



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

FLAVIA RIBEIRO

**APRENDIZAGEM SOCIAL NO INTERIOR DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE
FORTALEZA-CE SOB A PERSPECTIVA DA TEORIA DE COMUNIDADES DE
PRÁTICA**

**FORTALEZA
2013**

FLAVIA RIBEIRO

APRENDIZAGEM SOCIAL NO INTERIOR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE FORTALEZA-CE SOB A
PERSPECTIVA DA TEORIA DE COMUNIDADES DE PRÁTICA

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto.

FORTALEZA
2013

FLAVIA RIBEIRO

APRENDIZAGEM SOCIAL NO INTERIOR DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE FORTALEZA-CE SOB A
PERSPECTIVA DA TEORIA DE COMUNIDADES DE PRÁTICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 25/06/2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto (Orientadora)

Prof. Dr. Aluísio Ferreira de Lima (Membro)

Prof. Dr. Andrea Caprara (Membro)

Prof. Dr. Francisco A. Loiola (Membro)

Aos trabalhadores da saúde coletiva que fazem
de sua prática os alicerces do Sistema Único
de Saúde

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Ivana, por seu carinho sincero e paciência; por provocar-me a adentrar caminhos inusitados; por não me pressionar ao compreender os tempos próprios de sua orientanda; e por compartilhar da busca pela reflexão e pela justiça social.

Aos professores Andrea Caprara, Francisco Loiola, Ana Ecilda Ellery e Aluísio Lima por se disporem a participar dessa obra como importantes atores críticos; por reconhecerem a importância do estudo; e por trazerem pistas consistentes de experiência ao caminho que eu deveria escolher buscar.

A uma gama de amigos queridos que me apoiaram e olharam para dentro de mim e descobriram aquele cantinho que nem eu sabia que tinha: Pedro, Fernanda, Cadu, Abigail, Emilio e Pablo.

À minha mais nova amiga de infância, Mônica, que conheci nos encontros dialógicos da Saúde de Fortaleza, sou grata por me incentivar, com seu olhar amoroso, a delícia de vivenciar o SUS e seus paradoxos, e ao mesmo tempo, estar comigo, apoiando até o fim dessa empreitada.

A Dominik e Zenaide, por estarem disponíveis em resolver minhas dúvidas mais pragmáticas.

Ao professor Marco Túlio, por proporcionar espaço em sua disciplina durante meu estágio à docência e por ter o prazer de estar em suas aulas dialógicas e com as quais sempre aprendi muito.

À professora Raquel Rigotto, por ser fonte de inspiração e vontade de lutar. Sem saber, acordou em mim uma força adormecida de voltar a acreditar.

Ao Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza, por abrir as portas para que este estudo acontecesse com clareza e, acima de tudo, confiança.

Aos residentes ‘resistentes’ de Fortaleza por perceber em seus olhos a inspiração para que a saúde pública se realize e para que o novo surja no aprendizado no mundo das pessoas reais.

Ao meu companheiro, Tófoli, por admirar em você a crença de que o mundo poderá ser mais justo, amoroso e simples para nós e para todos. Por ser fonte de inspiração e ternura. Por me apoiar nessa busca de construir o novo e redescobrir-me nos novos caminhos.

Aos meus filhos Mateus Tomé e Isabela Clara, amores para toda a vida, sou grata pela beleza singela de serem o que são. Com vocês meus caminhos ficam mais leves e floridos. Caminhos estes que buscamos fazer juntos, cada um no seu passo e no seu ritmo. Reaprendo todos os dias com vocês!

Ao sol tórrido e aos verdes mares do Ceará que me acolheram em suas intensidades e fizeram perceber em mim a luz clara de uma mente que poderia desabrochar. Hoje carrego em mim esta força. Hoje carrego em mim um pouco do mar e do sol que aprendi nesta terra estrangeira. Hoje sou também cearense!

“Olhar para trás após uma longa caminhada pode fazer perder a noção da distância que percorremos, mas se nos detivermos em nossa imagem, quando a iniciamos e ao término, certamente nos lembraremos o quanto nos custou chegar até o ponto final, e hoje temos a impressão de que tudo começou ontem. Não somos os mesmos, mas sabemos mais uns dos outros. E é por esse motivo que dizer adeus se torna complicado! Digamos então que nada se perderá. Pelo menos dentro da gente...”

(João Guimarães Rosa)

RESUMO

Este estudo versa sobre os processos de aprendizagem social e sua interface com os trabalhadores da saúde. A partir dos questionamentos levantados ao longo dos anos pela Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, tem-se percebido a necessidade crescente em cultivar novos modelos de atuação profissional na Estratégia de Saúde da Família que fortaleçam princípios de atenção integral, centrada nas necessidades da população e com responsabilidade sanitária sobre os territórios de abrangência, além de estabelecer vínculos no cuidado à saúde e favorecer o trabalho em equipe. Diante de investimentos das esferas governamentais nos cenários das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e com a recente estratégia NASF que veio se agregar às Equipes de Referência em Saúde da Família, este estudo teve como objeto de estudo o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da capital cearense, Fortaleza. O objetivo geral foi analisar e compreender como se deram os processos de aprendizagem social dentro deste programa a partir das práticas dos participantes, tendo como referencial a teoria de Comunidades de Práticas. No momento do estudo a RMSFC constava com a formação de ensino em serviço de 28 residentes distribuídos em duas turmas (R1 e R2) com seis categorias profissionais de áreas da saúde: enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social. Participaram do estudo o grupo de residentes multiprofissionais e preceptores de território e categoria. Como metodologia foram utilizados grupos focais compostos por R1, R2 e preceptores exclusivamente em cada grupo, além da observação de campo das interações entre residentes, preceptores dentro dos centros de saúde da Família em que estavam lotados. Optamos como marco teórico de análise a teoria de Comunidades de Práticas de Etienne Wenger que abrange aspectos da aprendizagem social sustentada pela prática social e que descreve a constituição de tais comunidades. A partir dessa perspectiva dividimos os resultados em quatro dimensões analíticas, que foram: 1. Aprendizagem como pertencimento: a força de uma comunidade; 2. Aprendizagem como vir-a-ser: a força de uma identidade; 3. Aprendizagem no fazer: a força da prática; e 4. Aprendizagem na experiência: a força do sentido. Como resultado e análise, percebemos que a RMSFC constitui-se como uma Comunidade de Prática por apresentar repertórios partilhados, engajamento mútuo e projeto comum baseado na ESF. As diversas trajetórias dos participantes neste cenário apresentaram uma relação dialógica temporal que foi reinventando as diversas formas de atuar e ousar dentro da Residência. Os produtos da Residência foram por reiteradas vezes nomeados por seus participantes como os aspectos de construção, síntese e concretude da própria prática

enquanto ação-reflexão. Vão desde atividades conquistadas na pactuação com usuários e outros profissionais de saúde até conceitos da saúde que ganharam novas dimensões com a prática. Para as possíveis soluções locais para os problemas de saúde encontrados na prática, foram fortemente nomeados a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade. E por fim, observou-se que os espaços da RMSFC são em grande parte dialógicos, com negociações de sentidos brotando em todos os encontros entre parceiros de aprendizagem e entre os limites e fronteiras desta Comunidade de Prática.

Palavras-chave: Educação permanente à saúde. Residência multiprofissional. Interprofissionalidade. Aprendizagem social. Comunidade de prática.

ABSTRACT

This study focuses on the processes of social learning and their interaction among health workers. The long time experience of the Brazilian Policy of Continuing Education of Health Professionals has revealed a growing demand for nurturing new models of professional action within the Brazilian Family Health Strategy. These models must reinforce principles such as comprehensive care; focus on population needs and health responsibility over the catchment territories, as well as establishing relationships in order to provide health care and foster teamwork. This study happens in a context of government investment in Multiprofessional Residencies in Family Health and the strategy of the Family Health Support multiprofessional teams that were designed to assist Family Health Teams. This inquiry has as its object of study the Multiprofessional Residency in Family and Community Health (MRFCH) of Fortaleza, Ceará, Brazil. The general aim was analyzing and understanding how the processes of social learning within this program emerged from of the participants' practices, using the theory of Communities of Practice as the theoretical frame. At the moment of our research, the MRFCH consisted of a schedule of in-service training of 28 residents in two years (R1 and R2) in six health professions: nursing, dentistry, physiotherapy, psychology, nutrition and social work. The subjects of this study were residents, health profession tutors and territory tutors. The methodology consisted of focal groups with R1, R2 and tutors, as well as field observations of the interactions between residents and tutors within Family Health Centers. The theoretical frame of reference for our analysis was the theory of Communities of Practice by Etienne Wenger. This theory encompasses aspects of social learning that are supported by social practice and describes the building of such communities. From this perspective we divided the results in four analytical dimensions: 1. Learning as belonging: the power of community; 2. Learning as becoming: the power of identity; 3. Learning while doing: the power of practice; and 4. Learning from experience: the power of meaning. As results, it was clear that the MRFCH constitutes itself as a Community of Practice, since it presents with shared repertoires, mutual engagement and joint enterprises that were based in the Family Health Strategy. The varied trajectories from the community participants in this context presented as a dialogical temporal relationship that reinvented several forms of acting and daring in the Residency. The products from the Residency were often nominated by their participants as elements of creation, synthesis and solidity of their own practice while action-reflection subjects. These different products encompass different accomplishments, from activities that were achieved in the interaction with users and other health professionals to

conceptions about health that were brought to new dimensions with practice. Interprofessionality and interdisciplinarity were stressed as possible local solutions for health problems that happen in practice. Last, we observed that the places within the MRFCH are largely dialogic, with meaning negotiations that emerge in all encounters between learning partners and within the limits and frontiers of this Community of Practice.

Keywords: Continuing education for health professionals. Multidisciplinary residency. Interprofessionality. Social learning. Community of practice.

SUMÁRIO

1 Apresentação: o início da travessia	14
2 Introdução.....	17
2.1 Breve contexto do SUS, da Estratégia Saúde da Família e sua interface com os processos educativos.....	17
2.2 Educação e trabalhadores da saúde.....	21
3 As Comunidades de práticas: pressupostos e dinâmicas	32
3.1 Ontologia do ser social e a teoria da aprendizagem social	32
3.2 Aprendizagem social.....	39
3.3 Aprendizagem situada: participação periférica legítima	40
3.4 Comunidades de prática.....	42
3.5 Comunidades de prática na saúde	50
4 Objetivos do estudo	52
4.1 Objetivo geral	52
4.2 Objetivos específicos	52
5 Abordagem Metodológica	53
5.1 Campo investigativo e cenário do estudo	54
5.2 Participantes do estudo	57
5.3 Perfil prévio à Residência dos participantes do estudo.....	59
5.4 Técnicas e instrumentos utilizados para construção do material qualitativo.....	60
5.4.1 Grupos focais	60
5.4.2 Observação livre	62
5.5 Aporte teórico e análise do estudo.....	62
5.6 Aspectos éticos	64
6 A Aprendizagem Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE: Resultados e análise	66
6.1 Aprendizagem como Pertencimento: a força de uma comunidade.....	67
6.1.1 Repertório Compartilhado: “Até aprendi a falar conjuntura”	67
6.1.2 Engajamento mútuo e o trabalho em equipe: “como a gente estava junto, muito junto, o aprendizado não era teórico”	75
6.1.3 Estratégia Saúde da Família: projeto comum na esfera multiprofissional: “O SUS formar seus atores dentro da lógica que ele mesmo propõe”	84
6.2 Aprendizagem como Vir-a Ser: a força da Identidade	87

6.2.1 Trajetórias dos membros da comunidade: “Primeiro como residente e depois preceptor”	89
6.2.1.1 Entrada na Residência	91
6.2.1.2 Pensar em desistir	94
6.2.1.3 Diferenciando o fora do dentro na formação profissional.....	96
6.2.1.4 Trajetória multiprofissional.....	98
6.2.1.5 Futuro da trajetória	100
6.2.1.6 Trajetória resignificada	102
6.2.1.7 Preceptores que foram residentes	104
6.2.2 Quem é a Residência? “Eu acho que a Residência é séria, engraçada, multi, contraditória, é esse espaço”	105
6.2.2.3 Fortalecimento do coletivo.....	107
6.2.2.4 O pertencimento: a família	108
6.2.2.5 A Residência enquanto uma casa	109
6.2.2.6 A Residência enquanto pluralidade de pessoas, afetos, interesses e cenários.....	110
6.2.2.7 Identidade Profissional.....	111
6.2.3 Relação com as fronteiras e bordas da Residência: gestão, servidores de saúde, comunidade.....	112
6.2.3.1 NASF × Residência.....	114
6.2.3.2 Servidores de Saúde não Residentes	116
6.2.3.3 Fragilidades das políticas públicas.....	117
6.2.4 Os espaços dialógicos “ocupados” nas trajetórias: político, assistencial, comunitário, pedagógico, informais	118
6.2.4.1 Espaço político	118
6.2.4.2 Espaço protegido	119
6.2.4.3 Espaço comunitário como aspecto basilar da prática.....	121
6.2.4.4 Espaços informais	121
6.3 Aprendizagem no Fazer: a força da Prática.....	124
6.3.1 Discussão de casos: “é o espaço onde conflui quase tudo que a gente faz”	125
6.3.2 Atritos e potências: “estar me reinventando enquanto força mesmo, a gente tira força de onde não tem”	129
6.3.2.1 Limites impostos aos processos de trabalho	132
6.3.2.2 Potências da pratica, interlocução com a comunidade.....	133

6.4 Aprendizagem na Experiência: a força do Sentido.....	136
6.4.1 O encontro da teoria com a prática: “porque o que a gente coloca pedagogicamente a gente vê acontecendo em ato naquele momento”.....	137
6.4.2 Negociação de sentidos: participação e reificação	139
6.4.3 Construção de Pontes entre a CP da RMSF e a população local: pondo em prática as diretrizes da Estratégia Saúde da Família.....	142
7 Considerações Finais	155
Referências Bibliográficas.....	162
Anexo A – Roteiro-guia grupo focal com participantes residentes e preceptores do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	168
Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido e consentimento pós-esclarecido ...	169

1 APRESENTAÇÃO: O INÍCIO DA TRAVESSIA

“Eu atravesso as coisas – e no meio da travessia não vejo! – só estava era entretido na idéia dos lugares de saída e de chegada. Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto mais embaixo, bem diverso do que em primeiro se pensou [...] o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia...”

(João Guimarães Rosa)

Este texto versa sobre os processos de inserção e de atuação de profissionais residentes e docentes no Programa de Residência na Estratégia Saúde da Família (ESF), enfocando sua articulação com os processos da aprendizagem social na constituição de possíveis comunidades de práticas. Portanto, trata-se de uma investigação que procurará lançar mão da compreensão de como a construção da práxis desses profissionais residentes e preceptores do programa de Residência se modelam e se transformam no cotidiano dos serviços de saúde desde sua gênese (se é que é possível determinar esse momento) até as percepções oriundas desse singular processo dentro da atenção primária à saúde (APS) conduzida pela Estratégia de Saúde da Família. Além disso, será importante neste trabalho de pesquisa apreender as relações possíveis com os processos de educação permanente em saúde, por serem esses processos tão caros à proposta de atuação dentro do SUS, como abordaremos mais adiante.

Para tanto, mostra-se necessário explicitar a partida que originou esse “olhar” específico dentro dessa proposta. A primeira perspectiva aponta para o desenrolar de minha prática concreta, pessoal e profissional, como trabalhadora na área da saúde mental nos níveis terciários e secundários de atenção, desenvolvendo um processo de trabalho dentro de equipes multiprofissionais nas quais eram previstos processos reflexivos, conjuntos e de cuidados em supervisões clínicas e institucionais. Foram muitos os desdobramentos que me incutiram a área de Saúde Mental: como neuropsicóloga, como psicoterapeuta de pessoas e de grupos e de famílias, como acompanhante terapêutica, como apoiadora matricial. Transitei em

comunidades, adentrei em visitas domiciliares, acompanhei sujeitos com transtorno mental em espaços urbanos: em museus, ruas, clínicas... Acompanhei equipes de atenção primária à saúde (APS) em estudos de caso, participando da construção de projetos terapêuticos singulares. Muitos foram os debates e muitos foram os desafios expostos.

Essas experiências fortaleceram o impulso em uma práxis sobre o cuidado que ainda me era nova e que me lançou ao lugar de apoiadora institucional de equipes de saúde da família (exercida em 2007), no qual o intuito seria o de fortalecer o empoderamento delas em rodas de gestão locais e regionais ([CAMPOS, 2005](#)). Nesse momento, surgiram os primeiros questionamentos sobre as motivações que impulsionavam ou bloqueavam o fluxo dos processos de trabalho na saúde e o impacto desse cuidado (ou a falta dele) em espaços para desenvolver, assegurar e cuidar da saúde dos cidadãos. Essas indagações me motivaram a rever os cenários das estratégias de atuação na ESF e todas as suas lacunas, inclusive as epistemológicas, que norteavam as apropriações de um fazer desapropriado e desenraizado dos matizes do cotidiano de trabalho com os aspectos excludentes da atuação hegemônica dentro do setor saúde. Segundo Weil ([2001/1949](#), p. 43), “o ser humano tem raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro”.

Tal reflexão me levou, em diversos momentos, a indagar sobre a importância do enraizamento no sentido de minha experiência pessoal, e quiçá nos universos de meu trabalho, no cotidiano peculiar da ESF. Algumas poucas e inquietantes respostas foram encontradas naquele momento crucial. Porém, ao me deparar com os motivos e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e seus vislumbres sobre como o cuidado se dá nos serviços de saúde e seus limites ([AYRES, 2004](#)), percebi desacordos entre as minhas observações e as mesmas diretrizes da PNH, que se apresentavam na prática como mais uma forma de encapsular os sujeitos coletivos e trabalhadores em normas pouco refletidas ou desenraizadas.

Em meu percurso profissional, mais adiante, o desembocar de tais reflexões e perguntas continuou sendo traçado durante meu papel como preceptora da categoria da psicologia na primeira turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza. Esse espaço de ensino-serviço gerou-me uma convocação estimulante e interativa para a construção de uma atuação que não focasse a clínica hegemônica, mas transitasse nos espaços humanos oriundos do cotidiano vivenciado pelos usuários. Esses locais poderiam ser a rua, o mato, acompanhando grupos, pessoas, sujeitos, militantes, alienados, enfim, simplesmente: humanos no dia a dia de uma Clínica Peripatética

([LANCETTI, 2006](#)), com um olhar que articulasse o social e político e, sobretudo, construísse oportunidades a pessoas em sofrimento psíquico no universo das violências e exclusões sociais.

Portanto, a mescla da atuação na clínica da saúde mental e o encontro com os processos de trabalho e gestão do conhecimento em equipes da ESF nortearam meus processos de docência como preceptora, quando era responsável por elaborar uma atuação coerente com os princípios norteadores da APS/ESF e traçar conjuntamente os processos de problematização e de cuidado de residentes psicólogos na estratégia Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sobre cujos referenciais muito pouco se sabia e ainda pouco se sabe.

Portanto, nesse tocante, com os processos de encontro e desencontro entre residentes apoiados dentro de um espaço formativo de atuação, concomitantes a profissionais em equipes NASF atuando também no mesmo território, vi-me motivada pelas incongruências de formas desencontradas de atenção. Essas formas diferentes de atuação dos profissionais do NASF e do corpo de residentes e preceptores da Residência em Saúde da Família mereceriam não um modo de atuar rígido e uniformizado, mas sim a busca de uma identidade que compreendesse os contrastes pertinentes aos processos de construção da práxis, o cuidado ao sofrimento do usuário, e ainda como abordar, compreender e atuar, dentro de estratégias colaborativas, em equipes interprofissionais, numa perspectiva interdisciplinar ([D'AMOUR et al., 2005](#); [FURTADO, 2007](#)).

A ênfase dada a esses primeiros passos da investigação tornaram-se os pilares de uma motivação pessoal e profissional cuja implicação está inerente à compreensão lançada pela proposta deste estudo, e não poderia ficar de fora por compreendermos a importância da aproximação com o objeto de estudo, livre da neutralidade ou do desinteresse e, pelo contrário, imbuído de afetos e significações ([MINAYO, 2006](#)) que, ao se tornarem claros, podem ser o impulso para o fortalecimento de um campo que aponte, às políticas públicas de saúde e, especificamente, às políticas de educação permanente em saúde, alguns caminhos.

2 INTRODUÇÃO

“O senhor [...] mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra montão.”

(João Guimarães Rosa)

2.1 Breve contexto do SUS, da Estratégia Saúde da Família e sua interface com os processos educativos

O contexto do desenvolvimento social brasileiro atual baseia-se no tripé da seguridade social da Constituição brasileira, desde 1988, e foca o Sistema Único de Saúde (SUS) como um grande projeto social que coloca nosso país entre os mais avançados internacionalmente nesse aspecto ([ANDRADE et al., 2006](#); [PAIM et al., 2011](#)). Há de se considerar o impacto do projeto de saúde brasileiro no tocante à sua universalidade, integralidade e princípios de equidade que trouxeram melhoras ao panorama da saúde da população, desde quedas importantes em taxas de mortalidade e desnutrição infantil até inovações em abordagens públicas para outros agravos ([PAIM et al., 2011](#)).

Dessa forma, estamos saindo, ainda que lentamente, de um “lugar” hospitalocêntrico para a noção de redes de atenção à saúde ([MENDES, 2010](#)), desafiados pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da prevalência de problemas crônicos, inclusive de saúde mental. Essa transformação demanda remodelamentos dos processos de trabalhos dos profissionais do SUS e aumento dos investimentos na atenção primária à saúde, incluindo investimentos na infraestrutura, em equipamentos e na educação permanente em saúde.

As premissas de reivindicação do direito à saúde para todos e a defesa à vida ([CAMPOS, 2007a](#)) reforçam a adoção de diretrizes pelas quais o usuário/cliente/paciente/cidadão possa falar, dialogar, ser visto e atendido em suas necessidades e seja coparticipante nas condutas sobre sua saúde e a de sua comunidade. As tentativas nesse setor de remodelar o enfoque trouxeram inovações e experiências surpreendentes, mas também

desafios que tornam as tecnologias na saúde obsoletas, tornando urgentes novas ferramentas e modos de operar informações e negociações.

