por fazer parte do corpo docente? Se a resposta for sim, indique de onde vem (Hospital de Messejana (SESA) / RIS/ESP-CE). Se a resposta for não, você poderia comentar como percebe a refração em sua atuação de preceptorial/docente?
- Você acredita/avalia que a proposta da RMS provoca profissionais a continuarem investindo na educação permanente em saúde, sobretudo, os/as trabalhadores/as que estão ligados/as indiretamente à RMS? Por favor, comente as respostas.
- Você enquanto parte do corpo docente-assistencial da RMS do Hospital de Messejana, considera possuir formação acadêmica e pedagógica para o processo formativo-pedagógico do corpo discente? Você poderia comentar sua resposta?
- Acerca dos/as profissionais que compõem o corpo docente-estruturante (Coordenação Acadêmica, Tutoria Pedagógica do componente hospitalar, Coordenação Geral) da RIS/ESP-CE, você acredita/confia que possuem formação profissional, acadêmica e pedagógica para estar a frente da RIS/ESP-CE? E que como avalia a colaboração destes/as no processo formativo-pedagógico da RMS? Poderia comentar sua resposta?
- Comente quais as estratégias pedagógicas utilizadas pelo corpo docente-assistencial para fomentar a integração das ações e dos saberes das diferentes categorias profissionais de forma compartilhada e interdisciplinar, na área hospitalar?
- Durante a RMS você considera que na unidade hospitalar foi ou é possível desenvolver as competências profissionais na atuação interdisciplinar, de forma diferenciada das práticas e modelos convencionais? Você pode citar exemplos?

- Como você percebe a inserção e a permanência da RMS por parte dos demais corpos profissionais, tanto os que possuem ligação direta ou indireta com a RMS, inclusive, por parte da gestão/diretoria do Hospital de Messejana?
- O modelo disparado pela RMS favorece/possibilita a abertura do diálogo, processo de trabalho multi e interdisciplinar com as demais profissões que não estão diretamente ligadas à RMS ou que não sejam os mesmos núcleos profissionais que os seus (como, por exemplo, a área médica ou outra área)? Por favor aprofunde sua resposta citando situações e/ou exemplos?
- Comente como você avalia que a RMS da RIS/ESP-CE alcança ou não o que está previsto no seu Projeto Político Pedagógico (PPP), leis, portarias instituídas na política nacional de educação permanente em saúde? Você conhece tais marcos legais? Tem acesso às leis?
- Acerca do quadrilátero da Educação Permanente (Gestão, Ensino, Controle Social e Trabalho), como você acredita que a RIS conseguem alcançá-los? Existe algum que é dado mais ênfase? Por favor, desenvolva sua resposta e se possível citar exemplos no seu cotidiano.
- Você acredita ou percebe que a RMS da RIS/ESP-CE oferece uma efetiva contribuição ao campo da saúde pública no estado? Inclusive, no contexto hospitalar? Por favor, comente as respostas.
- Como você vem percebendo o campo da política pública de saúde frente aos contextos econômicos e políticos a nível nacional, estadual e municipal nos últimos governos?
- O currículo formativo da RIS/ESP-CE favorece a formação dos/as envolvidos/as na RIS/ESP-CE, no campo hospitalar, a atuarem além da assistência, quanto na área de gestão? Ou seja, a RIS/ESP-CE também forma gestores/as para o SUS?
- Em sua avaliação, comente quais são os avanços da RMS da RIS/ESP-CE para a educação permanente dos/as trabalhadores/as na saúde pública, no contexto hospitalar? Como a RMS do Hospital de Messejana vem contribuindo nesse processo?
- Em sua análise e avaliação, comente quais são as mudanças para a qualificação da RMS da RIS/ESP-CE? E ao que se diz respeito ao âmbito hospitalar? Como a RMS do Hospital de Messejana vem contribuindo nesse processo?
- Você avalia que após o fim da RMS o corpo discente estará habilitado e/ou formado para atuação no campo da saúde? Seja comunitária, hospitalar, na gestão, em instituições públicas ou privadas? Poderia comentar sua resposta?

**APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTÃO DO HOSPITAL DE
MESSEJANA (COORDENAÇÃO GERAL DA ÊNFASE, DIRETORIA ACADÊMICA)**

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO:

Idade: _____ Qual gênero se identifica: _____ Cor/etnia que se identifica: _____
 Formação acadêmica: _____ IES: _____
 Tempo de formação: _____ Possui alguma outra pós-graduação (Especialização, Mestrado,
 Doutorado ou Pós-Doctor) além da Residência: _____ Ano de Conclusão: _____.

1.1 PERFIL PROFISSIONAL:

Cargo que ocupa na no hospital e na RIS/ESP-CE _____
 Há quanto tempo possui vínculo com o hospital e na RIS/ESP-CE _____
 Informe qual seu tipo de vínculo (contratação) de trabalho no Hospital de Messejana _____
 Você já atuou antes em instituições públicas ou conveniadas ao SUS, seja na também na
 Gestão/Assistência/Docência ou similares? Se a resposta for sim, indique o(s) local(is): _____

**2. EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA RESIDÊNCIA
INTEGRADA EM SAÚDE DA ESP-CE, NO ÂMBITO HOSPITALAR**

- Fale sobre as motivações que levaram o Hospital de Messejana a implementar a RMS e a escolha pela RIS/ESP-CE. Por favor, historicize o contexto político das agendas na ocasião de idealização e implementação do Programa de Residência na instituição.
- Ainda sobre a pergunta anterior, como você vem percebendo atualmente a política pública de saúde frente aos contextos econômicos e políticos a nível nacional, estadual e municipal nos últimos governos? E quais são os rebatimentos para as RMS, inclusive, para a RIS/ESP.
- Como você avalia a cobertura da RIS/ESP-CE, considerando que uma Residência interiorizada e constituída por um grande componente comunitário e hospitalar? E como implica no campo da saúde no/do Estado?
- Você poderia falar sobre sua experiência enquanto parte da coordenação de ênfase/gestão hospitalar frente a um programa de grande dimensão e interiorizado?
- Comente como você avalia/analisa como se dão as relações institucionais, ao que se refere o percurso da RIS na ESP-CE e o percurso da RIS nas unidades hospitalares, em especial, nesta instituição e como estas influenciam no Programa. Você poderia citar alguns exemplos?

- Como foi o processo de inserção e de permanência da RMS no Hospital de Messejana por parte dos demais corpos profissionais, tanto os que possuem ligação direta ou indireta com a RMS, inclusive, por parte da gestão/diretoria da instituição?
- O modelo disparado pela RMS favorece/possibilita a abertura do diálogo, processo de trabalho multi e interdisciplinar com as demais profissões que não estão diretamente ligadas à RMS ou que não sejam os mesmos núcleos profissionais que os seus (como, por exemplo, a área médica ou outra área)? Por favor aprofunde sua resposta citando situações e/ou exemplos?
- Acerca do financiamento da RIS/ESP-CE, comente você avalia para o desenvolvimento do Programa? Você conhece como se dão as negociações e pactuações nas três esferas de governo?
- Você enquanto participante coordenação geral da ênfase, o que compreende por educação permanente em saúde? E como percebe que a RIS vem desenvolvendo esta política no contexto hospitalar e nesta instituição? Por favor, aprofunde sua resposta?
- Em sua avaliação, a RMS da RIS/ESP-CE alcança ou não o que está previsto no seu Projeto Político Pedagógico (PPP), leis, portarias instituídas na política nacional de educação permanente em saúde? Você poderia comentar e apontar alguns exemplos?
- Ainda seguindo a pergunta anterior, como você analise o alcance da RMS no Hospital de Messejana? Você poderia comentar e apontar alguns exemplos?
- Você acredita que o corpo docente-assistencial (preceptorias de núcleo, de campo, orientadores/as) participantes da RMS no Hospital de Messejana, possui formação acadêmica e pedagógica para o processo formativo-pedagógico do corpo discente do campo hospitalar? Poderia aprofundar a resposta.
- Acerca dos/as profissionais que compõem o corpo docente-estruturante (Tutoria Pedagógica do componente hospitalar, Coordenação Acadêmica, Geral) da RIS/ESP-CE, como avalia a colaboração destes no processo formativo-pedagógico da RMS, sobretudo, no âmbito hospitalar?
- Para você a proposta da RMS pode provocar aos/as trabalhadores/as que estão ligados/as indiretamente à RMS, a procura pela educação permanente após a experiência da implementação dos Programas nas unidades hospitalares?
- Você acredita ou percebe que a RMS da RIS/ESP-CE oferece contribuição ao campo da saúde pública no estado? Inclusive, no contexto hospitalar? Por favor, comente as respostas.