Aqui propomos uma reflexão com relação ao contraste de um projeto de vertente socialista como o SUS inserido no cenário de liderança da indústria da saúde no contexto do capitalismo global, que produz o consumo exagerado de insumos e a descartabilidade e a rápida obsolescência de tecnologias e equipamentos, gerando a superespecialização dos recursos humanos ([GRAHAM et al., 2006](#)).

Mas, se o panorama do SUS, na prática, ainda está dando seus primeiros passos na implementação contínua de seus processos democráticos, muita coisa mudou e vem mudando na saúde brasileira. Sem nos alongarmos em demasia na tradição histórica que norteou os princípios do SUS, é importante frisar que seus primórdios foram bastante permeados pelo modelo da medicina previdenciária na qual o regime em vigência caracterizava-se por autoritarismo, centralização, discriminação e rechaço à participação popular ([VASCONCELOS; PASCHE, 2006](#)). As ações paradigmáticas do modelo sanitaria pré-SUS centravam-se no modelo médico-assistencial privatista, voltado para a previdência social, restringindo o acesso apenas à população incluída formalmente no mercado de trabalho ([ANDRADE et al., 2006](#)).

Mas, dentro do panorama histórico, que não podemos perder de vista, pois consideramos ser o homem dentro de sua história e trajetória – abordaremos esse aspecto mais adiante – devemos também aplaudir que movimentos de reforma oriundos dos movimentos populares e intelectuais se fizeram presentes na história brasileira na saúde e na educação.

Ainda anterior à criação do SUS vimos surgir movimentos significativos e contra-hegemônicos que reconsideravam a forma de cuidar na saúde, primando pelos espaços comunitários e pela descentralização do cuidado. No ano de 1978, na Conferência Internacional de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários de Saúde, com a declaração de Alma-Ata, vimos surgir de forma revolucionária reflexões sobre a necessidade urgente em promover saúde a todos os povos do mundo, de acordo com os princípios norteadores da Organização Mundial da Saúde, clareando as responsabilidades inerentes aos processos de cuidados na perspectiva interdisciplinar, do território e da saúde integral ([DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978](#)).

Podemos afirmar que o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil ganhou seu marco regulatório em 1988, com a política constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS),

a cujos princípios norteadores citados acima se somam acessibilidade, hierarquização dos níveis de atenção à saúde, descentralização da gestão e controle social das ações governamentais de saúde ([ANDRADE et al., 2006](#)). Esse movimento nasceu da sociedade civil através da luta dos movimentos sociais, e vemos seu reflexo na VIII Conferência de Saúde, que foi um evento de participação popular de grandes dimensões históricas no Brasil e trouxe pontes que garantiram o fortalecimento do SUS.

A perspectiva da descentralização do financiamento e do agenciamento do cuidado ao usuário do SUS trouxe mais do que uma aproximação da saúde à população. Ela trouxe também a possibilidade de mudança paradigmática das concepções inerentes à saúde que queremos ver sendo praticadas no cotidiano dos serviços.

Em nosso país, os cuidados primários vêm conquistando gradualmente sua implantação desde a década de 1980, mas apenas atualmente vemos essas necessidades se tornarem políticas públicas mais efetivas e organizadas no sistema de saúde. No entanto, é importante frisarmos que a atenção básica teve, desde a segunda metade da década passada, a missão como estratégia de reorientação do sistema de saúde.

Campos ([2007a](#)) nos coloca como trocadilho diante das resistências ao SUS a máxima trotskiana da revolução permanente, nomeando-a de “resistência permanente” na qual o SUS tem se deparado ao longo de sua implantação. Os inúmeros cenários de confrontos do SUS partiram da discussão de seus princípios para a prática pela implantação do acesso universal à atenção integral de suas ações, sem deixar por menos os interesses corporativos e os valores capitalistas de mercado.

O que vemos, muitas vezes, é a “resistência permanente a cada programa, a cada projeto e a cada modelo de gestão ou de atenção sugerido segundo a tradição vocalizada pela reforma sanitária” ([CAMPOS, 2007a](#), p. 1869). Gastão Campos complementa que os projetos sociais e seus atores, quando eliminados do cenário, em algum momento da história retornam, mesmo que transvestidos com outra roupagem para a nova conjuntura, para reivindicar a liberdade de expressão. E essa expressão pode aparecer nos movimentos por vezes disruptivos de massa, ou nas interrelações que se apresentam no cotidiano dos serviços e do mundo social. Segundo Weil ([2001/1949](#)), se tais fenômenos sociais não forem valorados, corre-se o risco de confrontos violentos que todo desenraizamento gera nas populações.

Mesmo diante de tais reflexões, ao alçar voos para dentro dos serviços de saúde tendo em vista seus níveis de atenção como um todo, deparamo-nos com alguns entraves considerados conhecidos e tradicionais de nossa valoração do setor saúde, diante dos quais

ainda não encontramos chaves que abrissem portas para um novo modo de estabelecer o cuidado ao cidadão brasileiro, seja ele quem for. Portanto, muito ainda há que se renovar e aprimorar no sentido da diminuição da fragmentação do cuidado e na direção contrária à especialização crescente dos profissionais de saúde – que mais trazem recorte ao cuidado em saúde do que à sua integralidade ([CAMPOS; DOMITTI, 2007](#)).

Mesmo quando a organização dos níveis de atenção no sistema de saúde ganha forma nos primórdios do SUS e traz consigo a oportunidade de ampliar os focos de atendimento à população, ela ainda fica a desejar, porém, no seu decorrer, ao assumir também um caráter fomentador da verticalidade na assistência e na gestão, intensificando a divisão do trabalho e da assistência, sem responsabilização e vínculo terapêutico, perdendo-se o foco no usuário, que passa a correr um sério risco de ficar sem rumo e sem acolhimento à saúde ([PIRES; GOTTEMS, 2009](#)).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) amplia as portas do Sistema de Saúde em 1994, primeiramente como um programa da atenção básica, para compor-se em sua consolidação como uma estratégia de organização do primeiro contato do usuário com o SUS no caso de novos problemas de saúde e da atenção ao longo da vida. Isso permitiria, em processo evolutivo, assegurar a eficiência da própria atenção básica no País, garantindo o atendimento a toda a variedade de sofrimentos e demandas e quebrando a tal desresponsabilização e fragmentação da atenção, sendo ela mesma a coordenadora do cuidado na articulação com os outros níveis de atenção quando necessário acessá-los ([GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008](#)).

Em tese, a ESF deve garantir uma responsabilidade sanitária pelas famílias cuidadas; assegurar uma territorialização que não se perca do contexto sociocultural e seja a referência para as famílias, através do vínculo e da responsabilização entre equipe-usuário; e criar projetos terapêuticos singulares e coletivos. Esse modelo não se centra na figura do médico e propicia a interdisciplinaridade da equipe dentro de um processo dialógico com a comunidade atendida ([ANDRADE et al., 2006](#); [LANCETTI; AMARANTE, 2006](#)).

Segundo Andrade e colaboradores (2006, p. 811), os componentes que caracterizam a organização da ESF são: a) a definição e a descrição do território de abrangência; b) a adscrição da clientela; c) o diagnóstico de saúde da comunidade; d) o acolhimento e a organização da demanda; e) o trabalho em equipe multiprofissional; f) o enfoque da atenção em saúde da família e da comunidade; g) o estímulo à participação e ao controle social; h) a organização de ações de promoção de saúde; i) o resgate da medicina

popular; j) a organização de um espaço de cogestão coletiva na equipe; l) a identificação dos níveis de referência secundários e terciários; m) o monitoramento dos indicadores de saúde do território-população de abrangência; n) a clínica ampliada; o) a educação permanente em saúde. Vale mencionar, ainda, que devemos estar conscientes, desde o princípio, de que a ESF de uma comunidade específica é uma ESF distinta das demais, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limites.

Diante desse cenário, os desafios que muitas vezes se colocam são as diferenças e dificuldades encontradas por profissionais no tocante à sua formação dissonante dos aspectos encontrados nas diretrizes norteadoras do SUS. As muitas abordagens de atuação profissional pautadas em modelos hegemônicos da clínica privatista e individual, fomentados na maior parte das vezes nos cursos de graduação, levam a uma discrepância e desconhecimento da prática dos cotidianos dos serviços públicos de saúde. Luz (2010, p. 403) coloca que uma das questões centrais para a Saúde Coletiva atual “nasce do confronto da formação tradicional com o exercício da **prática** exigida pela natureza do SUS, em sua busca de universalidade na atenção, **integralidade no cuidado** e participação dos usuários nos serviços de atenção à saúde” (grifos da autora).

Embora esteja ocorrendo uma difusão de papéis para a ESF e seu fortalecimento diante de estratégias de apoio, como os próprios Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ainda assim a Atenção Primária à Saúde carece de formas mais apropriadas e que façam sentido de existir ao abordarem as imposições dos desafios territoriais, locais e do trabalho em equipe. Entre as razões para tanto, podemos apontar a insuficiência em temas relativos ao social e às subjetividades, bem como a própria necessidade de constituição de saberes interdisciplinares e interprofissionais.

2.2 Educação e trabalhadores da saúde

Tendo revisto brevemente o contexto inicial de inserção do SUS na saúde brasileira, torna-se necessário focarmos os aspectos inerentes aos processos de trabalho por quem executa a prática na saúde. Não será nosso foco neste estudo apontar as lacunas inerentes aos processos de graduação dos profissionais da saúde – se assim fosse feito, adentraríamos na necessidade de uma revisão curricular e da coerência dos projetos políticos e pedagógicos das universidades formadoras e da análise da disseminação de cursos no campo da saúde com

relação às necessidades de atenção à saúde. Entretanto, não podemos nos eximir de frisar que existem controvérsias entre formação da graduação e perfil para o profissional no SUS.

Mas qual é esse perfil profissional mais coerente para o SUS que desde sua criação ([BRASIL, 1988](#)) reconhece a necessidade de formar e gerar trabalhadores coerentes com suas propostas e diretrizes?

Segundo Rodriguez ([2004](#)), a educação médica (sendo a medicina a mais tradicional das profissões da saúde) deveria envolver-se em uma nova prática, incorporando novos profissionais que possam resgatar os processos históricos e as construções sociais da saúde da humanidade, como também a função de produção e gestão do conhecimento científico-tecnológico. Além disso, ela deveria possibilitar a gestão do cuidado e ser mediadora entre as relações políticas e as necessidades e desafios reais da saúde. Nesse caso, o profissional teria também o papel de denunciar e gerar pontes de conscientização das populações atendidas no seu exercício de cidadania. Assim, a vocação sociopolítica ganha um papel crucial para o gerenciamento do cuidado integral na saúde.

Feuerwerker ([1998](#)) coloca que a introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais de saúde, desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas dos serviços ao se estabelecer novas relações entre as diferentes profissões da saúde e a comunidade:

Em verdade, há novas práticas a construir dentro mesmo de cada um dos níveis de atenção, desde que se considere/ admita que todos os profissionais tivessem uma contribuição significativa a dar e que a população/ os pacientes podem e devem ter um papel ativo nesse processo ([FEUERWERKER, 1998](#), p. 57).

A resposta para esse desafio ou um caminho mais claro a seguir parece, mais uma vez, apontar para nós a frente das políticas de educação permanente em saúde como disparadoras do aprimoramento de categorias profissionais “despreparadas” para adentrar o cenário da APS ou qualquer outro cenário da saúde. Além disso, acreditamos, diante de nossa experiência, que os profissionais dessas mesmas categorias serão em grande parte os próprios responsáveis por executar e gerar espaços de educação permanente com as equipes e entre si na instrumentalização de saberes e conhecimentos novos para seu processo de trabalho, muitas vezes propiciadas por consultas conjuntas ou matriciamento das ações.

Entretanto, as propostas para formulação de novos paradigmas na preparação de profissionais em saúde vêm sendo formuladas nas regiões da América Latina desde a década de 1970, onde já se pensavam estratégias que rompessem com modelos de atuação vigentes e trouxessem a educação continuada para as equipes de saúde, gerando novas possibilidades de

formação, atuação e realização profissional nos sistemas de saúde. Em 1974, a XIX Conferência Sanitária Panamericana emitiu uma resolução que apoiava a necessidade dos governos de implantar os mecanismos que permitiriam a atualização permanente dos recursos humanos na saúde. Um ano depois, a OPAS reuniu um grupo consultor para delinear orientações e diretrizes que trouxessem planos de educação continuada em saúde e estes demarcaram o início de um vasto processo de debates e buscas de alternativas nesse setor ([HADDAD et al., 1994](#)).

Nesse sentido, a Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil, decretada pela Portaria 198/GM/MS ([BRASIL, 2004](#)) e ancorada nesses primeiros movimentos pensantes da educação continuada e permanente da América Latina, atribui, entre seus aspectos, que o aprender e o ensinar se coloca no próprio espaço de trabalho, fundamentalmente, como um *modus operandi* na contramão do atual modelo de saúde em nossa sociedade, ao tornar-se um desafio singular na criação de estratégias de aprendizado e ressignificação dos processos formativos na área da saúde, além de configurar novos rumos no aprendizado cotidiano da prática, considerando como primórdio fundante o contexto sociocultural ([CECCIM; FEUERWEKER, 2004](#)).

Assim sendo, o Brasil vem discutindo e ampliando a importância da educação permanente em saúde, na qual se considera como enfoque do SUS o cuidado com a formação profissional de trabalhadores da saúde que garantam um perfil participativo, democrático e técnico de grande valia e que contribuam para a concretude das diretrizes basilares do sistema como preceitua a Constituição brasileira. Os espaços para esses debates surgem em fóruns de residências em saúde, congressos como Rede Unida, surgimentos de escolas de saúde pública e coletiva e espaços gerenciados de educação permanente em saúde em locais regionais ([CECCIM; FEURWEKER, 2004](#)).

Dessa forma, a educação permanente em saúde tem sua relação com a gestão participativa na interface da colaboração e formas de aprendizado social que gerem o fomento da participação como maneira de construir conhecimento coerente com o universo de uma prática democrática e significativa em espaços de educação contextualizada ([BARRETO et al., 2006](#)). Assim sendo, salientamos suas particulares diferenças com a educação continuada, cujo estímulo visa a fomentar o aprimoramento contínuo dos profissionais de saúde, mas sem necessariamente estar articulado e situado em seu contexto de trabalho.

Por outro lado, a regulamentação da política de educação no e para o SUS, ao gerar financiamentos e investimentos políticos e técnicos nos espaços de formulação e de atuação

da saúde por meio de propostas de formação e aprendizado, considerando os determinantes sociais da saúde, torna possível redefinir as práticas de saúde considerando o desenvolvimento dos instrumentos de trabalho e a estimulação de novas relações técnicas e sociais de trabalho. Além disso, trata-se da criação e reformulação do próprio espaço de trabalho, logrando para ele seus atos pedagógicos para construção de novos sujeitos sociais no interior do próprio serviço de saúde ([PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998](#)).

Para Ceccim e colaboradores ([2004](#)), a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e se estruturar a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. Daí as sutilezas dos processos de educação permanente afetando e sendo afetadas nessa interlocução da apropriação de uma atuação que necessita constantemente ser redefinida e melhor aprimorada para os contextos oriundos das propostas da saúde coletiva.

Diante dessas demandas e necessidades de transformações que garantam a boa proposta pública brasileira, vejo-me instigada a me debruçar sobre o reconhecimento dos espaços de formação dos profissionais do SUS dentro de seus próprios espaços de trabalho, reconhecendo de perto que os espaços das residências em saúde passam a ser locais privilegiados para a formação profissional, pois garantem o aprendizado por meio da ação-reflexão-ação.

O Ministério da Saúde vem investindo maciçamente na ESF, e com essa iniciativa surgem os programas de residências em saúde da família como alternativa para formação diferenciada de profissionais condizente às reais necessidades da população ([FERREIRA et al., 2009](#)).

Historicamente, a residência médica – regulamentada em 1977, embora já existisse desde 1946 ([CECCIM et al., 2011](#)) – inaugura esse meio formativo ao perceber as necessidades oriundas da crescente especialização médica e da fragmentação tanto do conhecimento quanto dos modelos curriculares, intensificadas desde o relatório Flexner em 1910 ([FLEXNER, 1910](#)), mas também completando a formação da graduação com as experiências práticas proporcionadas pelos serviços ([SILVEIRA; PINHEIRO, 2011](#)).

Segundo Feuerwerker ([1998](#)), a prática profissional médica historicamente tem sido transmitida através de treinamento em serviço, pois será na experimentação clínica que os acordos teóricos podem ganhar sentido na prática profissional, e será nessa prática que ocorre

a possibilidade de o profissional sair do enfoque puro da doença para encarar as vicissitudes daquele que sofre: “na prática que se constrói a experiência clínica e é mediante o aprendizado em serviço que o futuro profissional da saúde constrói a si e também a ética necessária para suas relações com os usuários, baseada no exemplo e na experimentação” ([FEUERWERKER, 1998](#), p. 60).

Dessa forma, essa autora defenderá que a residência em saúde, ao ser um espaço que proporciona tamanha diversidade de experiências práticas como casos, cenários, procedimentos, inter-relações profissionais, associada a construções teóricas que organizam o trabalho e propiciam novos sentidos, também pode gerar crescente autonomia, mas sem que os profissionais aprendizes estejam à mercê da própria sorte. Há o acompanhamento do preceptor nas discussões e em muitas condutas a serem tomadas, o que torna o espaço de aprendizado um lugar privilegiado e muitas vezes insubstituível na formação do profissional. Além, disso, será esse o momento (para muitos profissionais) de iniciação profissional propriamente dita, pois há a oportunidade de gerar uma ampla rede de contatos sociais compondo equipes de trabalho mais experientes e que abrirão portas para viabilização no mercado de trabalho.

Assim sendo, o cenário da residência em saúde implica necessariamente no encontro entre aprendizado e trabalho, entre educação profissional em saúde e políticas de saúde, pois nessa interface produz novos encontros e possibilidades, inclusive de (re)estruturação de serviços de saúde em sua concretude.

Entretanto, mesmo havendo a pontuação das políticas públicas de saúde na formação do profissional para o SUS, ainda subestima-se a intervenção dada aos recursos humanos na saúde como produção de mudanças na estrutura segmentada que por vezes ocorre nas maneiras de cuidado de seus profissionais. Muito das políticas para residências tem permanecido à deriva dos debates, cuja preocupação tem estado distante de uma real intervenção da educação nos recursos humanos de graduação ou pós-graduação ([FEUERWERKER, 1998](#)).

Vale mencionar que há um evidente tensionamento estabelecido nesse debate entre o pensamento original de uma Residência Integrada em Saúde capaz de permitir uma interpenetração de diversos cenários e sujeitos e as Residências Multiprofissionais em Saúde. A primeira foi colocada de fora da construção histórica política e hoje tem permanecido aquém das discussões nas normas interministeriais da saúde e da educação. Atualmente, por lei vemos as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências por Profissões

deixando prevalecer visões corporativistas, entre outros. Desde 2004, são diversas as portarias e os decretos que embaraçaram a clareza de uma política que, de fato, deveria envolver a participação social nesses debates nacionais. O que tem se apresentado é a política de educação permanente à saúde restrita ao aspecto de melhora da qualidade dos recursos humanos, mas aquém ainda de encarar os processos formativos para o SUS, dentro da integralidade da atenção e fundamentalmente capaz de ao menos tentar buscar a emancipação humana ([CECCIM et al., 2011](#)).

Não nos esqueçamos da importância do cenário das residências nos processos de mudanças dessa ordem vigente ao cumprirem um papel de redefinição e também de reordenação do palco da saúde, integrando universidades e serviços de saúde para novas práticas sanitárias.

Não se pretende com essa sugestão diminuir a importância das estratégias de promover mudanças na graduação: elas são fundamentais. O problema é que o resultado das mudanças pode ser muito enfraquecido se não se considerar também a Residência Médica como palco necessário de transformações. Se a Residência tem hoje de fato um papel definidor em relação ao perfil do profissional formado, ela pode enfraquecer muito o impacto que as mudanças da graduação são capazes de produzir. E, ao contrário, o processo de mudanças na graduação pode ser potencializado ao se investir em mudanças na Residência Médica ([FEUERWERKER, 1998](#), p. 69).

As residências médicas, por seu histórico, mantêm já um *background* de experiências a serem relatadas. No entanto, a medicina em saúde da família, como especialidade médica, tem sua origem nos Estados Unidos, na década de 1960, a partir de uma demanda corporativa contra a hiperespecialização da medicina como um todo e que, aderida às discussões vigentes da época histórica, como direitos humanos, guerra do Vietnã e pobreza, levaram movimentos populares e intelectuais à mobilização de novos paradigmas, inclusive na saúde ([PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998](#)). No Brasil, a medicina de família terá um caráter voltado aos princípios da Atenção Primária à Saúde, compondo com outros profissionais o cenário da Estratégia de Saúde da Família ([RIBEIRO, 2009](#)).

Mais recentemente, as Residências Multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família, que incorporam todos os profissionais afins da área da saúde, com exceção da categoria médica (cujas regulamentações deu-se em 2005 com a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde), vieram também integrar o rol de formação nesse contexto tão singular que é a ESF, como relatado anteriormente.

Essa singularidade se traduz como múltiplas dimensões de demandas que não podem se realizar por atuações avulsas ou isoladas de um único profissional, necessitando a articulação e – quiçá – a colaboração interprofissional.

Quando trazemos à luz de nossas questões os cenários propícios das residências como espaços formativos por excelência, por pensarmos ser essa uma possibilidade concreta de contestação da generalização do modelo biomédico em muitos dos contextos da saúde, queremos enfatizar que será necessário fundamentarmos qual seria de fato a riqueza desse cenário de trabalho e de formação profissional. A necessidade corrente do trabalho interprofissional e interdisciplinar para uma atenção integral dos usuários desse sistema mostra que não é simplesmente pela exigência política, assistencial ou de demandas de saúde que obrigaremos a existência de um trabalho em equipe e colaborativo entre os profissionais, mas também pelo reconhecimento quanto à necessidade de aprender a aprender para se poder assistir a indivíduos, famílias e comunidade.

Assim, no trabalho em equipe estarão presentes as construções coletivas das ações em saúde nas quais as dificuldades que se apresentarem podem ser refletidas e superadas pelo viés da cooperação no enfrentamento diário. No entanto, é difícil a tarefa de construção da cooperação no trabalho que se baseie na confiança, solidariedade e legitimação do outro. O profissional, dentro dessa perspectiva de trabalho, terá de construir seu pilar de atuação do fazer coletivo refazendo, se necessário, suas concepções de trabalho por meio de trocas de saberes e fazeres mediados pela linguagem em campos de atritos e de cooperação.

Na perspectiva de Furtado ([2007](#)), a interdisciplinaridade inauguraria a mais avançada relação de apoio entre as diversas profissões, pois se estabeleceriam da forma mais horizontal possível trabalhando sob conceitos em comum e tornando a comunicação decodificada entre os diversos colegas. Dessa forma, não geraria simplesmente uma justaposição ou complementaridade de conhecimentos, mas sim a criação de novos campos e elementos capazes de gerar trocas para o trabalho a ser desempenhado.

Além disso, esse autor enfatiza que a interdisciplinaridade pode identificar e nomear uma possível mediação entre saberes e competências, garantindo uma articulação criativa entre as diferenças. Ao apontar também para os limites dos campos disciplinares, abre novos caminhos e legitima o percurso dos sujeitos entre as diversas áreas do conhecimento. Portanto, a interdisciplinaridade seria uma ferramenta fundamental, e não um fim, na geração de novos aprendizados e conhecimentos dentro das instituições por gerar pontes com a prática concreta dos atores.

A possibilidade de transpor os níveis de disciplinaridade dependerá de que as equipes encarem essa tarefa como um desafio a ser superado, e não como algo pronto – e que busquem evitar que a coordenação da equipe seja verticalizada ou se torne fixa, caindo no risco de uma centralização do poder. Superados esses obstáculos pela disponibilidade da equipe e sua capacidade de se colocar no lugar do outro, pode-se, a partir da interdisciplinaridade, gerar novos dispositivos de ação no trabalho, na qual se envolva o cuidado com os membros da equipe em suas dificuldades encontradas no cotidiano ([FERREIRA et al., 2009](#)).

Além disso, a interdisciplinaridade no ensino em saúde especificamente implica em um diálogo constante entre a realidade dada da saúde e os campos disciplinares em conexão dialética entre si. Dessa forma, há uma contraposição a um postulado atomístico da realidade que recorre ao método de análise e soma da realidade sem formular uma superação através de cenários de aprendizagem ([MACEDO et al., 2006](#)).

As ações pedagógicas que visam à emancipação humana ou as ações pedagógicas que remontam à perspectiva social da aprendizagem podem trazer luz às novas práticas na constituição de espaços fecundos de trocas de conhecimentos que não visem exclusivamente à especialização, mas também propiciem a formação de sujeitos do aprendizado, capazes de tornar sua prática um universo de reflexão e criticidade política e social.

No cenário das práticas em saúde, principalmente na ESF, há demandas que interrogam a necessidade de gerar profissionais que se envolvam com o projeto de cuidado dos cidadãos. Nesse sentido, teorias sociais como as de Paulo Freire, que questionam os processos de aprendizagem, que rompam o modelo bancário de transmissão de conteúdos ([FREIRE, 2011b](#)) para aquele interessado e reflexivo que enfoque o coletivo no fazer e no aprender, colocam a reflexão de que conteúdos transmitidos confundem a experiência crítica de gerar conhecimento e se apropriar da práxis desde seu pertencimento até a construção de potenciais de cuidado no cotidiano nos serviços de saúde.

No entanto, nossas indagações são muitas ao pensar, dentro dos cenários formativos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sobre os processos de aprendizagem social capazes de gerar pertencimento, identidade e coesão grupal, mas sem cair em fragmentos corporativos de categorias profissionais. Se relutância é frequente no compartilhamento de saberes, o que se dirá das práticas? Por meio de minhas experiências com grupos, é possível perceber que o empoderamento deles fortalece suas realizações, mas

também tende a enrijecer padrões de formação em estruturas impermeáveis direcionadas por interesses pessoais ou políticos.

Ainda assim, seriam os espaços de aprendizagem dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família contextos de uma aprendizagem situada – aquela que está inserida nas interações sociais e não fora delas, na qual seus membros de participação caminham para a constituição ou manutenção de uma comunidade de práticas?

Entendemos por comunidades de práticas o conceito de uma perspectiva ao mesmo tempo teórica e prática que enfatiza o olhar sobre a aprendizagem social situada na coparticipação, legitimando seus membros de participação de tais comunidades a buscarem trocas de conhecimento de interesse compartilhado que sejam transformadoras da sua prática, mas essencialmente que gerem identidade e sentimento de pertencimento ao grupo, às ideias, aos horizontes que possam despontar no desafio do aprendizado situado e que se traduzam como vivência concreta do contexto sociocultural dos serviços de saúde na atenção primária ([LAVE; WENGER, 1991](#); [WENGER, 1998](#)).

Entretanto, ao longo deste estudo aprofundaremos essas perguntas sem respostas definitivas e fechadas, em momentos posteriores. Por ora, percebemos que os cenários apontados para a prática da aprendizagem e do ensino na saúde irão nos remeter às necessidades urgentes de redefinição das visões de homem e de mundo que transpassam nossas atuações, mas também tornam a reavaliação das posturas de trabalhadores dentro de uma rede minimamente coerente no sistema de saúde.

Se noções de redes de atenção à saúde começam a ganhar pesos significativos nos ritmos e evoluções do sistema brasileiro, temos de considerar reformulações nas formas de olhar o aprendizado de trabalhadores que não se definam apenas em cenários de especializações, pois acredito que esse movimento é contínuo ao longo das práticas no campo do trabalho.

Compreendo que reconhecer as raízes que sustentam o conhecimento será importante ao longo deste percurso. A identificação do percurso no qual se baseia o olhar sobre as experiências oferecidas pelo real não está isenta de interesses ou de vieses no correr da base de qualquer saber ([MINAYO, 2006](#)). Dessa forma, minha intenção é clarear os filtros que compõem esses olhares para que o leitor também se aproprie dos enredos que serão traçados ao longo da visita ao objeto de estudo.

De antemão, é importante definir que os sentidos e significados atribuídos às práticas, tanto quanto o resultado de suas produções, norteiam este estudo. Os sentidos das práticas também precisam ser reconhecidos nos cenários recortados deste projeto.

Portanto, o leitor perceberá que o processo de construção deste trabalho será interpelado por dois momentos anteriores que precederão a apresentação do cenário empírico e seu percurso metodológico. Num primeiro momento, abordarei as nuances epistemológicas que sustentam as concepções teóricas do trabalho. Passaremos pela ontologia do ser social que produz a si mesmo como produz o mundo, para adiante nos aproximarmos das noções de aprendizagem social dentro dos processos educativos na linha interacionista e dos processos de mediação da linguagem na criação de sentidos ao ato de aprender com os outros. Essa visão é permeada pela construção dialógica de uma pedagogia problematizadora implicada no aprendizado com os outros. Assim sendo, será feita a referência de que modelo de educação nos pautará neste trajeto.

O segundo momento trará a problematização da importância de uma aprendizagem situada, contextualizada e significativa e como acontecem as possíveis trajetórias de coletivos no sentido da aprendizagem social baseada a priori na práxis. Nesse mesmo capítulo, mais adiante, apresentarei dentro da teoria social de aprendizagem o conceito de comunidades de práticas e seus alicerces. Procurarei realizar uma exposição crítica de seus potenciais e limites. Além disso, apresentarei os trabalhos de experiências de comunidades de práticas na saúde que, embora escassos, serão o foco de nosso estudo.

A seguir será exposta a proposta de percurso metodológico do estudo, trazendo o campo de relações com os sujeitos coletivos e seus cenários de práxis, no qual abordaremos as análises a partir das perspectivas conceituais da aprendizagem social segundo a teoria de comunidades de práticas abordadas anteriormente.

Dessa forma, até o presente momento, muitas perguntas nortearam nossas reflexões sobre as formas possíveis de processos de aprendizagem coletiva no contexto de trabalho na saúde e no cenário específico das Residências em Saúde da Família e Comunidade. Esse contexto está permeado de complexidades que não se esgotam dentro de racionalidades cartesianas, mas que despontam enigmas presos na estigmatização, exclusão social e no próprio cuidado com a vida, pois tornam vigentes os aspectos sociais e culturais dos territórios de atuação da saúde.

Diante dessas indagações, coloco as seguintes perguntas norteadoras deste estudo: Como se dão os processos de aprendizagem social dentro da Residência Multiprofissional na

Estratégia Saúde da Família? É possível a constituição de comunidades de práticas em Programas de Residência em Saúde e quais seus dinamismos de aprendizagem a partir dessa perspectiva?

3 AS COMUNIDADES DE PRÁTICAS: PRESSUPOSTOS E DINÂMICAS

3.1 Ontologia do ser social e a teoria da aprendizagem social

No percurso do desenvolvimento da humanidade e do conhecimento, aportes filosóficos foram sendo expostos, confrontados e transformados. Vemo-nos dentro da história da filosofia e das ciências ganhando concepções e também nos desfazendo de outras de acordo com as épocas e tradições que coabitam a organização de nossas sociedades, formas de gerir-las e perspectivas diversas que procuram alcançar o domínio do conhecimento sobre o mundo, mas sem de fato abarcar sua totalidade. A realidade sempre será maior que o conhecimento. Essa é uma premissa importante dentro deste estudo, que se propõe partir da realidade para eliminar possíveis abstrações e fazer aparecer o concreto dos fenômenos sociais dentro de uma perspectiva da práxis.

Se dentro do materialismo histórico dialético se percebem como ponto de partida as concretudes do real, no recorte que fazemos da realidade, não se pode deixar de reconhecer a necessidade de trazer à tona as inter-relações sócio-históricas que permeiam nossas origens e consequentes formas de atuar sobre a vida. Portanto, não serão fonte para os traçados deste estudo os aportes inatistas que levam à concepção de homem, considerando-o por uma natureza *a priori*, e que reforçam as individualidades ou as racionalidades que desconsiderem a dialética e a reconstrução de si no social e vice-versa. Considero, portanto, que a implicação do pesquisador ou entre sujeitos é necessária e crucial para compreensão e análise das relações humanas em qualquer setor de produção da sociedade.

Para Bornheim (1977), Marx reconhece que a transformação do homem está na sua práxis, ou seja, a condição ideal para que se possa transformar o homem é que se negue, de certa maneira, o homem atual: a práxis transformadora repousa necessariamente em uma negação. A ação negadora, a práxis do protesto, aquela que interroga e reluta e que não se mostra à mercê de um destino demarcado nas determinações exclusivamente.

Segundo as concepções de Vázquez (1977) sobre a práxis, vemos que ela é a própria conjunção entre homem e sua ação. Essa tenacidade de ambos os tornam intrínsecos, e essa ação visa a algo que se dirige por uma intenção, que parte de um plano ideal com o intuito sempre verdadeiro de ver-se no real e no efetivo. Entretanto, se o agir humano não se comprometer com uma “pré-ocupação” e com um estado pré-reflexivo, a finalidade ficará diluída ou se verá falida.

A esse respeito, Adorno coloca a práxis, quando cega de reflexão, como uma emergência da irracionalidade: “seu protótipo estético são as ações repentinas com as quais Hamlet realiza o planejado e fracassa nessa realização” (ADORNO apud [MATOS, 1993](#), p. 99). Diante disso, a práxis pode tornar-se autárquica, se possuir características maníacas e violentas. Porém, pela autorreflexão poderia se superar e suspender a possibilidade de uma ação cega e sem propósitos. Assim sendo, a práxis não se confunde com uma ação em si mesma, mas considera imprescindível em seu *corpus* a reflexão e o planejamento para um determinado objetivo.

Dessa forma, é um enfoque antigo e ao mesmo tempo atual perceber que o ser do homem é o ser da práxis, tendo como categoria essencial e universal o trabalho. Nesse sentido, Saviani ([2007](#)) acrescentará em sua obra que também é intrínseco ao homem o trabalho e a educação. Portanto, é atributo do homem produzir o mundo e produzir a si mesmo. O homem forma e aprimora o mundo e a si, o que o leva a educar. O homem, em sua condição primeira, tem o caráter ativo e formativo. Ele sonha, projeta, constrói e se reconstrói. O ato de agir sobre a natureza, transformando-a em função das necessidades humanas, é o que conhecemos como trabalho, é a sua práxis, são os seus feitos dentro do processo histórico.

Se a existência humana não é garantida pela natureza, mas tem que ser produzida pelos próprios homens, sendo, pois, um produto do trabalho, isso significa que o homem não nasce homem. Ele forma-se homem. Ele necessita aprender a ser homem, precisa aprender a produzir sua própria existência. Portanto, a produção do homem é ao mesmo tempo a formação do homem, isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do homem mesmo ([SAVIANI, 2007](#), p. 154).

Esse mesmo autor dirá que a relação entre trabalho e educação é uma relação de identidade. Ou seja, aprende-se produzindo e transformando a natureza junto com os outros e educando a si e às futuras gerações. Esse processo é permeado por experiências, o que torna o cenário social um verdadeiro processo de aprendizagem. No âmbito corriqueiro de nossas relações sociais, combinamos realidades com as quais nos defrontamos na vida diária, em nossos trabalhos, famílias e redes sociais que formam e transformam nossas maneiras de agir, sentir e pensar.

Mas quando é que o trabalho se dissocia da educação?

Ao longo da história humana, vemos a ocorrência de experiências dentro das sociedades mais comunais até as mais atuais, de um desmembramento entre o produzir e o formar. Houve, de fato, entre os gregos, fundadores das nossas bases ocidentais, a cisão entre os homens livres – para o pensar – e os homens escravos – para o produzir e o operar. Se

dermos um salto no tempo, vemos dentro das sociedades burguesas a separação daqueles que produzem e não se apropriam de seu produto daqueles que compram e usufruem dos produtos. A divisão acentuada de classes e a mais-valia não são apenas as concepções oriundas do opressor e do oprimido, do operário e do patrão, do Estado e da sociedade civil, mas também estão sutilmente operando em nuances das intersubjetividades nos espaços de cuidado, sejam eles quais forem.

No campo da saúde, seguindo as racionalidades biomédicas que focam o combate à doença exclusivamente, corroboram muitas vezes para a quebra do sujeito, não o olhando como ser integral. Nesse caso, muitas vezes o próprio sistema socioeconômico, baseado em interesses que na maior parte das vezes associam-se a indivíduos e corporações, não permite ir além dessa visão, pois também se massificou na desenfreada busca por procedimentos e metas para eliminar iniquidades. Dessa forma, acabam deixando de lado o componente também educativo da saúde, não separada de sua práxis, seja em trabalhadores, gestores e usuários do sistema. No entanto, o ato de formar, sendo fundante do ser social, precisa ser resgatado pelo trabalho. Assim sendo, longe de pessimismos estagnantes, este estudo quer focar também a beleza que há entre as brumas dos importantes processos de trabalho e espaços de aprendizado a serem unidos e resgatados no cotidiano dos serviços entre seus profissionais, mas sem deixar de lado os mecanismos de opressão social que dividem o ato de criar e o ato de pensar no homem.

Considerando a realidade em seu aspecto opressor, não sejamos ingênuos em considerar que nesse cenário real do viver não haja confrontações de relações de poder e dominação existentes dentro da máquina do mercado. E, não longe de nós, dentro do setor saúde, que historicamente não está distante dessas manobras e nas quais percebemos ou não os mecanismos de absorção que engolem os que nela se encontram, e esses mesmos mecanismos influenciaram a construção das identidades e consciências sobre o existir social ([FREIRE, 2011b](#)). Assim, nota-se uma tendência de uma realidade domesticadora sobre as consciências dos indivíduos. Para Freire ([2011b](#)), a importância em libertar-se da realidade opressora, pela emersão dela e volta para ela, só é possível pela práxis autêntica permeada pela ação-reflexão-ação, e que compõe uma unidade dialética entre subjetividade e objetividade.

A importância da união dialética entre o dentro e o fora, entre o individual e o social, entre o subjetivo e o objetivo, implica uma práxis que produza e transforme o mundo com os outros e também transforme a si mesmo ([FREIRE, 2011b](#)). Portanto, o produto da práxis gira

em torno da apropriação do conhecimento construído em conjunto com os outros dentro da realidade. Não precisa apartar-se dela para que o mundo se transforme e para que processos de aprendizagem ganhem corpo no transfigurar dessa transição pelo mundo. Ganhamos forma à medida que convivemos de maneiras diversas e à medida que o desenvolvimento reativa as potencialidades embrionárias do ser, aquelas em potencial de emergir. Somos um potencial e ganhamos corpo com nossas vivências no mundo. Assim sendo, a inserção crítica no mundo e a ação sobre ele e com ele são oriundas da mesma fonte.

Na reflexão clareadora de Freire (2011b), a ação humana não se separa da realidade objetiva e do mundo. Há uma relação solidária entre ambos que torna o mundo como o “não eu” do homem capaz de propiciar desafios inovadores, assim como não há mundo sem um homem capaz de sonhá-lo, de torná-lo o devir. Mas a provocação que o autor nos propõe é que a ação humana só é humana se for reflexiva. O desafio da reflexão é um componente saliente das renovações no mundo, do homem e das divisões de classes.

Se na ontogênese do ser há uma implicação fundante com o social, com a história e com a dialética, faz também parte da condição humana a sua ação fundamentada a partir de sua práxis no mundo, que está intrinsecamente ligada à reflexão desse mundo. O homem aprende e apreende o mundo por seu trabalho com os outros, mediado pela cultura que rege normas, leis, signos e símbolos. Portanto, será nesse espaço que emergem o aprendizado e seus processos de aprender de si e do mundo, transformando ambos no processo contínuo.

O aprendizado não diz somente respeito ao aluno, ao iletrado, ao oprimido. O aprendizado nos fala de uma necessidade inerente ao homem social e, portanto, a quem ensina também:

A teoria materialista de que os homens são produtos das circunstâncias e da educação, e que, portanto, os homens modificados são produtos das circunstâncias diferentes e de uma educação diferente, esquece que as circunstâncias são mudadas precisamente pelos homens e que o próprio educador precisa ser educado (MARX, 1966, p. 404) (tradução nossa).

Dessa forma, “educador e educando, cointencionados na realidade, se encontram em uma tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvelá-la e, assim, criticamente conhecê-la, mas também no de recriar este conhecimento” (FREIRE, 2011b, p. 77-78). Essa tarefa contrapõe-se à chamada pedagogia bancária de transmissão de conteúdos, onde o educador apenas comunica as informações sobre o mundo, mas não traz a possibilidade dialógica da problematização e reflexão da práxis. Os educandos exercem sua função de memorizar e repetir como receptáculos. Não há mostra de criatividade, de desejos coletivos, de motivações pessoais ou sociais que permitam expressão nesse espaço vazio e absorvem

abordagens distantes da realidade. Nesse caso, o educador e o educando têm seus lugares postos, fixos e invariáveis, e a rigidez dessas posições pode negar o aprendizado e seus produtos como processos de busca.

É importante o leitor atentar a esta palavra, “busca”, pois a educação não está pronta, e se os profissionais, como no caso deste estudo, forem lançados para dentro dos cenários de prática assumindo o processo educativo já como pronto e definido, perderão ao longo do caminho as buscas de horizontes desconhecidos e seguirão metas e procedimentos pré-concebidos. Corre-se o risco de que o caminho perca o vigor necessário para novas práxis, para possíveis libertações no reconhecimento e apropriações de si mesmo na realidade do trabalho em saúde.

Se, na pedagogia do oprimido ([FREIRE, 2011b](#)), a ênfase dada, entre tantas outras, é libertar o homem de suas amarras sociais e culturais em armações estagnantes da ordem social que petrificam o pensamento crítico, nos vemos tentados a citar nesse aspecto que a linguagem, como código de estar-com-os-outros e, portanto, como mediação, pode ser a chave para compreensão da consciência humana: “as palavras desempenham um papel central não só no desenvolvimento do pensamento, mas também na evolução histórica como um todo. Uma palavra é o microcosmo da consciência humana” ([VYGOTSKY, 1987](#), p. 132).

Vygotsky, inspirado nas perspectivas do materialismo histórico dialético, desenvolveu a teoria interacionista da aprendizagem, enfatizando a importância da relação sociocultural dos sujeitos nos seus ambientes. Essa interação é em si mesma dialética e pode ser o estopim natural para que potencialidades de desenvolvimento nos sujeitos façam saltos e ganhem sua real proporção, à medida que os aprendizes sejam expostos a processos que, na dialogicidade, estimulem a maturação e o reconhecimento das identidades envolvidas no aprendizado ([REGO, 2011](#)).

Logo, ainda segundo Vygotsky, o humano apresentará em sua matriz dois níveis de desenvolvimento que trarão mais uma vez a afirmação de que o homem é, em si mesmo, um potencial, e que na interlocução de uma práxis dialógica ele ultrapassará os níveis de acomodação de seu aprendizado, e por meio de sua linguagem, que é relação social, será capaz de reconstruir sentidos ou imitar seus grupos e alcançar e superar suas necessidades ([REGO, 2011](#)).

Os níveis de desenvolvimento humano postulados por Vygotsky abordam, num primeiro momento, o nível de desenvolvimento real, referente às conquistas já efetivas e consolidadas pela pessoa. Nesse nível já há uma independência da pessoa com relação aos

outros ou ao próprio desempenho de sua práxis. Comumente, esse é o único nível no qual se avaliam e se consideram as competências de uma pessoa – seria como o produto final do desenvolvimento daquele humano. Entretanto, Vygotsky extrapola em sua teoria quando afirma por meio de seus experimentos que há um segundo nível de desenvolvimento nas pessoas que precisa ser considerado, reconhecido e valorizado.