- Em sua avaliação, comente quais são os avanços da RMS da RIS/ESP-CE para a educação permanente dos/as trabalhadores/as na saúde pública? E no contexto hospitalar?
- Seguindo a pergunta anterior, comente quais são os avanços da RMS no Hospital de Messejana frente à educação permanente dos/as trabalhadores/as na saúde pública?
- Em sua análise e avaliação, comente quais são as mudanças para a qualificação da RMS da RIS/ESP-CE? E ao que se diz respeito ao âmbito hospitalar?
- Seguindo a pergunta anterior, quais são as mudanças necessárias para qualificação da RMS do Hospital de Messejana na própria instituição? Por favor, poderia aprofundar a resposta?
- O currículo formativo da RIS/ESP-CE favorece a formação dos/as envolvidos/as na RIS/ESP-CE, no campo hospitalar, a atuarem além da assistência, quanto na área de gestão? Ou seja, a RIS/ESP-CE também forma gestores/as para o SUS? Por favor desenvolva sua resposta.
- Acerca do quadrilátero da Educação Permanente (Gestão, Ensino, Controle Social e Trabalho), como você acredita que a RIS conseguem alcançá-los? Existe algum que é dado mais ênfase? Por favor, desenvolva sua resposta e se possível citar exemplos no seu cotidiano.
- Você avalia que após o fim da RMS o corpo discente estará habilitado e formado para atuação no campo da saúde? Seja comunitária, hospitalar, na gestão, em instituições públicas ou privadas? Poderia comentar sua resposta?
- Você acredita que após o fim da RMS no Hospital de Messejana, contrataria o corpo discente para atuação na instituição? Informe as motivações.

APÊNDICE H - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTÃO ESP-CE (COORDENAÇÃO GERAL RIS)

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO:

Idade: _____ Qual gênero se identifica: _____ Cor/etnia que se identifica: _____

Formação acadêmica: _____ IES: _____

Tempo de formação: _____ Possui alguma outra pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado ou Pós-Doctor) além da Residência: _____ Ano de Conclusão: _____.

1.1 PERFIL PROFISSIONAL:

Cargo que ocupa na ESP-CE e/ou na RIS/ESP-CE _____

Há quanto tempo possui vínculo com a ESP-CE e/ou na RIS/ESP-CE _____

Informe qual seu tipo de vínculo (contratação) de trabalho: _____

Você já atuou antes em instituições públicas ou conveniadas ao SUS, seja na também na Gestão/Assistência/Docência ou similares? Se a resposta for sim, indique o(s) local(is): _____

2. EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESP-CE

- Fale sobre as motivações que levaram a ESP-CE a implementar a RIS, sobretudo, no contexto hospitalar, em Fortaleza-CE. Por favor, historicize o contexto político das agendas na ocasião de idealização e implementação da RIS.
- Como você vem percebendo o campo da política pública de saúde frente aos contextos econômicos e políticos a nível nacional, estadual e municipal nos últimos governos? E quais são os rebatimentos para as RMS, inclusive, para a RIS/ESP-CE.
- Como você avalia a cobertura da RIS/ESP-CE, considerando que uma Residência interiorizada e constituída por um grande componente comunitário e hospitalar? E como implica no campo da saúde no/do estado?
- Como foi o processo de inserção e de permanência da RMS nas unidades hospitalares por parte dos demais corpos profissionais, tanto os que possuem ligação direta ou indireta com a RMS, inclusive, por parte da gestão/diretoria dos hospitais?
- O modelo disparado pela RMS favorece/possibilita a abertura do diálogo, processo de trabalho multi e interdisciplinar com as demais profissões que não estão diretamente ligadas à RMS ou que não sejam os mesmo núcleos profissionais que os seus (como, por exemplo,

a área médica ou outra área). Por favor aprofunde sua resposta citando situações e/ou exemplos?