Nesse caso, ele o chamou de nível de desenvolvimento potencial, que diz respeito às capacidades em vias de serem construídas. Há aqui a necessidade de auxílio do outro para execução de determinadas tarefas que serão mediadas através do diálogo, da colaboração, da imitação, da experiência compartilhada e das pistas que lhe serão fornecidas.

Para Vygotsky, esse nível é um melhor indicativo do desenvolvimento mental da pessoa do que aquele que ela consegue executar sozinha. A distância entre esses dois níveis de desenvolvimento é denominada de zona de desenvolvimento proximal, ou seja, onde fica possível, dentro dessa perspectiva, delinear projeções do desenvolvimento da pessoa e gerar e reformular novas estratégias pedagógicas para o aprendizado, assim como orientar possíveis limites dos sujeitos quanto ao seu aprendizado no mundo. Portanto, vemos aqui elaborações na área da educação que não excluem os sujeitos das possibilidades embrionárias de se desenvolverem e gerarem maturações de funções capazes de se tornarem competentes.

Ainda dentro desse pensamento, compreende-se o signo como caminho para o desenvolvimento psíquico e, portanto, necessariamente a partir de práticas mediadas pela cultura. Nesse aspecto, é pelas significações do mundo e sobre o mundo que conexões cerebrais são geradas e decodificadas, trazendo um domínio sobre seu próprio corpo. Assim sendo, será também a educação, em sua trama de organização social, que possibilitará ao sujeito a apropriação do conhecimento historicamente acumulado.

Desse modo, pode-se perceber que a mediação dá-se no campo da significação. O conceito de significação surge nos estudos de Vygotsky (1995) a partir de sua compreensão de que o ambiente social se constitui como signo. Significar o mundo é criá-lo a partir dos signos existentes que se desdobrarão na e pela prática, sendo possível alcançar uma generalização materializada pela linguagem. A significação carrega em si mesma a experiência social da humanidade e pode ser um campo fecundo de possibilidades na qual a vivência social da humanidade se torna também a experiência de uma pessoa.

A educação como campo formativo dos coletivos – como aprendizagem – se dará de formas diferentes e com intencionalidades diferentes. Portanto, o ato de formar é algo que se dá sempre com o verbo no gerúndio e, segundo Barroso (1997), também no plural, pois

comporta diversos contextos sociais, com suas nuances diversas de intencionalidade e interesses, e que pode ocorrer em ambientes de profissionalização e em ambientes de trabalho.

Há de se considerar que, dentro do pensamento vygotskiano, “o verdadeiro curso do desenvolvimento não vai do individual para o socializado, mas do social para o individual” ([VYGOTSKY, 1987](#), p. 18). Sendo assim, é relevante pensar essa afirmação dentro dos processos formativos, em especial aqueles com adultos. Mas o que vem a ser social para esse autor? Social não quer dizer interpessoal e nem interação social significará tudo o que existe no mundo. As atividades humanas são os produtos sociais dentro do desenvolvimento histórico-cultural, e não apenas meras interações sociais ([HOLZMAN, 2002](#)). Assim sendo, a preponderância do aspecto social não vem dissociada de seu papel no desenvolvimento humano a partir do modo de produção histórica e cultural do conhecimento dentro da sociedade.

As ações pedagógicas na coletividade dentro do ensino configuram-se como mediações estabelecidas pelas relações entre as diversas interações entre educador e educandos, entre educandos, entre educadores e entre educador e educandos com o conhecimento. Assim sendo, o ambiente de trabalho e de aprendizado torna-se o espaço social de aprendizagens para todos os sujeitos nele inseridos.

Araújo ([2009](#)), ao trabalhar a qualidade de aprendizagem de docentes, correlaciona-a, por exemplo, à qualidade de mediação, quando comparada com a vivência de artesãos em oficinas pré-capitalistas, cuja relação hierárquica linear era de mestre-companheiro-aprendiz.

Nessa relação de trabalho, o mestre-artesão trabalhava em conjunto com o aprendiz, e não simplesmente lhe indicava o que fazer, rompendo uma relação piramidal, pois havia a possibilidade real de um dia o aprendiz se tornar companheiro e, quiçá, um mestre em seu ofício. Esses tipos de carreira e relação eram tidos como apropriados nesses modos de produção e criação ([MARGLIN, 1980/1973](#)).

Em nossa sociedade capitalista, cuja lógica produtiva tornou-se fragmentária por excelência, nos perguntamos se seria possível dentro do setor de saúde ver a qualidade de mediação de oficinas de trabalho propiciar a prática conjunta entre seus trabalhadores. Seria possível superar a alienação ao ponto de haver dentro do universo do trabalho o controle de seu próprio processo de criação? Não temos ainda resposta para tal questão, mas a provocação de oficinas de trabalho como nas sociedades pré-capitalistas ou de comunidades de práticas – que abordaremos mais adiante – podem nortear a busca para uma nova forma de se relacionar com os processos formativos de trabalhadores.

Dentro de uma relação de aprendizagem em saúde, vemos a possibilidade de o preceptor/docente na prática comunicar as formulações de sua atividade e suas interpretações sobre elas e provocar nos alunos/educandos novas formulações práticas e teóricas da mesma atividade. Nesse momento, há uma significação sendo compartilhada e, segundo Arendt, “os homens que vivem e se movem e agem neste mundo só podem experimentar o significado das coisas por poderem falar e ser inteligíveis entre si e consigo mesmos” ([ARENDDT, 1999/1958](#), p. 12).

Para o campo das práticas pedagógicas no universo dos serviços de saúde e dentro de uma práxis engajada, as reflexões aqui provocadas, até este momento, podem propiciar descobertas e renovações na forma de operar os mecanismos de educação permanente direcionados aos trabalhadores da saúde. Para tanto, o processo de romper a lógica taylorista de divisão da produção para aquela capaz de comprometer coletivamente seus trabalhadores na apropriação da produção do cuidado em saúde torna-se um desafio a ser enfrentado em conjunto com diversos atores sociais e em vários cenários. A etapa a ser almejada é sairmos da lógica de produção seriada de atitudes pedagógicas pré-formatadas para compreendermos que toda ação pedagógica é única e singular – ou ainda localizar aqueles espaços tácitos e já existentes que se denominam de comunidades de práticas – sobre o qual nos debruçaremos a seguir – na recondução do que pensamos ser a aprendizagem e a renovação de práticas cristalizadas ao operar o cuidado na saúde.

3.2 Aprendizagem social

A teoria da aprendizagem social de Vygotsky, como discorrido anteriormente, baseia-se no interacionismo histórico-dialético, que será sua principal contribuição para a educação, e aponta para o fato de que o aprendizado vem antes do desenvolvimento humano, pois não apenas construímos o conhecimento a partir de um processo maturado do desenvolvimento humano, mas antes interagimos com o outro – e não apenas o outro particular, mas também o outro coletivo, mediatizados pela cultura. Nessa formulação de aprendizagem social, o mundo é uma grande oportunidade de se desenvolver junto com os outros e (re)criar novos conhecimentos à medida que aumentamos nossa inserção no mundo. No entanto, sua ênfase se dará, prioritariamente, sobre a aprendizagem e a relação dual entre professor e aluno.

Dentro das construções teóricas que nos debruçaremos nesse momento, queremos enfatizar que existem interpretações diversas do conceito de zona de desenvolvimento

proximal, que têm sido utilizadas por teóricos da aprendizagem num contexto mais recente. Uma interpretação é aquela exposta anteriormente, que enfatiza que a zona proximal é a distância de um sujeito a sós na busca do aprendizado e aquele momento que não consegue realizar determinadas tarefas sozinho e irá necessitar do apoio de pessoas mais experientes para executá-las de forma adequada, esperando-se que mais tarde o sujeito possa desempenhar a tarefa sozinho. Outra interpretação mais “cultural” do conceito dirá que ele é a distância entre o conceito cultural fornecido pelo contexto sócio-histórico, que em geral tornou-se conhecido através do ensino, e a experiência cotidiana dos sujeitos, ou seja, quando os conceitos científicos e os conceitos cotidianos se fundem e alcançam uma maturação.

E ainda uma terceira interpretação, que será a que nos interessa nesse estudo, são as críticas que Lave e Wenger (1991) apontam a essas duas interpretações do conceito de zona de desenvolvimento proximal. A crítica seria de que ambas apresentam um enfoque mais individualista de aquisição da aprendizagem com leves nuances de sociabilidade e de internalização dos traços culturais.

Essa proposição sobre o conceito é mais valorizada pelos autores, pois aborda uma visão mais “coletivista” ou “social” da distância conferida na zona de desenvolvimento proximal. Segundo definida por Engestrom (1987), a zona de desenvolvimento proximal seria a distância entre as ações cotidianas dos indivíduos e a forma historicamente nova da atividade social que pôde ser gerada coletivamente e como uma solução para o comum duplo vínculo, entre professor e aluno, exclusivamente, e que estão potencialmente inseridos nas ações cotidianas. Nesse caso, há um potencial a se extrapolar para além das estruturas de ensino pedagógicas, abordando a possibilidade de transformação social através das mudanças relacionais entre novatos e veteranos dentro de uma prática compartilhada. Nessa perspectiva, afirmamos que a prática e o coletivo serão fundações básicas para a constituição de comunidades de práticas, ou seja, a prática social como fundamento marxista dentro dessa análise de visão de mundo.

3.3 Aprendizagem situada: participação periférica legítima

A aprendizagem é um aspecto inseparável e integral da prática social que, por sua vez, advém de um contexto de interações e é mediada pela diversidade de perspectivas de seus coparticipantes. Assim, a aprendizagem estaria situada em formas de coparticipação e não na mente das pessoas (LAVE; WENGER, 1991). Dentro da perspectiva da aprendizagem

situada, a pessoa, a atividade e o mundo se constituem mutuamente uns aos outros, derrubando a visão de um corpo de conhecimento factível sobre o mundo.

Uma má interpretação do termo *situado* seria considerá-lo dentro das conotações de localismo, limitadas a um tempo e tarefas determinadas. Esse conceito insiste em trazer o conhecimento para dentro das circunstâncias presentes não desconectá-lo como forma abstrata da realidade da qual se participa no mundo. Portanto, a prática social é o fenômeno gerador primário da qual a aprendizagem é um de seus aspectos integrais. Para esses autores, dessa forma, será dentro dessa prática social que o aprendiz adquirirá certos talentos, a partir de seu engajamento concreto no processo cotidiano com outras pessoas, que podem ser referências em determinados domínios de conhecimento.

Nesse contexto, dentro de uma comunidade, a aprendizagem será percebida através de uma posição de participação periférica legitimada – que colocará a posição dos aprendizes – para alcançar gradualmente, dependendo de sua trajetória de aprendizagem, a uma participação plena dentro da comunidade. No entanto, o conceito “participação periférica legitimada” deve ser considerado em sua totalidade de compreensão, e não o subdividindo em três partes isoladas, pois cada uma das palavras que compõe o conceito dentro dessa perspectiva de aprendizagem é fundamental para a sua totalidade.

Assim sendo, a participação periférica legitimada define que a implicação de seus membros se dará por sua trajetória de participação dentro da comunidade, o desenvolvimento de suas identidades e as formas de filiação de seus atores. As trajetórias de participação, que serão destrinchadas mais adiante, poderão levar – mas não necessariamente – participantes periféricos legítimos a estágios de participação plena na comunidade de aprendizado ou de prática. Essa manobra ou movimento gerado dentro dos grupos são essenciais para sua constituição e manutenção, pois proporcionam desdobramentos nas trajetórias de aprendizagem e alimentam seus pares por meio de atritos, tensões, descobertas e compartilhamentos mútuos.

Além disso, os autores colocam que as posições periféricas de participação estão em posições de empoderamento, tornando-as legítimas na comunidade, o que muitas vezes pode refletir potência ou impotência ao possibilitar ou impedir a articulação e o intercâmbio entre as comunidades de práticas. Portanto, o termo participação periférica legítima está mais perto de uma perspectiva analítica do que de uma teorização. Ela não deve ser vista como uma abstração, pois sua intenção é de explorar as relações concretas onde habitam as riquezas das

interconexões em termos históricos, através do tempo e das culturas, nem deve ser vista como uma estratégia prescritiva pedagógica ou uma técnica de ensino ([LAVE; WENGER, 1991](#)).

Embora essa perspectiva não tenha a intenção de fazer-se como técnica de ensino, ela pode fornecer indícios relevantes sobre os processos comuns inerentes na produção de pessoas “mutantes” em comunidades de prática “mutantes”. Essas estruturas e reproduções de comunidades de prática são historicamente construídas e apresentam aspectos conflituosos, sinérgicos das relações entre seus membros e necessitam ser interpretados a fim de se compreender as formas de participação periférica legitimada ao longo do tempo. Para tanto, prestar atenção às biografias dos seus membros e do coletivo como maneira de analisar as participações dentro de uma comunidade de prática que vão desde a entrada de novatos até se tornarem veteranos e as relações entre veteranos, e entre novatos, quebrando as relações puramente díades entre professor e aluno para incorporar uma maior riqueza de participações na comunidade de prática que assume muitas formas de relações entre seus participantes.

Portanto, há tensões e conflitos nos processos de aprendizagem que envolvem as comunidades de práticas e há relações não apenas cooperativas, mas também competitivas que intensificam as transformações de identidades. Nesse caso, a aprendizagem nunca é puramente um processo de transmissão e assimilação, mas oriunda também de desejos, tensões e motivações que darão futuro próprio às comunidades de prática, sobre as quais nos debruçaremos a seguir.

3.4 Comunidades de prática

É antiga a necessidade de compreensão de como se configura a aprendizagem nos grupos sociais, cujo mote remete ao engajamento e ao compromisso entre as pessoas por meio de algo que as interessem. As comunidades de práticas existem há muito tempo. Na Roma antiga, já se reconheciam corporações de diversos profissionais que trocavam entre si conhecimentos ou práticas de seu domínio. Nos anos 20 do século passado, o filósofo japonês Nishida – em 1921 – propôs o conceito de *Ba*, que se refere ao contexto compartilhado no qual o conhecimento é dividido, criado e utilizado. Nesse espaço, dão-se múltiplas interações que podem surgir em indivíduos, grupos de trabalho, equipes de projetos, círculos informais e temporários. *Ba* é um lugar existencial onde seus participantes compartilham e criam novos significados a partir das interações nas quais mudanças podem ocorrer no ambiente e nas pessoas. ([MÄKÄRÄINEN-SUNI; HONG, 2011](#)).

Comunidade de prática (CdP) como conceito atual foi cunhado pelos pesquisadores J. Lave e E. Wenger (1991) e mais aprofundado por este último pesquisador, o antropólogo organizacional Etienne Wenger (1998), que traz em sua episteme a teoria da aprendizagem social, que diferentemente de Vygotsky que se baseia na aprendizagem, esse autor fundamentará seus princípios teóricos na prática social.

Assim sendo, a CP diz respeito a grupos de pessoas engajadas em práticas sociais e que apresentam problemas, preocupações ou mesmo paixões compartilhadas, o que as levam a interesses comuns na busca de conhecimentos, agindo de maneira a partilhar processos de aprendizado (WENGER, 1998). Portanto, essa perspectiva aposta na formulação de que a aprendizagem não é um processo individual – que ocorre na mente da pessoa e que tem um começo e um fim almejado – e que esteja desvinculada de nossas práticas diárias, ou que, fundamentalmente, seja apenas o resultado de quem ensina.

Assim sendo, descontextualizar a pessoa, deportando-a do mundo por ele conhecido e vivido, não necessariamente o tornará mais focado ou interessado nem gerará um aprendizado menos árduo ou mais significativo para as pessoas em seu fazer cotidiano. Diante das falácias nos processos de aprendizagem dissociados dos princípios da prática no mundo do trabalho, Wenger nos provoca a refletir as seguintes indagações: como é possível adaptar-se a uma perspectiva diversa da qual nos habituamos como ato de aprender se colocássemos os sujeitos dentro de suas próprias experiências vividas de participação no mundo? Como seria se assumíssemos que o aprendizado é como uma parte de nossa natureza humana, como comer ou dormir, tão inerente ao nosso viver? E se considerássemos que aprender é fundamentalmente um fenômeno de ordem social que simplesmente reflete nossa condição social como humanos capazes de gerar conhecimento? (WENGER, 1998).

Portanto, o foco principal apresentado é reconhecer a aprendizagem como participação social dentro de uma prática social. Nesse caso, entende-se que a participação não se restringe ao engajamento em eventos locais, em determinadas atividades e com determinadas pessoas, mas sim como um processo mais amplo em que os participantes em comunidades sociais são capazes de gerar identidades que estejam consonantes a essas mesmas comunidades. Quando tocamos na palavra participação, nos referimos não apenas àquilo que nós fazemos, mas também em quem nós somos e como nós interpretamos o nosso fazer no mundo (WENGER, 1998).

Dessa maneira, concebe-se que os processos de aprendizagem estão dentro da esfera social e que os participantes das comunidades de prática estão envolvidos e comprometidos

em aprender conjuntamente no objetivo de melhorarem ou de adquirirem novos conhecimentos, compartilhando práticas, saberes e inovações, ressaltando que o conhecimento só se garante mediante apropriação da própria pessoa ([MOSER, 2010](#)). É importante frisar que há diferenças significativas entre CP e trabalhos em equipes, pois este último arranjo tem por finalidade metas a serem atingidas e funções divididas entre seus participantes para o alcance das metas. Nas CP, o futuro da comunidade está nas mãos de seus participantes, que se engajam em torno de preocupações e paixões compartilhadas por seus membros, os quais, na negociação e pactuação mútuas, traçarão projetos comuns.

Existem três dimensões fundamentais na configuração das CP que, interconectadas, mostram aspectos cruciais para perceber como seus membros migram e traçam seu percurso de desenvolvimento ao longo da vida da comunidade. São elas: projeto em comum, repertório partilhado e engajamento mútuo.

O repertório partilhado permite que seus membros sejam introduzidos nas comunidades e possam perceber suas histórias e os momentos de contá-las, que criam o elo de partilhamento de uma linguagem, posturas, símbolos, instrumentos que possam ser compreendidas por aquele grupo. Esse partilhamento levará à negociação de significados que acontece a todo o momento e dependerá de duas forças emergentes: a **participação**, através das experiências concretas da prática de seus participantes, que darão vivacidade à construção de conhecimentos significativos na comunidade; e a **reificação**, através da construção compartilhada de produtos, ferramentas, instrumentos e conceitos que trarão sustentabilidade à própria prática.

No engajamento mútuo, vê-se a prática concreta, não uma possível abstração. Não se espera nas interações uma homogeneidade de membros e nem de consensos exclusivamente dentro de uma comunidade de prática, mas sim uma diversidade que possa manter o sentido de pertencer ao lugar e ganhar corpo em seus desafios, tensões e colaborações.

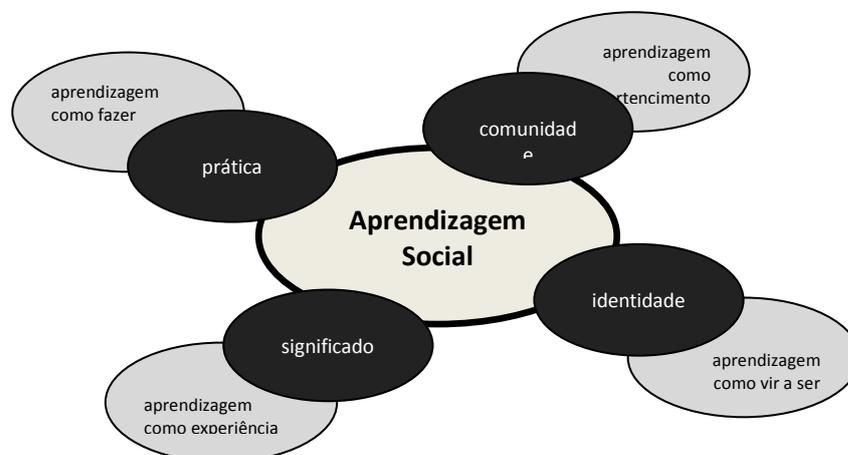
O projeto comum gera uma energia social em prol de uma finalidade que seja compartilhada e traga a concretude e inovação dos conhecimentos que irão surgindo nesse objeto comum. Esse aspecto do projeto comum pode muitas vezes criar o sentimento de uma solidariedade e responsabilidade coletiva, mas, longe de ser um contrato permanente, traduz-se mais em forma de relação processual com pactuações recorrentes que vão sendo estabelecidas ao longo do caminho. Dentro dessas comunidades, ganham destaque, portanto, identidades e suas trajetórias e biografias, suas fronteiras e limites, seus aspectos de

negociação, estratégias e ação. Nesse sentido, planejar e agir se interpenetram profundamente um no outro a ponto de ser difícil distingui-los.

A dialogicidade implicada como forma das interações sociais a que remete Paulo Freire (2011a), na forma de uma linguagem mediadora dos processos de significação sobre e no mundo, não busca necessariamente o consenso, mas proporciona um ambiente propício para a aprendizagem, para o pensar junto problematizado. Assim, não apenas para analisar um problema, mas para compartilhar compreensões e tornar resolutivas essas compreensões na construção e operacionalização de atos em conjuntos.

Assim sendo, a aprendizagem englobará componentes que sempre se interpenetram, mas que compõem, como uma orquestra sinfônica, certa harmonia ao abarcar aspectos que trarão (**Figura 1**): 1) **significado aos seus participantes**, ou seja, que refletem os sentidos da experiência vivida; 2) a **prática** que reflete sobre os aspectos sócio-históricos e que sustenta o engajamento da ação dos sujeitos, os quais envolvem repertórios comuns, ferramentas, histórias, métodos – ou seja, as atividades de aprendizagem que serão orquestradas de diversas formas, como projetos, e-mails, listas virtuais e todo o grupo se reúne presencialmente quando necessário; 3) a **comunidade** que irá refletir as configurações sociais onde se imprimem as marcas nos grupos – é importante haver um sentimento de comunidade, pois isso fornecerá uma forte base de intercolaboração entre seus membros; e 4) por último, mas não necessariamente nessa ordem, as **identidades** que formarão e darão as marcas singulares nos processos e que conseqüentemente se recriam com as histórias pessoais e coletivas (WENGER, 1998).

Figura 1. Componentes de uma teoria social da aprendizagem



Fonte: Wenger (1998).

Cabe reforçar que as atividades pactuadas na participação da comunidade formam uma ecologia de interações que agregam valores em diversos níveis e, além de sua finalidade instrumental de criação e compartilhamento de conhecimentos, tais atividades fortalecem a presença da comunidade na vida de seus membros e reforçam o senso de pertencimento e identidade que serão a sustentação da aprendizagem coletiva e das atividades colaborativas.

É necessário salientar novamente que, para que haja uma comunidade de prática, é preciso haver um **domínio**. Deve existir um tema específico que mova as pessoas, ou seja, uma parte profunda da identidade pessoal de alguém e um meio para expressar o trabalho de sua vida. Esses aspectos afetivos envolvem os participantes em certa comunidade de prática. Não se trata de um interesse desinteressado ou desmotivado: há uma forte implicação de seus membros no processo.

Portanto, cabe considerar que ao termo CP corresponde uma unidade, pois nem toda comunidade define-se pelas práticas que compartilha, assim como nem toda prática está inserida no âmbito de uma comunidade específica. Cada CP possui um domínio de conhecimento que lhe é próprio, que constitui o cerne de sua identidade ([WENGER, 1998](#)).

Assim sendo, as comunidades de amigos ou de pessoas que participam de *chats* em comunidades virtuais não são comunidades de prática. Esses grupos virtuais têm interesses comuns ou simples afinidades, ao passo que as comunidades de prática devem possuir identidade definida pelo domínio ou área de interesses partilhados ou compartilhados, e elas estão embasadas nas práticas das pessoas ([LAVE; WENGER, 1991](#), p. 99). Portanto, o que determina e identifica essas comunidades é a implicação que faz que seus participantes estejam comprometidos com o assunto e que, por conseguinte, devem ter um domínio nessa área que os distingue dos membros ou dos participantes de outras comunidades abertas que não exigem essa competência e domínio do tema de que tratam.

Como relatam os autores, é fundamental que os participantes desenvolvam vários recursos, como instrumentos, documentos, rotinas, vocabulário e símbolos que, de certo modo, traduzam os conhecimentos acumulado por essas comunidades ([LAVE; WENGER, 1991](#)). Por essas comunidades, os membros se tornam capazes de realizar projetos colaborativos em que os conhecimentos são produzidos por eles coletivamente, pois há um sentimento de criação e de apropriação do conhecimento. Esse conhecimento não surge como mais uma informação a ser acumulada, mas sim com algo contextualizado e vivido.

Mas também é importante frisar que as CPs não substituem as estruturas organizacionais formais, como os departamentos cujos propósitos são finalizar determinados

produtos ou metas de produção. No entanto, as CPs podem servir de pontes entre as fronteiras formais nas instituições internas, já que as comunidades estão conectadas com a aprendizagem a fim de aumentar o conhecimento coletivo e a confiança profissional daqueles que também atuam nas estruturas formais ([SNYDER; WENGER, 2010](#)).

As comunidades de práticas agregam três valores fundamentais: acesso ao conhecimento existente, troca de conhecimentos e criação de novos conhecimentos. Gerar possibilidades de disseminar esses conhecimentos dependerá muitas vezes de uma aprendizagem informal através de conversas, contação de histórias, tutorias e aquelas lições e até piadas aprendidas pela experiência vivida. Entretanto, por outro lado, a aprendizagem informal dependerá de relações de confiança nas quais é possível contar com o apoio. Portanto, a confiança no grupo é um aspecto fundamental, mas isso não significa que não ocorram atritos entre seus membros.

Dentro desse sentido, os atritos ou limites são também aspectos importantes de se ressaltar no que tange aos sistemas de aprendizagem que se desenrolam dentro das comunidades e que são fundamentais para a evolução da aprendizagem dentro dos grupos. Os limites, muitas vezes traduzidos como tensionamentos ou atritos, são as oportunidades de aprendizagem, pois colocarão as competências e as experiências de seus membros em divergências. A interação limite é geralmente ser exposto a uma competência estrangeira. Esses podem ser os momentos potenciais para que uma aprendizagem se dê e novas trocas de conhecimento ocorram nas comunidades se houver uma justa medida entre as tensões, pois, se houver uma coincidência ou um grande distanciamento entre a competência e a experiência, o aprendizado não ocorrerá ([WENGER, 2010](#)).

Percebemos que processos de problematização entre os membros podem ser dispositivos que geram atritos desafiantes para a aprendizagem, como algo que faça uma intersecção de interesses ou o engajamento aberto com as diferenças reais entre seus membros ou, ainda, a suspensão de julgamentos a fim de que o grupo exponha suas competências e limites. Ainda nessa tensão podem-se gerar formas de traduzir os diversos repertórios para que competência e experiências de fato interajam.

Quando se reforça a ideia de que limites e comunidades são recursos de aprendizagem auspiciosos, vemos também suas potenciais dificuldades, pois uma CP que apresenta uma competência crítica pode tornar-se refém de sua história, com seus membros isolados, defensivos, fechados e somente orientados para seu próprio foco. Por outro lado, os limites podem ser fontes de divisões, fragmentação, separação, desconexão e mal-entendidos. No

entanto, quando são unidas as perspectivas da comunidade com seus limites, vemos um enorme potencial surgir para a aprendizagem, pois podem gerar inovadoras possibilidades de conhecimento.

Dentro desse processo, pode-se vislumbrar uma paisagem social complexa surgir de suas fronteiras a partir das práticas compartilhadas. Assim sendo, as texturas de continuidades e descontinuidades dessa paisagem são, *a priori*, definidas por sua prática e não pela instituição ou por filiações de outra ordem. Em segundo lugar, essa paisagem será um entrelaçamento entre os limites ou fronteiras da paisagem e suas periferias ([WENGER, 2010](#)).

Quando reforçamos a ideia de que identidade e prática apresentam uma profunda ligação, é porque ocorre um envolvimento entre seus membros capaz de gerar um reconhecimento entre seus participantes e a prática implicará uma negociação de formas de ser nesse contexto, ou seja, uma negociação de identidades.

Essas negociações podem ser definidas de diversas maneiras. A identidade pode ser entendida como uma experiência negociada, ou seja, definimos quem somos pelos caminhos que experimentamos. Também podemos definir a identidade como membros da comunidade, isto é, somos a partir do que nos é familiar ou desconhecido. Ou ainda identidade pode se aprender nas trajetórias de onde estivemos e para onde estamos indo. Mais ainda, podemos nos definir como a conciliação das nossas diversas formas de participação. Por fim, na negociação de novas formas locais de pertencer a constelações mais amplas, manifestamos nossos estilos e discursos mais amplos.

Vale salientar que a identidade não é um objeto concluso, um núcleo primordial da personalidade, mas um constante vir a ser. Tampouco é algo que se alcança em determinado ponto de maturação, pois ela sempre exigirá (re)negociações durante o curso de nossas vidas.

Quanto mais passamos por participações na vida, mais nossas identidades geram trajetórias, tanto dentro como entre as CPs. Portanto, nossas identidades são fundamentalmente temporais (não confundir com noção linear do tempo) e em curso constante, construídas nos contextos sociais e na interação de trajetórias múltiplas, convergentes e divergentes.

O termo trajetória não implica necessariamente um caminho fixo, um destino ou um curso passível de ser previsto, mas é um movimento contínuo com dinâmica própria e que tem certa coerência através do tempo. No contexto de CPs, pode haver vários tipos de trajetórias ([WENGER, 2010](#)):

- Trajetórias periféricas: por opção ou por necessidade, nunca levam os participantes a uma participação plena na comunidade. No entanto, podem proporcionar um tipo de acesso à comunidade e à sua prática que pode ser significativo o suficiente para contribuir para a identidade.
- Trajetórias de entrada: participantes recém-chegados com uma perspectiva de se tornarem futuramente membros plenos na sua prática, ou seja, sua identidade é investida em planos futuros, embora sua prática ainda seja periférica.
- Trajetórias internas: a formação da identidade não termina com a adesão plena, pois a evolução da prática continua com novos eventos e novas demandas, novas invenções e novas gerações, havendo a possibilidade de renegociar novas identidades.
- Trajetórias de fronteiras: encontram seu valor na abrangência de fronteiras que ligam as CPs. Sustentar uma identidade através das fronteiras é um delicado desafio.
- Trajetórias de saída: levam os participantes para fora de uma comunidade, e esta também envolve o desenvolvimento de novos relacionamentos e de encontrar uma posição diferente em relação a comunidade e ver o mundo e a si mesmo de novas maneiras.

O processo de aprender tem íntima ligação com a identidade, pois permite uma entrega na dimensão temporal ao incorporar o passado e o futuro no próprio processo de negociação do presente. Assim, colocamos o nosso compromisso em prática nesse contexto temporal, e simultaneamente lidamos com situações específicas, participando de histórias de certas práticas e envolvidos em nos tornarmos determinadas pessoas nesse processo. Essa experiência de aprender traz significado aos acontecimentos e são percebidas como extensão do *self* (ser) da pessoa ([WENGER, 2010](#)).

Nesse sentido, pode-se conceber que há a oportunidade de se encontrar uma aprendizagem significativa, capaz de criar um senso de trajetória que nos torna capazes de discriminar o que importa e o que não funciona, o que contribui para nossa identidade e o que permanece marginal para nós.

Os momentos de aprendizagem e maneiras de participação são definidos pelo envolvimento que asseguram, assim como por sua localização dentro da trajetória. Por exemplo, uma participação periférica poderá vir a ser central para a identidade porque conduz

a algo significativo ([LAVE; WENGER, 1991](#)), no entanto, não será necessariamente este o trajeto do participante da CP.

Por fim, dentro dessa perspectiva, uma comunidade de prática será um campo de trajetórias possíveis e, assim, uma proposta de uma identidade – identidades estas dentro de um campo de passados possíveis e de futuros possíveis que são tudo o que existe para seus participantes não apenas testemunharem, ouvirem, falarem e contemplarem, mas também se engajarem e criarem ([WENGER, 2010](#)).

Nessa caminhada conjunta, os participantes podem ouvir dos mais experientes da comunidade os exemplos vivos de suas trajetórias possíveis, e nesse bailado os recém-chegados podem se envolver com seu próprio futuro. Esse bailado vem na forma de narrativas e dos movimentos entre mestres e aprendizes, mas que não são posições demarcadas por participantes *experts*, pois cada qual se apresenta com suas bagagens e com suas histórias para contar. Além disso, a prática em si traduz essas trajetórias e cria maior sentido ao processo de aprender.

3.5 Comunidades de prática na saúde

A comunidade de prática tem sido utilizada como referencial teórico e prático mais enfaticamente nas áreas da educação e da administração. Os estudos com CPs nessas disciplinas apresentam, mais expressivamente, relatos de experiências, que abordam desde a valoração necessária aos métodos de formação de recursos humanos até a melhoria do desempenho organizacional ([ELLERY et al., 2012](#)), além de processos que enfatizem a aprendizagem social de membros diretamente envolvidos na formação de aprendizes.

Os trabalhos do setor da saúde sobre a constituição e finalidades das comunidades de práticas são menos expressivos, principalmente no que se refere ao âmbito nacional ([ELLERY et al., 2012](#)). Os trabalhos nessa perspectiva apresentam mais experiências em países estrangeiros como Reino Unido e Canadá, com enfoques, no geral, sobre a otimização do trabalho humano na saúde e novas compreensões dos processos formativos dentro de áreas como, por exemplo, a medicina e a enfermagem.

Ellery e colaboradores ([2012](#)) colocam, a partir de uma revisão não sistemática sobre comunidades de práticas na saúde dos últimos três anos, que profissionais de saúde que tiveram uma formação hegemônica podem fazer uma reversão do modelo e de suas concepções de cuidado em saúde a partir de experiências em CPs, pois estas são,

potencialmente, espaços interdisciplinares e interprofissionais para a troca de saberes em uma aprendizagem coletiva.

Outro estudo é o trabalho de revisão sistemática das comunidades de práticas na saúde de Ranmuthugala e colaboradores (2011), que abrangeu publicações no período de 1990 a 2009, identificando, dentro dos critérios de inclusão do estudo, 33 artigos que envolviam participantes em CPs que trabalhavam diretamente com a saúde. Nesse caso, portanto, ficaram de fora as revisões que envolviam CPs e educação médica ou espaços de aprendizagem em saúde como as residências ou estudantes em saúde. O objetivo do estudo foi clarear a compreensão de como as CPs operam atualmente na área da saúde, sendo o ponto de partida para a compreensão de seu papel real na melhoria do desempenho das organizações de saúde e também um subsídio da avaliação dessas CPs na eficácia de melhoria da prática profissional e sua capacidade de sustentar melhorias nas iniciativas de novas práticas em saúde. Como resultado, os autores perceberam que há enorme diversidade dos trabalhos no que tange à constituição e às finalidades das CPs, pois abrange tanto CPs criadas pela gestão quanto as geradas informalmente sem serem reconhecidas. No entanto, o que trazem em comum é a intenção de facilitar a aprendizagem e a troca de conhecimentos e de melhorar a prática. Os autores também discutem que há, mais recentemente, esforços de avaliar o impacto das CPs na melhoria de qualidade dos cuidados em saúde. Com tais indicadores, tornar-se-ia possível saber quais as melhores indicações de como cultivar CPs, pois existiriam fatores que influenciariam e dificultariam os sucessos dessas comunidades.

A revisão sistemática de Ranmuthugala e colaboradores (2011) constatou que as CPs, mesmo sem atingir resultados significativos na mudança da prática profissional, podem ter um papel importante na obtenção de uma gama diversificada de resultados, que incluem o ganho de competências após a conclusão da formação básica, a diminuição de barreiras geográficas entre os profissionais e organizações, as contribuições para o compartilhamento de informações, a diminuição do isolamento profissional e a facilitação da implementação de novos processos e tecnologias. Além disso, deve-se considerar que as CPs geralmente são usadas na saúde para influenciar a mudança da prática e, portanto, exigem transformações comportamentais nos indivíduos, nos contextos sociais e culturais nas quais operam para poderem ser suscetíveis a resultados de impacto na saúde. Portanto, os autores sugerem que pesquisas com métodos de triangulação sejam considerados na avaliação das CPs.

4 OBJETIVOS DO ESTUDO

Uma vez colocada a trajetória de nossas reflexões e a pergunta que norteia nossas inquietações relacionadas ao tema, são expostos abaixo os objetivos deste estudo no intuito de guiar o percurso metodológico que permita uma aproximação da compreensão desses fenômenos.

4.1 Objetivo geral

Compreender e analisar, no contexto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de Fortaleza, a aprendizagem social resultante das práticas.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar a possibilidade de constituição de uma Comunidade de Prática na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza.
- Identificar repertórios, engajamento e projeto compartilhado na busca do aprendizado coletivo.
- Compreender os mecanismos de trajetórias, pertencimento ao grupo e de compromisso entre os residentes e preceptores e a relação com seu crescimento profissional.
- Identificar os possíveis espaços potenciais de aprendizagem social dentro do grupo.
- Identificar os produtos concretos produzidos a partir da estadia dentro do Programa de Residência em Saúde da Família.

5 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Este trabalho é um estudo de caráter analítico dos processos de aprendizagem social e informal no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de Fortaleza-CE e traçou seu percurso metodológico dentro da abordagem qualitativa. Optamos por essa abordagem por perceber a necessidade de desvelamento de um objeto de estudo cuja problemática não cabe quantificar ou objetificar seu material de trabalho, mas permitir que os aspectos subjetivos e de significados pudessem vir à tona.

A pesquisa qualitativa enfatiza a importância dos sujeitos em suas singularidades, dotando estudo, por exemplo, de um potencial de profundidade necessário para ampliar e discriminar o que aquele caso individual ou coletivo específico produz de novo e denuncia da realidade, sem o interesse específico de generalizações do conhecimento, e sim de tornar palpável aquela realidade com a qual se depara o pesquisador e interessado no desenvolvimento de um projeto de investigação.

Há de se considerar que o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo ([MINAYO, 2006](#)), gerando percursos capazes de uma aproximação com a realidade social, aprofundando suas singularidades e provocações inerentes aos seus contrastes como processo de construção do fenômeno. Dessa forma, acreditamos que as riquezas das peculiaridades da realidade possam e devam ser tocadas, mas sem se esgotarem em si mesmas. Esse recorte da realidade social, que é histórica por sua natureza, é mais um material rico e desafiante para o pesquisador que se vê espelhado ou não com seus sujeitos, mas dialeticamente implicado com suas esferas sociais e históricas.

Nesse tocante, enfatizo o reconhecimento de que, em lugar de verificar, explicar ou prever, meu olhar dentro da abordagem qualitativa voltou-se para compreender e possibilitar transformar a realidade estudada ([MERCADO; BOSI, 2004](#)), pondo-me dentro da necessária implicação com o objeto de estudo como alguém que vivenciou os processos de docência dentro da própria Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade nos anos de 2009 a 2011. Esses autores corroboram ainda com a abordagem dos fenômenos estudados dentro do meu reconhecimento como implicada nas experiências, nos processos de significação atribuídos por seus atores e também na prática, indagando como essas significações e experiências estão vinculadas à realidade.

Para tanto, Turato ([2005](#)) elucida as características dos métodos qualitativos propondo que primeiramente o pesquisador se volta para os significados das coisas, pois estes têm um

papel organizador do mundo. E leia-se sobre coisas como fenômenos, manifestações, vivências, sentimentos e eventos pertencentes ao mundo dos sujeitos de pesquisa. Em segundo lugar, o ambiente natural do sujeito será o campo de observações onde as coisas acontecem. Uma terceira característica é que o próprio pesquisador é instrumento de pesquisa, sendo relevadas suas percepções e afetos implicados no estudo. O quarto ponto se dá na profundidade dos dados, devido à proximidade do pesquisador com o objeto de estudo. E, por fim, a quinta característica baseia-se na possibilidade de generalizações a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos diferentemente das generalizações esperadas matematicamente dos resultados, pois não se pauta em quantificações das ciências naturais.

5.1 Campo investigativo e cenário do estudo

O campo de investigação deste estudo foi o município de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Nele vivem cerca de 2,3 milhões de habitantes em uma divisão geopolítica baseada em sete Secretarias Executivas Regionais (SER). Cada SER compõe-se de um distrito de saúde responsável pela coordenação de uma rede de atenção à saúde localizada dentro dos limites entre as SERs, abrangendo todos os níveis de atenção à saúde, inclusive a primária.

Em 1998, o município implantou o Programa de Saúde da Família, inicialmente com apenas 32 equipes, um número insuficiente para o tamanho da população de Fortaleza. A partir de 2005, a Secretaria Municipal de Saúde adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo estruturante da rede de serviços de saúde do SUS, baseada em experiências exitosas dentro do próprio estado do Ceará e também em dados da cobertura de saúde de Fortaleza, que indicavam coberturas territoriais de saúde ínfimas, desiguais frente às necessidades básicas de saúde, principalmente de grupos sociais mais vulneráveis.

No ano de 2007, o município já contava com 43% de cobertura da ESF e, a partir de concursos públicos para as equipes de saúde e para agentes comunitários de saúde, outra necessidade tornou-se vigente: redefinir o modelo de atenção que ainda se mostrava fortemente voltado para a doença e para o indivíduo.

Dentro desse cenário, houve a criação do Sistema Saúde-Escola da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que veio a se tornar uma estratégia importante na articulação e no gerenciamento para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, no sentido de tornar a constatada precarização das relações dos processos de trabalho na saúde

em espaços potenciais para viabilização da educação permanente em saúde dentro do município, gerando parcerias com instituições de ensino e demais parceiros afins, para que o sistema de uma forma integral se envolvesse nas estratégias de desenvolvimento profissional de seus trabalhadores ([BARRETO et al., 2006](#)).

Ainda segundo Barreto e colaboradores ([2006](#)), as diretrizes fundantes desse sistema são:

- a) conceito de saúde como qualidade de vida;
- b) um sistema cujo eixo central de desenvolvimento é o espaço do serviço e o seu território de abrangência; e
- c) formação de profissionais de acordo com as necessidades de saúde da população ([BARRETO et al., 2006](#)).

Dessa forma, entre outras ações do Sistema Municipal Saúde-Escola, teve início primeiramente a criação da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade no ano de 2005, com 77 vagas em seu processo de seleção, cujo número de residentes superou em muito a média de outros programas do País ([RIBEIRO, 2009](#)). Posteriormente, no ano de 2009, teve início a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade com 66 vagas, abrangendo 14 categorias profissionais relacionadas ou afins do campo da saúde. Ambas as residências apresentam seu campo de atuação integralmente nos Centros de Saúde da Família (CSF) do município, com acompanhamento de preceptores de território/medicina de família e preceptores de categoria/especialização.

No entanto, o foco de nosso estudo de pesquisa foi a Residência Multiprofissional em Saúde de Família e Comunidade do município em questão. A opção dessa escolha de objeto foi a proximidade da pesquisadora com esse cenário de trabalho e por haver uma maior concentração geográfica das equipes de residentes multiprofissionais em duas SERs (V e VI) de Fortaleza. A Residência Médica em Saúde da Família apresenta maior “pulverização” nos centros de saúde de Fortaleza, o que dificultaria a observação participante de suas vivências de aprendizado. Além disso, percebemos poucos trabalhos científicos que tenham a RMSFC como objeto de estudo, necessitando de maior clareza dessa estratégia de formação para o SUS na Atenção Primária.

Para tanto, vemos que os objetivos gerais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, segundo seus projetos políticos e pedagógicos ([FORTALEZA, 2007](#)), são:

I. Promover uma maior interação ensino-serviço-comunidade que colabore na construção de práticas e saberes nas equipes de Saúde da Família que estimule a reorganização da prática assistencial no sentido da promoção, da proteção à saúde e da integralidade da atenção no Município de Fortaleza. II. Formar profissionais da saúde com conhecimentos, habilidades e competências necessários para a atuação na especialidade de Saúde da Família dentro da rede do SUS ([FORTALEZA, 2007](#)).