- Você poderia falar sobre sua experiência enquanto parte da gestão da ESP-CE, RIS/ESP-CE frente ao programa de grande dimensão e interiorizado?
- Comente como você avalia/analisa como se dão as relações institucionais, ao que se refere o percurso da RIS na ESP-CE e o percurso da RIS nas unidades hospitalares e como estas influenciam no Programa. Você poderia citar alguns exemplos?
- Acerca do financiamento da RIS/ESP-CE, comente como o avalia para o desenvolvimento do Programa? Você conhece como se dão as negociações e pactuações nas esferas de governo?
- Você enquanto participante da gestão da ESP-CE, coordenação geral da RIS/ESP-CE o que compreende por educação permanente em saúde? E como percebe que a RIS vem desenvolvendo esta política? Por favor, aprofunde sua resposta?
- Em sua avaliação, a RMS da RIS/ESP-CE alcança ou não o que está previsto no seu Projeto Político Pedagógico (PPP), leis, portarias instituídas na política nacional de educação permanente em saúde? Você poderia comentar e apontar alguns exemplos?
- Você acredita que o corpo docente-assistencial das unidades hospitalares participantes da RMS da RIS/ESP-CE, possui formação acadêmica e pedagógica para o processo formativo-pedagógico do corpo discente? E/ou que estes vem sendo como preconizam os marcos legais, formados para tal tarefa? Você poderia comentar sua resposta?
- Acerca dos/as profissionais que compõem o corpo docente-estruturante (Tutoria Pedagógica do componente hospitalar, Coordenação Acadêmica e Geral) da RIS/ESP-CE, como avalia a colaboração destes no processo formativo-pedagógico da RMS, sobretudo, no âmbito hospitalar?
- Para você a proposta da RMS pode provocar aos/as trabalhadores/as que estão ligados/as indiretamente à RMS, a procura pela educação permanente após a experiência da implementação dos Programas nas unidades hospitalares?
- Você acredita ou percebe que a RMS da RIS/ESP-CE oferece uma efetiva contribuição ao campo da saúde pública no estado? Inclusive, no contexto hospitalar? Por favor, comente as respostas.
- Em sua avaliação, comente quais são os avanços da RMS da RIS/ESP-CE para a educação permanente dos/as trabalhadores/as na saúde pública? E no contexto hospitalar?

- Em sua análise e avaliação, comente quais são as mudanças para a qualificação da RMS da RIS/ESP-CE? E ao que se diz respeito ao âmbito hospitalar?
- O currículo formativo da RIS/ESP-CE favorece a formação dos/as envolvidos/as na RIS/ESP-CE, no campo hospitalar, a atuarem além da assistência, quanto na área de gestão? Ou seja, a RIS/ESP-CE também forma gestores/as para o SUS?
- Você avalia que após o fim da RMS o corpo discente estará habilitado e formado para atuação no campo da saúde? Seja comunitária, hospitalar, na gestão, em instituições públicas ou privadas? Poderia comentar sua resposta?

**APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA CORPO DOCENTE-ESTRUTURANTE
RIS/ESP-CE (COORDENAÇÃO ACADÊMICA, COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA E
TUTORIA HOSPITALAR)**

1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO:

Idade: _____ Qual gênero se identifica: _____ Cor/etnia que se identifica: _____

Formação acadêmica: _____ IES: _____

Tempo de formação: _____ Possui alguma outra pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado ou Pós-Doctor) além da Residência: _____ Ano de Conclusão: _____.

1.1 PERFIL PROFISSIONAL:

Cargo que ocupa na RIS/ESP-CE _____

Há quanto tempo possui vínculo com a RIS/ESP-CE? _____

Informe qual seu tipo de vínculo (contratação) de trabalho: _____

Você já atuou antes em instituições públicas ou conveniadas ao SUS, seja na também na Gestão/Assistência/Docência ou similares? Se a resposta for sim, indique o(s) local(is): _____

2. EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESP-CE, NO ÂMBITO HOSPITALAR.

- Como foi o processo de inserção e de permanência da RMS nas unidades hospitalares por parte dos demais corpos profissionais, tanto os que possuem ligação direta ou indireta com a RMS, inclusive, por parte da gestão/diretoria dos hospitais?
- O modelo disparado pela RMS favorece/possibilita a abertura do diálogo, processo de trabalho multi e interdisciplinar com as demais profissões que não estão diretamente ligadas à RMS ou que não sejam os mesmos núcleos profissionais que os seus (como, por exemplo, a área médica ou outra área)? Por favor aprofunde sua resposta citando situações e/ou exemplos?
- Fale da sua experiência enquanto participante do corpo docente-estruturante (coordenação acadêmica, tutoria pedagógica hospitalar) da RIS e como você avalia que o seu vínculo trabalhista com a RIS/ESP-CE pode influenciar no Programa?