Para nosso campo de pesquisa, foram convidados profissionais do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que estejam alocados aos Centros de Saúde da Família de Fortaleza em pelo menos duas das Secretarias Executivas Regionais (SERs) deste município: SER V e SER VI. O critério de escolha dessas SERs para coleta das informações com os sujeitos da pesquisa deu-se porque a Residência Multiprofissional atua nesses territórios de trabalho. Logo, sustentamos a premissa de que esses eram espaços com bastante influência dos processos formativos pela presença da Residência. No entanto, em momentos como o de apresentação de estudos de casos ocorridos dentro do Sistema Municipal de Saúde-Escola ou na Escola de Saúde Pública do Ceará, como indicação de outros cenários significativos ao longo da pesquisa de campo, foram incluídos na pesquisa como momentos propícios e potenciais para a observação desses participantes.

Quanto às características principais dos CSFs que fizeram parte da observação livre sobre os integrantes da RMSFC, estes eram compostos por equipes de Saúde da Família completas, incompletas e equipes cujo apoio era integrado pelo NASF. Todas elas apresentavam a presença de ACSs, mesmo que em número menor do que o preconizado para o território de atuação. Um desses CSFs do estudo apresentava a presença forte de estagiários de áreas da saúde, que eram estudantes de graduação provenientes de uma universidade privada do município. Nesses locais a RMSFC ingressava, após pactuação do SMSE com as gestões locais desses CSFs, e iniciavam o trabalho realizando uma territorialização e planejamento participativo nos três primeiros meses de residência. A ideia pedagógica desses momentos importantes seria compor a inserção da Residência no território de prática, mas ainda poder mapear e reconhecer geográfica, política e socialmente a relação comunitária com a atenção primária e sua vinculação com a ESF. A partir das demandas, interesses de usuários, lideranças e equipes de saúde, os residentes e preceptores, em corresponsabilização com os demais atores, iniciavam a confecção da semana-padrão com atividades da saúde em vários níveis de atenção, dependendo das pactuações prioritárias levantadas e sugeridas no planejamento participativo. Nesse momento, iniciava-se a interlocução necessária entre os profissionais do posto de saúde e os residentes que apoiarão essas equipes já existentes e responsáveis pelo trabalho em seus locais. Essa informação básica dos CSF e sua relação com

a RMSFC é importante, pois mais adiante esses aspectos serão fortemente referidos por residentes e preceptores quando se depararem com o exercício de sua prática.

A descrição do programa de RMSFC, *grosso modo*, configura-se de acordo com seu projeto político pedagógico, com 60 horas semanais a serem cumpridas pelo residente com a seguinte distribuição:

- 40 horas semanais dentro do serviço;
- 20 horas semanais com aulas, rodas multiprofissionais e rodas de categorias.

O residente deve ser acompanhado pedagogicamente nas 40 horas dentro do serviço pelo preceptor de território e pelo preceptor de sua categoria específica. Em preceptorias de categorias se refletem questões pertinentes ao núcleo profissional, mas que não precisam necessariamente acontecer individualmente, sem a presença de outros colegas de outras categorias. Os planos de ensino das preceptorias acontecem dentro do fluxo de andamento da ESF naquele território de atuação específico – portanto, o processo de ensino-aprendizagem também deve ser flexível e exige do grupo constante pactuações de prioridades a serem atendidas.

As Rodas Ampliadas, Multiprofissionais ou de Categorias são os espaços de encontro do grande grupo ou de pequenos grupos com finalidade oriundas do Método Paidéia de Campos ([2007b](#)), onde possa confluír o compartilhamento de experiências e reflexões sobre a prática de trabalho, o cuidado terapêutico de seus membros e possíveis deliberações e negociações exigidas do processo de trabalho da Residência.

As aulas semanais são para o grande grupo multiprofissional e tem, *a priori*, a função de abarcar conhecimentos e problematizar conteúdos inerentes à ESF e seus aspectos políticos e assistenciais. Organiza-se em módulos, por exemplo, saúde mental, saúde do idoso, epidemiologia etc., e devem cobrir os dois anos de residência. Os professores de universidades locais ou do próprio SMSE são convidados a ministrar essas aulas em dias pré-estabelecidos da semana.

5.2 Participantes do estudo

Este estudo abrangeu, principalmente, os profissionais residentes e preceptores do Programa de Residência Multiprofissional, pelo interesse nos processos de aprendizagem envolvidos nessa relação entre seus membros. Porém, é também evidente a importância de outros atores que compõem o cenário dos postos de saúde, como coordenadores e outros

profissionais de nível médio e superior de saúde, que estiveram inseridos dentro da Estratégia de Saúde da Família, onde a Residência esteve alocada.

A descrição dos participantes do estudo procurou definir que:

Os **residentes** são profissionais que concluíram a graduação nas categorias profissionais participantes dos programas de residências com ou sem experiência profissional prévia, mas que fundamentalmente se apresentem já cadastrados aos respectivos conselhos regionais de sua categoria profissional.

Os **preceptores** são aqueles profissionais com nível superior na área de saúde e, no caso dos preceptores de categoria, com formação específica da especialidade ou da categoria a que orientará. Podem pertencer ou não ao quadro da Secretaria de Saúde do Município e podem ter ou não especialização na área correspondente.

Procurei, dentro das observações no serviço, acompanhar residentes e preceptores que estavam presentes nos locais. A escolha de onde eu estaria presente era agendada com antecedência, após convites que residentes e preceptores me faziam. Em nenhum momento cheguei sem comunicação nos locais, pois acredito que a minha inserção nas atividades poderia intimidar os participantes. Portanto, a comunicação foi feita anteriormente e a partir dos encontros que se davam durante as atividades da Residência, e criávamos uma agenda para encontros posteriores. Ficou acordado com a Residência que eu não participaria de atendimentos individuais ou qualquer atividade que atrapalhasse a vinculação terapêutica de residentes e preceptores com os usuários atendidos, pois meu objetivo de pesquisa foi focar os processos de aprendizagem gerados dentro da Residência, e não focar no usuário.

Por questões de cunho ético, optei por não incluir na participação da pesquisa como sujeito para entrevistas ou grupos focais a coordenação do programa. Essa premissa deu-se pela proximidade de vínculo pessoal com a coordenadora do projeto no período da pesquisa e também por acreditar que o foco principal foi perceber os parceiros de aprendizagem na Residência, considerando que residentes e preceptores passam a maior parte do tempo juntos na prática.

Na participação do estudo, foram incluídos R1, R2 e preceptores da RMSFC de Fortaleza, distribuídos os residentes em seis categorias profissionais – enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas –, compondo 28 profissionais entre R1 e R2 sem desistências até o momento da pesquisa. Os residentes recebem bolsas de estudo financiadas pelo Ministério da Saúde advindas após aprovação de projeto em editais do Governo Federal.

O grupo de preceptores organizou-se com quatro preceptores de território com 40 horas semanais e seis preceptores de categoria para acompanhar em 20 horas semanais cada uma das profissões referenciadas na Residência. No momento da pesquisa, havia alguns desfalques de preceptores de território e de categoria, que saíram ao longo do período de contrato da Residência, cuja remuneração consta de bolsas de trabalho financiadas pelo município.

Mais uma vez, por motivos éticos e de confiabilidade da reserva da identidade dos participantes, não associamos o residente/preceptor à sua categoria profissional, pois isso facilitaria a identificação das falas no momento de análise do estudo. No entanto, em algumas observações de campo, nomeamos as categorias envolvidas no cenário de observação, por perceber a importância da descrição de sua atuação, sem especificar se pertenciam aos residentes de primeiro ou segundo ano de programa, mantendo, dessa forma, a confidencialidade.

5.3 Perfil prévio à Residência dos participantes do estudo

Neste momento, apresento brevemente o percurso prévio de residentes e preceptores antes de se integrarem à RMSFC de Fortaleza, como uma forma de reconhecermos suas origens e sua formação anterior à Residência. Acredito que esse aspecto influenciará a leitura dos significados que surgiram dos resultados e como forma de gerar um ponto de partida para esses participantes, que não chegam como uma tábula rasa ao programa – ou seja, apresentam histórias prévias e representações do trabalho e da aprendizagem também anterior à sua ingresso no programa.

Foram entrevistas nos moldes de grupos focais – que será comentado mais adiante – com 17 residentes entre R1 e R2 e nove preceptores entre território e categoria. Dos 17 residentes, alguns vieram direto da graduação de sua profissão e entraram na Residência por identificação com a área de ESF; no entanto, não apresentavam experiência prática na rede do SUS. Alguns estavam como servidores públicos da saúde do município e já atuavam como profissionais da ESF de Fortaleza e de outros municípios do Ceará. Os servidores públicos do município de Fortaleza que compõem as equipes mínimas de saúde apresentam seus vínculos de trabalho garantidos e retornarão aos serviços de origem após conclusão dos dois anos de Residência. Outros residentes oriundos de municípios do Ceará que compunham equipes NASF não têm garantido o seu retorno ao serviço de origem. Alguns vieram da atuação de

outras políticas públicas que compõem algum aspecto intersetorial com a saúde e escolheram a ESF como aspecto de interesse a esse tipo de formação.

A metade dos preceptores foi ex-residente e, após seleção pública, passou a compor a equipe de docentes do programa. Dois deles compunham também o quadro de servidores públicos do município de Fortaleza. Outros vieram da estratégia NASF ou tiveram práticas anteriores na ESF.

5.4 Técnicas e instrumentos utilizados para construção do material qualitativo

5.4.1 Grupos focais

A técnica do grupo focal é capaz de gerar diálogos entre seus participantes e demonstrar a forma como seus membros se relacionam, criando muitas vezes consensos e também dissensos entre o grupo ([MINAYO, 2006](#)). No entanto, também é atribuída a essa técnica sua capacidade de funcionar como uma entrevista em grupo que gera tensões, conflitos, acordos que podem e devem ser considerados como dados significativos nas interações sociais dentro dos grupos. Assim sendo, cria-se por meio do grupo focal um viés operativo e processual capaz de gerar reflexões em seus integrantes (KIND, 2004). Ou seja, não funciona apenas para coletar informações de seus participantes, mas também para gerar processos reflexivos e transformadores em seus sujeitos.

No caso desta pesquisa, foram realizados nos três grupos focais: um apenas de preceptores do programa de residência, com nove participantes; e os outros dois grupos focais com 17 residentes, sendo um grupo de R1 (cinco participantes) e outro com R2 (12 participantes). Todos foram convidados a participar voluntariamente após apresentação coletiva do projeto de pesquisa.

A facilitação dos grupos foi realizada por convidado no papel de moderador como forma de manutenção da transparência e de certa isenção na condução dos diálogos, já que em diversas ocasiões estive no papel de participar de aulas para esses residentes. No entanto, os convidados para a condução dos GFs apresentaram apropriação dos conteúdos e conhecimentos necessários para o domínio no tema a ser suscitado dentro do grupo. Estive presente nos grupos focais como observadora, permanecendo atenta e capaz de gerar síntese e análise do processo dentro do grupo.

Os procedimentos para realização dos grupos focais, portanto, seguiram:

- Participação livre e espontânea dos sujeitos após apresentação do projeto de pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (em anexo).
- Anotações das informações ou gravações de voz após consentimento dos participantes, resguardando as identificações pessoais dos participantes em sigilo profissional e de pesquisa.
- O número de participantes variou entre 5 e 12 participantes no grupo, convidados previamente e em pactuações prévias com os coordenadores das residências.
- Utilizamos um roteiro-guia (em anexo) para abordar os aspectos levantados e debatidos dentro do grupo e que nortearam as propostas levantadas como objetivo já exposto desta pesquisa.

O critério majoritário de inclusão dos participantes nos grupos focais foi a necessidade de os residentes estarem há pelo menos seis meses de processo dentro da Residência. Os R1 já estavam no final do primeiro ano ou pelo menos com dois terços do tempo de inserção no grupo. No entanto, esse critério não precisou necessariamente excluir participantes novatos, caso houvesse, pois essa característica poderia trazer sentidos significativos dentro do aporte teórico que escolhemos para análise dos resultados. A experiência de participantes novatos com veteranos viabiliza a integração existente e sua inter-relação dentro do programa, no qual poderemos focar melhor as práticas de aprendizagem estabelecidas entre os grupos.

Como tratamento do material obtido nos grupos focais, realizamos a transcrição literal das falas dos participantes, mantendo sua sequência lógica e de conteúdo. Optamos por retirar, em determinadas falas, marcadores da linguagem verbal como ‘né’, ‘assim’ e ‘então’, por exemplo. Esta opção deu-se para que a fala depois de escrita ficasse mais compreensível para o leitor, levando em consideração que será realizada a análise dos conteúdos e não dos discursos. Também procuramos manter o sigilo de identificação dos participantes, suprimindo ou substituindo trechos onde eram referidos nomes ou categorias profissionais. Apenas em certos momentos optamos por manter, por considerar importante para a análise do contexto, a referência da categoria profissional a que estava sendo relatada, e nesse caso, trocamos as possíveis identificações de residentes e preceptores para ‘participante 1’, ‘participante 2’ e assim por diante.

5.4.2 Observação livre

Além do material que foi coletado nos grupos focais, propus neste estudo específico acrescentar uma coleta de campo nos centros de saúde da família, utilizando a técnica de observação livre entre os membros da Residência Multiprofissional, registrando relações, possíveis acordos e desacordos e modos de aprendizagem social dentro das interações no serviço. Os serviços escolhidos para o campo foram os CSFs conveniados com a Residência, como afirmado anteriormente, localizados na SER V e VI. Compõe ao todo oito CSFs, sendo quatro deles de locação dos residentes que passam a maior parte de sua carga horária neles. No entanto, outros cenários de aprendizagem, como a ESP, equipamentos sociais ou mesmo o espaço do SMSE para rodas de aprendizagem e apresentações de estudo de caso, compartilhado, inclusive, muitas vezes com a residência médica em saúde da família, também foram garantidos em nossa observação.

A observação livre aconteceu durante o período de dois meses em turnos semanais pré-discutidos com as equipes do serviço, entre eles os residentes e preceptores, acompanhando os encontros entre eles, além de possibilitar a observação da inserção *in acto* de outros atores, como usuários, outros profissionais do serviço e gestores locais.

O conceito de observação participante é uma técnica oriunda da pesquisa etnográfica e tem como objetivo registrar, num instrumento convencionado de diário de campo, todas as observações que não estejam vinculadas a entrevistas formais, portanto, comportamentos, conversas informais, gestos, impressões, usos, costumes do grupo ([MINAYO, 2006](#)). Nesse caso, a observação se dirigirá ao ambiente do centro de saúde citado acima, focando principalmente as relações entre preceptores e residentes. Nesse sentido, ficamos atentos às congruências e incongruências do que foi dito nos grupos focais e o que é feito na prática, e em como se dão as relações hierárquicas entre os pares e entre seus opostos, assim como os repertórios que estão sendo naturalizados dentro do grupo.

5.5 Aporte teórico e análise do estudo

A análise dos resultados foi realizada a partir do conteúdo da comunicação verbal construída nos grupos focais e observação de campo pela RMSFC, seguindo os passos de construção interpretativa ancorada no aporte teórico das comunidades de práticas.

A análise de conteúdo constitui-se uma metodologia de análise para descrever e interpretar qualquer documento ou texto. Faz parte do campo de investigação das ciências sociais. Para a construção do material advindo das fontes desta pesquisa, devem ser processados para facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo ([MORAES, 1999](#)).

Esta análise, em sua perspectiva qualitativa, parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Este sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único. Poderá ser enfocado em função de diferentes perspectivas. Por isso, um texto contém muitos significados ([MORAES, 1999](#), p. 2).

O método seguirá cinco etapas: 1. preparação das informações; 2. transformação do conteúdo em dimensões analíticas; 3. categorização ou classificação das dimensões em categorias; 4. interpretação.

Na transformação do material bruto em dimensões de análise, leva-se em conta que elas representem os conjuntos de informações que tenham um significado completo em si mesmo, ou seja, que possam ser interpretadas sem o auxílio de nenhuma informação adicional e representem o tópico a ser interpretado naquele momento sem perder o sentido original.

A categorização dá-se pelo agrupamento de características semelhantes nos documentos e que realçam aspectos ligados às subdivisões das dimensões analíticas. Portanto, nesse caso, trata-se de partes em comum entre os dados previamente definidos no processo, dentro da perspectiva das comunidades de práticas. Os critérios de categorização constituíram-se a partir de critérios léxicos com ênfases nas palavras e seus sentidos.

Este estudo partiu da hipótese de que a RMSFC constituiria uma organização propícia para aprendizagem social, o que poderia direcionar o processo e definir conjuntamente a natureza do material da pesquisa. Assim sendo, as dimensões analíticas foram definidas *a priori*, a partir de nossa teoria de base. De qualquer modo, nessa abordagem as categorias foram justificadas a partir de um sólido fundamento teórico. No entanto, como muitas vezes optar pela escolha de uma abordagem ancorada na teoria de comunidades de prática resulta na perda de dados por conta de inferências, não deixamos de considerar mensagens que puderam carregar aspectos relevantes do grupo e que não se encaixavam na teoria *a priori*.

Quanto à delimitação do marco teórico que provocou olhares problematizadores sobre o fenômeno compreendido e que direcionou luz ao material de estudo, este se manteve direcionado à investigação das categorias analíticas pertinentes à teoria social da aprendizagem, como mencionado anteriormente e dos quais abordamos suas nuances e

construções para uma perspectiva que restaurasse o aprendizado social como inerente aos grupos humanos.

Dessa forma, perceber como os sujeitos engajam-se em esferas de coparticipação, de discurso compartilhado e de negociação de significados atribuídos à prática e correlação entre seus membros dentro das zonas periféricas potenciais de aprendizagem trouxe um enfoque mais desafiante e também claramente implicado, de onde se partiu na busca de possíveis controvérsias ou consensos importantes dentro dos grupos estudados.

Portanto, nessa seara, o estudo procurou considerar a perspectiva das concepções de aprendizagem social dentro das interações sociais entre os participantes das residências em saúde em questão. Considerei de grande relevância a premissa que pode romper a lógica de aprendizagem de que somos apenas seres humanos passíveis de preenchimentos dados pelo mundo e maturados mentalmente. Neste estudo, foi fundamental a percepção de que o outro se (re)constrói constantemente com os outros dentro de sua cultura – cultura esta que também perpassa as instituições, seja ela de que natureza for considerada.

As análises do estudo estarão, portanto, ancoradas à luz dos pressupostos da aprendizagem social, focando, principalmente, os aspectos de coparticipação, negociação de significados, diálogo e problematização, engajamento mútuo, trajetórias e identidade, categorias estas apoiadas na teoria de comunidade de práticas dos autores Jane Lave ([LAVE; WENGER, 1991](#)) e Etienne Wenger ([1998; 2010](#)).

5.6 Aspectos éticos

Este projeto respeitou as normas expostas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ([BRASIL, 1996](#)) e também os princípios fundamentais da bioética. A autonomia dos participantes foi respeitada, especialmente no tocante à não participação da pesquisadora por quaisquer razões, que não necessitaram ser justificadas por eles. A pesquisa se norteou por não causar mal aos participantes, seguindo o princípio da não maleficência. Por poder trazer contribuições à compreensão das residências em saúde e um potencial de aperfeiçoamento na formação de profissionais da área da saúde, o princípio da beneficência foi contemplado. Por fim, o norteamento pela busca de correções de injustiças sociais e a busca de equidade que norteiam todo o pensamento deste projeto atenderam ao princípio da justiça. Utilizamos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (em anexo), autorizando a participação voluntária na pesquisa.

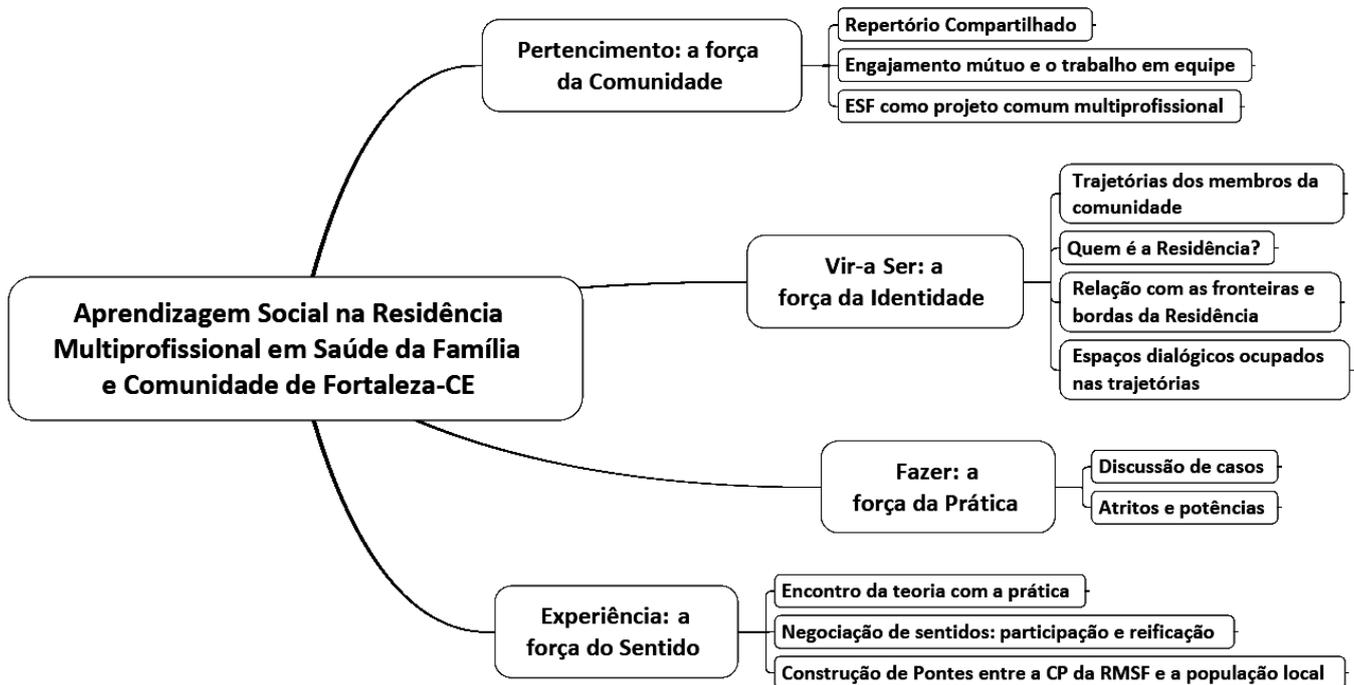
Além disso, haverá o compromisso em realizar devolutivas dos resultados finais de análise aos participantes do estudo, pois acredito que esse momento denota o compromisso ético e profissional com os sujeitos do estudo de poderem também se apropriar dos frutos desta pesquisa em sua prática profissional e de aprendizagem.