- Comente como você avalia/analisa como se dão as relações institucionais, ao que se refere o percurso da RIS na ESP-CE e o percurso da RIS nas unidades hospitalares e como estas influenciam no Programa. Você poderia citar alguns exemplos?
- Como você avalia a cobertura da RIS/ESP-CE, considerando que uma Residência interiorizada e constituída por um grande componente comunitário e hospitalar? E a Residência como implica no campo da saúde no estado?
- Acerca do financiamento da RIS/ESP-CE, comente você como o avalia para o desenvolvimento do Programa? Você conhece como se dão as negociações e pactuações nas esferas de governo?
- Seguindo a pergunta anterior, comente como percebe a política pública de saúde, a política de educação permanente, as RMS, a RIS/ESP-CE vêm sendo percebidas e gerenciadas no contexto político do nível macro ao micro e do micro ao macro, nos últimos governos?
- Você enquanto participante do corpo docente estruturante da RIS/ESP-CE frente à formação de outros/as formadores/as (corpo docente-assistencial das unidades hospitalares), o que compreende por educação permanente em saúde? E como percebe que a RIS vem desenvolvendo esta política? Por favor, aprofunde sua resposta.
- Em sua avaliação, a RMS da RIS/ESP-CE alcança ou não o que está previsto no seu Projeto Político Pedagógico (PPP), leis, portarias instituídas na política nacional de educação permanente em saúde? Você poderia comentar e apontar alguns exemplos?
- Acerca do quadrilátero da Educação Permanente (Gestão, Ensino, Controle Social e Trabalho), como você acredita que a RIS conseguem alcançá-los? Existe algum que é dado mais ênfase? Por favor, desenvolva sua resposta e se possível citar exemplos seu cotidiano.
- Você acredita que o corpo docente das unidades hospitalares participantes da RMS da RIS/ESP-CE, possui formação acadêmica e pedagógica para o processo formativo-pedagógico do corpo docente? Você poderia comentar sua resposta?
- Comente quais as estratégias acadêmica-pedagógicas utilizadas para formação do corpo docente e discente da RMS da RIS/ESP-CE, no âmbito hospitalar.
- Acerca dos/as profissionais que compõem o corpo docente-estruturante (Tutoria Pedagógica do hospitalar, Coordenação Acadêmica) da RIS/ESP-CE, como você avalia a colaboração no processo formativo-pedagógico da RMS tanto para o corpo docente, como discente das/nas unidades hospitalares?
- Para você a proposta da RMS pode provocar aos/as trabalhadores/as que estão ligados/as indiretamente à RMS, a procura pela educação permanente após a experiência da

implementação dos Programas nas unidades hospitalares? Por favor, aprofunde sua resposta.

- Durante a RMS você considera que na unidade hospitalar foi ou é possível desenvolver as competências profissionais na atuação interdisciplinar, de forma diferenciada das práticas e modelos convencionais? Você pode citar exemplos?
- Você acredita ou percebe que a RMS da RIS/ESP-CE oferece uma efetiva contribuição ao campo da saúde pública no estado? Inclusive, no contexto hospitalar? Por favor, poderia comentar as respostas.
- Em sua avaliação, comente quais são os avanços da RMS da RIS/ESP-CE para a educação permanente dos/as trabalhadores/as na saúde pública? E no contexto hospitalar?
- Em sua análise e avaliação, comente quais são as mudanças para a qualificação da RMS da RIS/ESP-CE? E ao que se diz respeito ao âmbito hospitalar?
- O currículo formativo da RIS/ESP-CE favorece a formação dos/as trabalhadores/as envolvidos/as na RIS/ESP-CE, no campo hospitalar, a atuarem além da assistência, quanto na área de gestão? Ou seja, a RIS/ESP-CE também forma gestores/as para o SUS?
- Você avalia que após o fim da RMS o corpo discente estará habilitado e formado para atuação no campo da saúde? Seja comunitária, hospitalar, na gestão, em instituições públicas ou privadas? Poderia comentar sua resposta?