6 A APRENDIZAGEM SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DE FORTALEZA-CE: RESULTADOS E ANÁLISE

A apresentação dos resultados de campo e sua análise serão realizadas nos tópicos abaixo e seguem a ordem das dimensões analíticas, das quais surgiram a partir do material coletado nos grupos focais e da observação de campo realizada nos momentos de atuação da Residência, as categorias instrumentais.

As dimensões analíticas deste estudo seguem o modelo da **Figura 2** abaixo. Será importante, no trajeto de leitura deste material de análise, ter em conta que há uma forte interação dinâmica entre as dimensões, pois essas são interdependentes e uma pressupõe a outra. A divisão dos tópicos deu-se para que didaticamente pudéssemos melhor expressar a profundidade do material e dialogar melhor com as partes tácitas das observações realizadas pela pesquisadora.

Figura 2. Componentes de uma teoria social da aprendizagem



Fonte: Elaborado pela autora.

6.1 Aprendizagem como Pertencimento: a força de uma comunidade

A primeira dimensão analítica que será apresentada diz respeito à aprendizagem como pertencimento e procurará focar nos elementos que denotam o pertencimento pelo grupo de residentes e preceptores a uma comunidade de prática e que foram espontaneamente sendo observados e trazidos por eles. A ordem de apresentação não se deu por considerarmos esta esfera analítica mais importante do que as demais que se seguirão, pois dentro da teoria social de aprendizagem estas dimensões se interpenetram e interagem simultaneamente, mas por considerarmos que os resultados que serão apresentados neste momento dizem respeito especificamente sobre a constituição de uma Comunidade de Prática (CP).

A concepção de aprendizagem como pertencer nos orienta para a perspectiva de que estamos com outros no cuidado cotidiano de algo, pelo qual buscamos nos aproximar e aprimorar e ao qual nos referenciamos nos processos de trabalho aos quais pertencemos.

Dessa forma, aprender será sempre aprender com os outros e com um grupo que permita tornar comum um projeto a ser conhecido e buscado, e que surge daquilo que nos gera incômodo e que nos questiona.

Segundo WENGER ([1998](#)), as configurações sociais de uma comunidade são definidas pela participação de seus membros, e esta pode ser reconhecida como uma competência de aprendizagem. Entretanto, esta mesma comunidade se baseia antes de tudo em um conjunto de práticas que darão substância ao pertencimento no grupo e a tudo aquilo que provem dessa aprendizagem.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade traz em si este espírito de comunidade, por demonstrar, em seu grupo, narrativas que traduzem três aspectos encontrados nas Comunidades de Práticas: repertório compartilhado (histórias, posturas, discursos inerentes ao grupo); engajamento mútuo (fazer coisas juntos, relações interprofissionais, planejamento de tarefas e reflexões conjuntas); e, por fim, o projeto comum (que mobiliza o grupo em suas buscas de tornar o conhecimento algo palpável e concreto entre seus membros).

6.1.1 Repertório Compartilhado: “Até aprendi a falar conjuntura”

A importância e destaque dentro de uma comunidade de prática do repertório partilhado por seus membros será uma das características que ao longo do tempo trará

identidade e sentimento de pertencimento ao grupo, além de propiciar, em conjunto com o engajamento mútuo de seus participantes, um reconhecimento de si dentro do grupo e seus propósitos de ser e estar na busca de um projeto comum.

O repertório de uma comunidade de prática inclui rotinas, palavras, jeitos de se fazer as coisas, histórias, gestos, símbolos, ações ou conceitos que a comunidade produziu ou adaptou no curso de sua existência. Assim sendo, o repertório abarcará aspectos de participação e de reificação, ou seja, no movimento articulado do grupo em participar relatando e trocando suas práticas e em gerar produtos conceituais ou concretos que retifiquem a prática. Desta interrelação começa a surgir, mas principalmente ganhar sentido, o próprio repertório que vai paulatinamente sendo incorporado.

O relato de residentes de primeiro ano – que denominaremos de R1 – demonstram a estranheza inicial na entrada da comunidade de prática. Estes membros permanecem por um período nas periferias da comunidade, tomando conhecimento dos processos instaurados da Residência, cada um no seu ritmo de negociação e de acordo com suas histórias pessoal e profissional prévia. O leitor poderia se perguntar: mas, e daí? Não é exatamente assim que os processos acontecem, ou seja, da estranheza para o familiar? Responderíamos que sim, mas o que é extremamente interessante neste movimento de apropriação e de resignificação que os residentes denotam ao longo da trajetória é que, além de introjetar o já pronto, eles tornam o conhecimento antigo inovado e isso é essencial para o aprendizado. As falas seguintes parecem trazer o tônus da estranheza inicial:

[As] aulas, é diferente o formato, por exemplo. [...] Entender a organização desse programa foi uma coisa muito demorada pra mim e que eu acho que agora depois de oito meses é que eu consigo explicar melhor. (R1)

Eu acho que a gente não entendia muita coisa assim da residência, a gente via as coisas acontecendo porque você vai se apropriando aos poucos. (R1)

Dentro de minha experiência pessoal como preceptora de residentes recém-ingressos ao programa de Residência, presenciei em diversas ocasiões brincadeiras do tipo: “Vamos criar um dicionário da Residência? Ou da ESF?” Para aqueles residentes recém-ingressos no programa havia uma história naquela comunidade já instituída que gerou inicialmente enorme estranheza, pois na fase inicial da participação grupal, por exemplo, os termos e palavras como “roda”, “pactuação”, e “matriciamento”, entre outros, soavam-lhes estranhos. Tanto que, ao longo da trajetória da Residência, esses mesmos residentes não mais estranhavam o vocabulário, pois ele havia sido incorporado ao longo do caminho e algo de familiar fazia já com que seus membros se compreendessem entre si.

No próprio processo de aprendizagem que instiga e problematiza, nos termos de Freire (2011a), o repertório vai ganhando novas faces e possibilidades de ressignificação à medida que a histórias dos sujeitos vai saindo da alienação para uma consciência mais crítica. No entanto, esse movimento provocado pela comunidade de prática surge naturalmente diante das novas e conflitantes necessidades impostas pela prática.

Durante a observação de campo pude presenciar uma oficina facilitada por residentes dentistas para problematizar aos profissionais do centro de saúde de atuação, inclusive técnicos de ensino médio, se a saúde bucal ‘pertenceria’ a (de forma não integrada) ou ‘integraria’ (de maneira sinérgica) a ESF. Houve um debate interessante nos quais muitos profissionais e técnicos não percebiam a diferença na prática e nem conceitualmente em se utilizar no dia a dia uma ou outra palavra. Essa oficina foi debatida pelos membros residentes, embora estes não tenham conseguido chegar a um consenso. Interessantemente, uma profissional da unidade que não participava da Residência fez o comentário de aquela dicotomia seria só uma nomenclatura a mais da Residência. Ou seja, aquilo não fazia o menor sentido para os que não faziam parte daquela CP, embora trabalhassem juntos, no mesmo local e com o mesmo território de famílias adscritas pelo posto de saúde.

Parece haver uma estranheza inicial com as rotinas, com os formatos de encontros e com o vocabulário utilizado, principalmente, para aqueles profissionais que chegam oriundos da graduação com o formato de aulas e disciplinas curriculares, ou mesmo de profissionais que não foram residentes anteriormente e vieram a compor a comunidade. A própria configuração das rodas do Método Paidéia (CAMPOS, 2007b) propicia uma participação no sentido mais horizontal possível, e que é necessária nas pautas de trabalho e trocas de experiências da prática, o que acaba por gerar outro “tom” ao formato do gerir, como os diálogos vão se estabelecendo no grupo.

O relato de preceptores que entraram no processo da CP sem terem participado previamente como residentes denota a posição de “cair de pára-quedas”, como se não soubesse de fato qual é o formato dessa comunidade, mas que agora vai sendo aos poucos apresentado e compartilhado. De forma semelhante ao estranhamento vivenciado pelo R1 em seu processo de aprendizagem, o preceptor que não teve uma trajetória prévia na Residência relata mais fortemente a estranheza sobre as peculiaridades da Residência do que de preceptores que foram residentes anteriormente.

Eu lembro que na primeira semana [...] eu disse eu não vou acompanhar isso [...] nunca. Os termos são diferentes e, por mais que você faça estratégia saúde da família, é outra realidade. (P)

[A] forma, a linguagem de conversa... É muito diferente de quem está na assistência como servidor, como terceirizado. Eu não sei te dizer especificamente. Eu lembro bem os processos, as demandas, e eu disse assim: 'gente isso é muito confuso na minha cabeça'. (P)

Viver a residência como preceptora sem ter vivido como residente é uma distância, então e aí eu lembro bem quando estava conversando, eu e [outra preceptora], de que a gente chegou meio num momento turbulento aí. De repente uma chega e diz não, mas no que eu cheguei, eu caí de paraquedas. (P)

Quanto à linguagem partilhada, vemos que também aos poucos o grupo se apropria, embora o sentimento de “cair de pára-quedas” seja o mesmo, por exemplo, para os R1:

As discussões eram coisas que eram anteriores à nossa chegada e que a gente não entendia. É exatamente isso. Até mesmo os palavreados que a gente ouvia também e estava aprendendo... Falavam coisas que eu não entendia como CIES, SEGEP... muita coisa que a gente nem sabia e ficava uma cutucando a outra... SMS, siglas que você nem imagina e a gente ficava assim ó! [faz trejeito de incompreensão]. (R1)

[A] gente não entendia nada, então a gente ficava perdida... COREMU e um milhão de coisas que a gente não entendia né, aí foi desmanhada a Roda Ampliada. (R1)

A Roda Ampliada foi um espaço criado no decorrer da existência da Residência, ou seja, este formato de roda não estava preconizado no programa, mas agregou-se diante da necessidade demandada por preceptores e residentes e que agregava interlocuções com as instâncias gestoras do SMSE. Mais adiante no texto nos debruçaremos sobre esta questão mais detalhadamente.

A residência multi ela é rica assim por trabalhar o multi de fato, né? Então, a linguagem multi é diferente da linguagem que é vista fora desse cenário. (R2)

Há aqui uma demarcação do dentro e do fora da CP. Há a estimativa de um cenário configurado e compreendido somente dentro da Residência. Diante disso, a pergunta que nós fazemos é: a comunidade de prática é expressiva e compreendida exclusivamente dentro de si mesma? Ou, ainda, por dar indícios de uma fortaleza através do sentimento de identidade e pertencimento que gera em alguns de seus membros, ela pode – Residência - isolar ou ampliar o conhecimento para além de si mesmo?

Estas indagações poderão ser contempladas com respostas ao longo do percurso dessa análise, sem, no entanto, reduzi-las ou fechá-las em definições. Este é o caso particular de uma comunidade de prática que parece demonstrar afetos e posições de pertencimento que não foram forjados ao longo do tempo.

Existe uma linguagem que a gente se entende, existe um processo em que a gente constrói que não é dado, e existe um determinado ambiente que a gente foge por ser um processo normativo e não ser um trabalho. (R2)

A gente fala uma coisa que ninguém entende, é como se fosse uma grande barreira mesmo e não ouvir, não entender aquilo que faz parte do teu cotidiano, faz parte do teu dia a dia e que extrapola o saber técnico, extrapola o profissional. (R2)

O cenário do qual se foge é exatamente aquele que não corresponde à Residência, ou seja, onde se lida com processos de trabalho com outros atores cujo movimento corresponde a não problematizar o cotidiano, ou bloquear a abertura garantida dentro da própria comunidade a qual se pertence. Mais uma vez cria-se uma barreira que impede a comunicação com o mundo de fora. A comunidade fica estrangeira quando entra no espaço de outras comunidades ou grupos de pessoas.

Por exemplo, esta profissional residente, oriunda do NASF de uma cidade do interior do CE – relembrando que é este um dos objetivos de atuação da Residência, ou seja, formar profissionais especializados para atuarem na estratégia NASF – afirma que mesmo já apresentando uma prévia experiência profissional, pouco conhecia das abordagens de territorialização ou planejamento participativo fomentadas no período de imersão dos residentes nos campos de atuação:

Quando eu comecei a ver essa diferença, eu me assustei um pouco, né? Gente, a abordagem é diferente, o processo de territorialização... A gente [no NASF] não passou por isso, como oficinas, planejamento participativo. E eu me senti um pouco insegura em relação a isso, é tanto que eu nos processos grupais, apesar de lá no NASF a gente fazer grupo e esse tipo de coisa, mas nada é parecido com essa primeira parte da Residência, que foi a imersão no território, as oficinas e tal, eu fiquei um pouco assustada com isso. (R1)

A fala acima apresenta novamente o sentimento de estranheza nas primeiras experiências de participação na comunidade. Nestas, muitas vezes a pergunta que se coloca é se esta participação atenderá aos propósitos pessoais ou apenas é a elaboração de mais um programa de formação. Ao longo do tempo, de R1 e novos participantes da Residência, passa a ser importante compreender as falas e os preceitos da comunidade e o seu método de trabalho.

A Residência é percebida como um processo formativo. Portanto, este grupo parece questionar a normatividade. A formação é colocada no gerúndio de formar: “formando”. No ensino em serviço há um fluxo contínuo de continuidades e descontinuidades, de ampliação e retração do conhecimento. Em contraponto estão às normas

fixas e pré-estabelecidas de como ser e agir. E o reconhecimento desse processo trará ao longo do percurso da comunidade seu objetivo de trocar e gerar novos conhecimentos.

Neste aspecto está algo que os próprios membros garantem em assegurar no cotidiano da Residência, pois eles poderiam configurar apenas um grupo cujas normas de aprendizagem garantissem exclusivamente a transmissão de conhecimentos sobre a prática sem dialogicidade, sem problematização destes conhecimentos. De fato, é a própria comunidade de prática que garante sua peculiaridade dialógica por incitar posturas políticas e espaços de problematização, como abordaremos mais adiante.

[Ao] estar mais próximo do processo formativo a gente acaba encontrando o ambiente propício a desenvolver certas potencialidades e juntos a gente aprende muito isso, juntos, assim, na pluralidade das linguagens e das lógicas de pensamentos do próprio saber técnico, do saber de forma geral a gente consegue criar um ambiente muito bom de construção. (R2)

Dessa forma, há um montante de cooperação e engajamento no repertório destes participantes que encoraja a comunidade. O encorajamento acontece naturalmente em seus membros a partir da partilha com colegas residentes veteranos e preceptores que entram muito no papel de fomentar e facilitar este apoio necessário. Este apoio, porém também é percebido, por vezes, como ausente dentro da RMSFC, como veremos mais adiante no que tange às fragilidades sentidas pela comunidade.

Na fala abaixo, quando a profissional residente, de forma bem humorada diz que aprendeu na Residência a falar a palavra “conjuntura”, ela traz todas as implicações negociadas de sentidos que isso trouxe para a sua prática cotidiana, desde o reconhecimento de que houve uma ampliação do olhar clínico e do cuidado advindo da troca com outros colegas até a angústia de exercer essa nova prática exigida diante de novos conceitos.

A experiência, tanto profissional como pessoal, foi incrível na residência. Apesar de todas as menores fragilidades que tem a residência, mas assim realmente [a experiência] desse olhar, dessa intervenção multidisciplinar é fundamental... e aprendi até falar ‘conjuntura’ e tal, com minha amiga assistente social. [...] É um contexto bem maior do que aquele sujeito que vinha na minha salinha e eu perguntava o que você está sentindo e tal... Poxa! Ele está passando fome, ele não tem em que trabalhar, não tem o que comer, não tem lazer nenhum, um familiar dele é etilista, a garotinha de doze, treze anos precisa trabalhar, então aquilo ali realmente... E aí, como é que eu faço? (R2)

Diante da partilha dos repertórios vemos que a apropriação da prática vai adquirindo dentro do grupo certa consistência, demonstrando o quão necessário se torna, à vista dos olhos do residente, o outro como apoio problematizador e instigante, para exercer

essa nova prática além dos conhecimentos apropriados, necessitando ainda o encontro e o diálogo reflexivo do preceptor ou de colegas mais experientes.

[Sobre] iniciar o processo de trabalho na unidade de saúde, aí sim eu tive muita dificuldade: o fato de não conhecer bem a política da atenção básica e [...] a política de saúde mental – que é uma das áreas [...] que está mais próximo da [categoria profissional] – aí sim eu tive dificuldade de fazer esses encontros com as equipes, esses diálogos, de procurar os serviços, que é esse processo que eu vivo atualmente, de instituir os processos de trabalho. É isso acontece no mesmo período que a nossa preceptora de território teve que sair, então a gente ficou com a preceptoria reduzida de vinte horas – e que na prática foi bem menos do que isso – o que foi muito mais complicado para equipe que estava comigo para definir esses processos. Então, foi um processo bem sofrido. (R1)

Na fala acima vemos o desafio empregado pela prática de assistência e a reflexão de como deve emergir esta prática. Estabelecer diálogos com equipes é recorrer inclusive ao próprio repertório familiar e de construção feito dentro da comunidade de prática. Ela pode dar ou não elementos para que emergjam propostas de trabalho em equipe com o pessoal das unidades de saúde. Nesse caso, o residente, muitas vezes na prática dos serviços chega “diferente” do ritmo já instituído nas organizações de trabalho. Além disso, atritos acontecem ou impedimentos são sentidos na prática de colaboração interprofissional. Neste aspecto advém a necessidade do apoio do preceptor de território ou de categoria – lembrando as funções do preceptor de território é acompanhar integralmente a equipe multiprofissional da Residência e o preceptor acompanha pontualmente as categorias profissionais no cerne de seu núcleo de atuação - para lidar com questões da prática, para colocar em pauta negociações necessárias inter equipes.

É importante frisar que dentro da teoria de Comunidades de Práticas ([WENGER, 1998](#)) não há demarcação de importância nas posições conquistadas dentro da comunidade: os membros são todos importantes dentro de seu tempo e espaço. Portanto, apontar a ausência do preceptor não é demarcar uma relação dual entre mestre e aluno, mas evocar mais um membro desta comunidade que, além de ser aprendiz das relações da comunidade, apresenta por vezes, mas com exceções, uma trajetória mais permanente com relação aos membros novatos que estão iniciando dentro da comunidade que já tem membros com apropriações do repertório, muitas vezes já instituídas.

O repertório partilhado para membros novos na comunidade que ainda não compreendem imediatamente o teor e a função de um espaço de debates, reivindicações e estreitamentos de fronteiras faz com que estes se mostrem “perdidos” quanto aos seus

propósitos na aprendizagem. Na já mencionada Roda Ampliada muito se questionava das fronteiras com a comunidade e, principalmente, da gestão.

Quando a gente chegou teve essa primeira Roda Ampliada e os R1 ficaram todos perdidos porque eram assuntos que a gente não entendia e a gente [...] comentava isso entre a gente, mas o comentário vazou de que não estamos entendendo esse espaço, então vamos cancelar essa Roda Ampliada, não está sendo produtivo. (R1)

O interessante é que este momento foi destituído de acontecer por alegar estar “confundindo” a cabeça dos residentes novos, pois muito se expunha das fragilidades de gestão municipal e outras instâncias, inclusive, federais. Tratava-se de um espaço político da comunidade, mas que também atritava com novas possibilidades de se gerir formalmente a instituição Residência dentro do Sistema Municipal Saúde Escola de Fortaleza. A incompreensão do repertório desenvolvido pela comunidade pode levar a interesses pessoais de não exposição diante da participação no grupo, alegando não aprendizado. No entanto, a partilha de um código em comum acontece paulatinamente, inclusive com atritos e embates necessários para o cultivo de uma comunidade de prática.

Assim sendo, a Roda Ampliada tinha como objetivo discutir e refletir sobre a inserção da Residência do sistema municipal de saúde de Fortaleza e integrava gestores do SMSE, preceptores e residentes. No entanto, houve uma dificuldade inicial de compreensão por parte dos membros novatos quanto à atuação política dessa roda, o que serviu de justificativa pela gestão da Residência para o encerramento do espaço, sugerindo que este causava mais estranhamento e ofuscamento do que compreensão e aprendizado. Depois de oito meses que estes residentes participaram da comunidade de prática da Residência, houve apropriação e compreensão do que este espaço político os envolvia no projeto comum, o que levou aos R1 solicitarem –que foram atendidos – o retorno da Roda Ampliada.

Eu acho que o grupo amadureceu, eu posso dizer isso abertamente. O grupo que eu falo assim é a gente da terceira turma R1. Acho que a gente amadureceu bastante. Não é porque a gente era imatura, mas é porque algumas percepções ficaram um pouco mais aprofundadas diante do que foi aparecendo. Até a forma de como a gente se coloca em grupo está melhorando, nesse sentido da gente deixar mais claro o que a gente quer e o que a gente não quer. (R1)

É na inter-relação com a trajetória de cada um dentro da comunidade – um tema que abordaremos adiante – que se nota a caminhada do grupo ganhando novos sentidos. A percepção dos residentes diante de seu próprio amadurecimento e de um “dar-se conta” dos processos – que envolvem e desenvolvem o andamento da Residência – ficou mais clara ao longo do tempo. Dessa forma, reconhecer o repertório da comunidade pode trazer em si a

noção de integração e de coparticipação na comunidade. Portanto, a linguagem que este grupo heterogêneo, composto por muitas categorias profissionais, revestirá em torno do projeto comum da Estratégia de Saúde da Família pode ser traduzida como uma linguagem multiprofissional dentro de um repertório compartilhado.

O repertório compartilhado e peculiar deste grupo de participantes multiprofissionais trouxe uma característica forte e acentuada dentro do grupo, que é o compartilhamento de símbolos e conceitos da interprofissionalidade, pois a partir do momento em que a troca das práticas multiprofissionais inicia-se, percebe-se que há uma troca baseada na confiança mútua do grupo. Ocorre um "borramento" das profissões, sugerindo uma ação mais colaborativa entre os profissionais evitando que cada um fique confinado ou restrito ao seu núcleo de trabalho, mas sem perder suas peculiaridades profissionais. Há a sugestão de uma potência fomentada e adquirida entre os membros da comunidade multiprofissional.

Tem horas que na residência eu pensava: 'eu acho que eu não vou saber mais nem ser [categoria profissional do residente]. Tudo se mistura e eu não conseguia mais separar nada da minha categoria: 'e quando é que eu vou atuar como [categoria profissional]?'. Hoje não tem mais isso, a gente atua em todas as partes e eu acho que isso é enriquecedor. (R1)

Mas na verdade acaba mexendo na linguagem, da forma de se colocar a gente acaba não tendo aquela fichinha, não tendo aquela característica daquela categoria. (R2)

O repertório compartilhado foi um dos aspectos percebidos na configuração da RMSFC, com singularidades típicas de uma CP, onde as 'fórmulas profissionais diferenciadas', segundo a fala de uma R2, são fornecidas pela Residência ao longo da inserção de seus participantes e poderão trazer tónus à prática profissional. Entretanto, é comum em uma CP que fórmulas partilhadas e apropriadas no seu interior não sejam encontradas fora da comunidade o que pode contrastar com o amplo cenário da qual estará inserida.

A partir desse momento, adentraremos nas peculiaridades das interrelações profissionais que se apoiará no engajamento mútuo de seus participantes.

6.1.2 Engajamento mútuo e o trabalho em equipe: “como a gente estava junto, muito junto, o aprendizado não era teórico”

Segundo WENGER (1998) outra característica da prática como recurso de coerência de uma comunidade é o engajamento mútuo de seus participantes. Portanto, a

prática não existe na abstração, mas sim porque as pessoas estão engajadas em ações ou em propósitos pelos quais elas negociam uns com os outros. Esta negociação gerará significados que poderão ser re-significados dentro do dinamismo daquilo que é experienciado na prática e na coparticipação dos membros da comunidade.

Assim sendo, a prática não reside em livros ou ferramentas, mas pode envolver todas estas “chaves” ou artefatos. Além disso, ela também não reside em uma estrutura precedente ou em um vácuo de história. A experiência da RMSFC inicia-se antes de seus participantes atuais entrarem na cena. No entanto, vale frisar que o que estes atuais participantes fazem juntos não é somente um recorte de uma história já fabricada.

Uma comunidade de prática como a RMSFC não é somente um agregado de pessoas definidas com algumas características em comum. Por isso, a comunidade não é sinônima de grupo, equipe ou rede de trabalho. Da mesma forma, não designa significados de uma categoria social que deva a priori declarar fidelidade ou pertencimento a uma organização, tendo cargos ou títulos ou mantendo relações pessoais com algumas pessoas exclusivamente ([WENGER, 2010](#)). Não é este o caráter de uma CP. Assim sendo, a Residência enquanto uma Comunidade de Prática não pertence à prefeitura ou a secretária de saúde de Fortaleza ou nenhuma outra organização ou setor.

Portanto, o engajamento mútuo é imprescindível na comunidade de prática, o que não significa ausência de atritos ou diferenças entre seus membros, e sim a busca de algo problematizador ou motivador que reúna seus membros em ações conjuntas de construção do conhecimento e aprendizagem.

Dadas as condições de trabalho nas quais a comunidade de prática da RMSFC exerce sua prática, muitas vezes, o compartilhamento das histórias de seus membros contam dos limites dos serviços de saúde nos quais se inserem. Entretanto, mesmo a adversidade pode também levar a processos de aprendizagem. Vejamos a fala de uma preceptora:

A gente é formado de uma forma, eu sou formada em [outra cidade], e que [...] pelo menos da época da minha graduação já era voltada pra atenção básica. Mas, mesmo assim, a gente ainda não vivenciava a atenção básica da forma como a residência em Fortaleza vivencia, nos limites [...] que estimulam a produzir, e produzir não por números, mas por qualidade de serviço mesmo. Pra mim é muito interessante e eu aprendo diariamente, a gente se coloca no papel de preceptor, de docente, mas eu acho que a gente aprende muito mais do que o residente, porque você tem um papel diferente, pelo menos pra mim eu me sinto às vezes no papel duplo, de residente e de preceptor. Eu estou aprendendo, eu tenho que dizer alguma coisa, eu tenho que fazer alguma coisa e pra mim é muito interessante, é uma experiência diferente, mas muito interessante. (P)

A aprendizagem se dá na negociação de sentidos e se aprende com quem está mais tempo no lugar e no papel e com quem acompanha na prática. Vivenciar a Residência nos limites, ou seja, na privação de recursos materiais dos serviços de saúde ou ainda em situações-limites de saúde é também reconhecer o estímulo para produzir outra prática do cuidado em saúde. Outra forma de dizer sobre a potência do aspecto vivencial da Residência é reconhecer que sua fortaleza encontra-se na prática e não no conhecimento prévio dos livros. Ou seja, não é uma abstração do fazer, mas uma elaboração contínua de experimentar a prática e compartilhá-la com sua CP.

Eu li menos na Residência do que eu li nos anos anteriores, mas é uma coisa tão de aprendizado vivencial mesmo, na hora do almoço, nas caronas, e toda hora era hora da gente estar aprendendo. [...] Foi um aprendizado muito vivencial e pouco teórico, mas que hoje a gente sente a diferença quando a gente vai falar pra outras pessoas e quando a gente vê uma pessoa discutindo um caso, [e diz:] 'não! mas não é assim'. Aprendi que podia ser diferente! (R2)

E como a gente estava junto, muito junto, o aprendizado não era teórico, né. (R2)

As ferramentas instrumentais e conceituais construídas ou reinventadas na Residência são dialógicas, pois são, segundo as observações de campo, tecidas nas interações sociais e reiteram a busca da troca mútua e o estar junto com os outros na aprendizagem:

Nas visitas conjuntas, nas discussões dos casos, nos atendimentos conjuntos e outro aprendizado ali colocado, e que a gente poderia fazer mil leituras de mil artigos e talvez não conseguisse ter o sentido que tem a gente estar envolvido com seres humanos, a gente estar discutindo um caso – mas o caso é real, não é uma coisa hipotética. (R2)

Mas como se dá esse engajamento mútuo? Parece haver uma necessidade de confiabilidade e cooperação entre os membros e com uma proximidade geográfica suficiente para desenvolver uma prática ([WENGER, 2010](#)). Mas não é porque os residentes e preceptores trabalham numa mesma sala comum, ou num mesmo centro de saúde, mas sim porque eles sustentam relações densas de engajamento mútuo organizado ao redor do que eles desejam fazer. O grupo se une dentro das percepções individuais e subjetivas de cada um para que ocorra maior apoio na sustentação do projeto comum.

[Para] a gente da terceira turma [R1] houve um amadurecimento grupal interessante, e pessoalmente eu fiquei mais tranquilo com algumas coisas que eu esquentava muito a cabeça na Residência. Eu acho que ter o apoio do grupo pra isso ajuda a gente a mudar e ficar um pouco mais tranquilo... (R1)

Parece haver o reconhecimento de que existe um diferencial neste espaço e que é permitido utilizá-lo, porque lhe é próprio e que sustenta a aproximação necessária entre os

membros. É um apoio mútuo, como se o fato de serem aprendizes os distancie da produtividade competitiva e industrializadora do saber fazer e das metas a serem cumpridas. Os aspectos de interprofissionalidade superam ou cooperam com a interdisciplinariedade (FURTADO, 2009), ou a integram na busca de uma prática significativa e possível de gerar produtos que motivem e animem a comunidade de prática.

Essa história de que a gente também tem esse espaço na residência de planejar, aquele momento junto, de planejar atividades [...] juntos o tempo inteiro ou quase o tempo inteiro, isso fortalece muito a gente enquanto equipe e acho que muitas vezes a gente não desiste porque também encontra esse apoio da equipe: poxa, mas eu vou deixar aqui as meninas, que a gente construiu um processo tão legal, e não vou abandonar por isso, né? Então eu vejo que mudou muito e o amadurecimento veio pra todo mundo, e até aprender o que faz no território, como é esse trabalho, a gente se complementa muito assim. Pra mim foi fundamental, está sendo fundamental. (R1)

Nesse engajamento mútuo há a cooperação interprofissional, mas também a capacidade do participante de se apropriar de saberes de seus colegas residentes sem se perder enquanto membro de uma categoria profissional, e aprender com o outro. O processo de aprendizagem é fortemente enriquecido por estas partilhas de práticas e saberes.

Eu fiquei me lembrando de quantos casos eu me envolvi que não tinha nada a ver com [minha categoria profissional], vários de saúde mental, porque a gente criou o vínculo, e a gente tentou sugar muito daquela equipe. Quantas vezes as pessoas chegaram e tentavam puxar da minha categoria coisa que nem eu conseguia imaginar. (R2)

Eu acho que a visão que a gente tem de SUS, a visão que a gente tem de como trabalhar em equipe, o que a gente pode fazer é totalmente diferente. Não é aquele pensamento que você tem de chegar e atender, não, você pensa no processo como todo, você pensa no paciente como todo. [...] Você ir no grupo e ser fisioterapeuta e falar sobre os dez passos da alimentação saudável sem ter dúvida, sem precisar da presença do nutricionista como aconteceu comigo semana passada, eu acho que isso é totalmente diferente do que acontece em processo natural dos trabalhadores do SUS de hoje, que é cada um lá no seu quadrado, cada um desenvolvendo as suas atividades, os seus programas e ninguém se entende. Têm pessoas que não sabem nem quem é o colega, não vê o colega que trabalha na própria unidade e cada um chega e entra no seu consultório e atende e vai embora e não tem essa integração em equipe: as pessoas não conversam, não decidem nada juntos. (residente fisioterapeuta)

Vemos na fala acima, a relevância dada à multiprofissionalidade e o aprendizado que advêm destas interlocuções com outros membros da comunidade: uma prática mais colaborativa e menos corporativa ou centralizada no poder de núcleo profissional de conhecimentos e práticas. No depoimento do residente percebe-se que ele compreende e está comprometido com a construção do Sistema Unico de Saúde, e que, mais do que isso, ele incorpora à sua práxis, além das ações esperadas especificamente de um fisioterapeuta, um

olhar mais abrangente, tornando-o capaz de contribuir com a atenção integral à saúde da população com a qual trabalha. Não se trata aqui de deixar de ser fisioterapeuta, mas de evitar restringir o seu escopo de prática, incorporando um conjunto de competências que podem ser realizadas por qualquer profissional graduado em saúde na Estratégia Saúde da Família, como, por exemplo, discutir com os indivíduos, famílias e comunidade, conhecimentos que seriam, em princípio, parte de outro núcleo profissional.

Em Campos (2005) vemos a definição de núcleo e campo aplicados à saúde. O autor refere que para haver a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas necessita ocorrer uma conformação entre as forças do núcleo e do campo. Ele reforça que o conceito de ‘núcleo’ seria uma aglutinação de conhecimentos em torno de um saber específicos o que lhe agregaria um compromisso de valor de uso, provocando o reforço de uma identidade disciplinar e profissional. Quando por outro lado, o ‘campo’ configuraria um espaço de saberes e práticas com limites imprecisos onde haveria a busca do apoio de outras categorias profissionais para o melhor exercício da prática. E ambas as forças – núcleo e campo – se interinfluenciariam não sendo fácil definir seus limites.

A complexidade de variáveis que constituem o contexto de trabalho na atenção primária gera necessidades de articulação interprofissional (FURTADO, 2009) e a necessidade de uma prática ampliada. Por exemplo, o cuidado em saúde mental não estar restrito somente ao profissional psicólogo:

A minha prática mudou porque ela se tornou mais colaborativa, saiu da idéia e passou para a prática: a idéia de colaboração, de cuidado, colaboração com os profissionais, porque a saúde mental não é só dos psicólogos e nunca foi, e não tem nenhum atestado de propriedade que ela é nossa e eu nem quero, mas tem uns profissionais da minha categoria que querem, e eu acho que da prática da residência está se mostrando possível articular colaborativamente as coisas e também na atuação com as outras categorias. (R1)

O engajamento mútuo está presente no processo reflexivo da comunidade, daí a importância da preceptoría e dos membros veteranos para trocar e partilhar experiências e gerar novos sentidos. Na fala abaixo, a preceptoría de categoria diz respeito ao docente em serviço que acompanha uma especialidade profissional, por exemplo, um preceptor psicólogo que acompanha residentes psicólogos, um preceptor enfermeiro que acompanha residentes enfermeiros. Nesse caso se dirige mais ao acompanhamento do núcleo das categorias profissionais, mas que sempre procura dialogar com os profissionais de outras categorias no exercício da prática.

Um espaço que eu acho muito rico é a preceptoria de categoria atuando no território. Você como profissional graduado e já atuante, você ter uma pessoa ali do seu lado pra tirar suas dúvidas na hora do atendimento ou na hora da visita pra dar um apoio... eu acho que uma das coisas [...] mais importantes na Residência é a preceptoria de categoria. E assim, no caso da [minha categoria], por a gente não ter [preceptor] eu acho que outro espaço também interessante pra gente é [...] continuar a ter nossas rodas de categoria sem a preceptoria. Até hoje a gente continua a ter nossas rodas e assim o apoio do coletivo como um todo, porque sem o coletivo a Residência não funcionaria. A Residência funciona por causa dos residentes, e esse espaço também eu acho muito importante no caso da minha categoria, porque um reforça pro outro, até mesmo os R2 na troca das experiências. (R1)

A aprendizagem busca nos membros mais antigos e experientes o apoio no aperfeiçoamento do ofício pelos profissionais novatos. Nas comunidades de prática espera-se que esses engajamentos não sejam forçados, mas aconteçam espontaneamente e como numa oficina de artesãos, os mais experientes vão de geração em geração transmitindo pela prática a confecção de artefatos e que vão sendo remodelados na aprendizagem. Não acontece apenas uma aprendizagem da cópia, mas no fazer junto e alguns “segredos” vão sendo compartilhados e pela reflexão, reelaborados.

A percepção de que o trabalho baseado no engajamento mútuo da Residência evoca nos profissionais de saúde que não são residentes a possibilidade de mudar as configurações pré-estabelecidas do que seja um trabalho em equipe condizente ao alcance de metas de trabalho a serem atingidas. Portanto, esse afetamento pode acontecer para fora das fronteiras da CP. Muito interessante a observação feita por R1 e R2 sobre este “afetamento” do cotidiano da prática trazida pelo engajamento mútuo, refletida nos vínculos e nas identidades surgidas naCP:

Na prática multiprofissional mesmo, porque você não vê, na realidade, na vivência dos profissionais de categorias, atendimento conjunto, visita domiciliar conjunta... você não vê e a residência nos proporciona [...] essa visão em equipe, e você fazer visita domiciliar com quatro profissionais diferentes, onde cada um tem o seu olhar, tem a sua visão, tem a sua colaboração e está tentando modificar um pouco da visão dos profissionais que estão lá nas unidades, também isso já é um grande acontecimento [...] que alguns profissionais já estão começando a solicitar: ‘ah eu estou precisando de vocês quatro porque eu vou fazer uma visita domiciliar a um paciente e estou precisando de vocês quatro, das quatro categorias NASF’. (R1)

É um envolvimento emocional, se deixar afetar, se permitir ter esse olhar mesmo diferenciado, ver a situação da pessoa como um todo, todo o seu contexto e isso gera uma implicação muito grande. [...] Acabei que eu me vi percebendo que levava trabalho pra casa e tendo que colocar os prontuários em dia porque não dava tempo, tendo que fazer a agenda em casa e isso atrapalha, o marido reclama, a mãe reclama, as pessoas reclamam porque a gente já tem tão pouco tempo e a residência consome o tempo e acaba que essa implicação, se você não tiver ajustando, acaba que atrapalhando inclusive, [...] e é um aprendizado também. (R2)

Segundo Wenger¹, a CP é quase um casamento que afeta, uma “parceria de aprendizagens”, mas que acontece somente porque há afinidade de um projeto comum entre seus pares e membros. E quando essa comunidade representa a identidade que transforma seus participantes, ela vem carregada de fortes afetos:

Eu tenho muita raiva de quem fala mal da residência, eu falo muitas vezes com os amigos assim: a gente pode falar, mas ninguém pode falar mal dela. (R2)

A prática multiprofissional e o olhar ampliado que esta multiplicidade de categorias e saberes pode proporcionar a quebra de alguns paradigmas instituídos na saúde, como o fazer individualista e medicalizante, no sentido de ser prescritivo de abordagens terapêuticas:

Eu acho que evoluiu um pouco e que algumas pessoas já pensam, nesse sentido, em não só na visita médica e na visita do enfermeiro. Eu acho que essa visão multiprofissional que a residência traz pra gente e pra comunidade, pros usuários [...] é uma coisa bem de prática interessante na unidade. E outra pra mim que ta sendo bem diferente é [...] que no planejamento participativo uma das ações foi a articulação comunitária e eu, junto com [outra residente] ficamos responsáveis por isso, e as coisas tão andando. (R1)

É relevante, porém, colocarmos aqui uma questão: esse é um trabalho em equipe ou engajamento mútuo? O trabalho em equipe na saúde coletiva é um aspecto fortemente valorizado, inclusive, na quebra de paradigmas da biomedicina. Peduzzi (2001) tem se debruçado em seus estudos sobre este tema na saúde coloca uma tipologia de dois tipos de trabalho em equipe. Uma que se dá por agrupamento de agentes e que tem como característica a fragmentação, e outra que ocorre por integração de trabalhos e que tem como característica a articulação que corresponda à integralidade das ações de saúde, envolvendo a interação de seus agentes.

O aspecto interessante trazido por Peduzzi (2001) é que dentro das características da tipologia das equipes nota-se: formas de comunicação entre os agentes de trabalho, ou seja, a mediação simbólica da linguagem estará presente nos processos de trabalho e se manifestará, de acordo como seus achados de três formas distintas: uma será quando a comunicação é esperada, porém não é exercida, ou exercida somente como recurso técnico; a outra é quando a comunicação ocorre estritamente com caráter pessoal com boas relações interpessoais se

¹ Em palestra proferida por Etienne Wenger no Workshop Internacional sobre Comunidades de Prática e Saúde, realizada na cidade de Fortaleza-CE, em maio de 2012.

sobrepondo as relações de hierarquias; e uma terceira expressão é aquela em que a comunicação é praticada como intrínseca ao trabalho em equipe com elaborações conjuntas de linguagens, objetivos e projetos comuns entre seus agentes e que se aproximaria de um agir-comunicativo ou dos aportes de uma CP.

Nesse sentido não colocamos em polaridades distoantes o engajamento mútuo dentro de uma CP do trabalho em equipe, fortemente valorizado como estruturadora da ESF, no entanto, percebemos ao longo das observações do estudo que a dedicação do trabalho multidisciplinar neste grupo prevalece a necessidade primeira de negociar sentidos da prática.

O valor ofertado nessa fala diz mais de um apoio simultâneo e sinérgico entre os participantes da comunidade de prática do que o mero agrupamento de pessoas em prol de metas de produção que corresponderia mais a um processo fragmentado de produção:

Duas coisas que eu acho que fizeram muita diferença na Residência foi ser um trabalho em equipe. A gente realmente ser uma equipe e que está todo mundo junto no mesmo tempo, todo mundo está ali mais ou menos com os mesmos objetivos, nos mesmos espaços, e a outra coisa é que a gente sempre tentou desenvolver um trabalho voltado pro usuário, o foco é o usuário. (R2)

Mais uma vez aparece a necessidade de ampliar a própria atuação profissional e interagir com outros colegas da Residência com a intenção de integrar as práticas no cuidado em saúde:

Falando um pouquinho da prática profissional, eu acho que um aprendizado importante [é que] eu não consigo mais falar da minha prática de psicóloga sozinha e pra mim é quase impossível agora pra eu abordar uma família ou uma pessoa pensando só, não consigo e imediatamente eu penso: vou chamar as meninas. (residente da psicologia)

Os espaços de encontro de profissionais da mesma categoria possibilitam fortalecer o próprio núcleo de atuação e aumentar as trocas de experiências e conhecimentos técnicos e específicos do saber da categoria profissional. O interessante é que numa residência que tem a implicação da formação multiprofissional, vamos vendo certo “borramento” no compartilhamento dos saberes e práticas, mas há também movimentos de fortalecimento, expressão e ação do núcleo de conhecimentos próprios de cada categoria profissional. Este é um movimento extremamente saudável em comunidades de prática heterogêneas, ou seja, haver momentos de conjunção coletiva multiprofissional, mas também encontros coletivos de homogeneidade e fortalecimento propriamente do saber técnico específico, na troca mútua com membros mais plenos e membros periféricos.

Da minha própria necessidade e também por esse fortalecimento da [minha] categoria que a gente vai lá e um cutuca o outro, né. Isso acontece na nossa roda de categoria onde fica um cutucando o outro, a gente perguntando pros R2 o que a gente faz e não sei o que, às vezes eles ficam escondendo o ouro: 'não, vai tentando assim, não vou te dizer não, vai tentando e tu vai vendo se dá certo!'. E também a equipe que ajuda muito né, eu vou lá em um e pergunto: 'o que tu acha disso?' Aí um dá a sua opinião e vou lá no outro: 'o que tu acha disso?' [...] Eu acho que [pel]a necessidade mesmo e por ter esse espaço pra gente planejar, se organizar, refletir, eu acho que dá tempo, por mais que seja uma loucura, da gente ver como estruturar e estar se recriando dentro do ambiente de trabalho. (R1)

Mais uma vez percebemos que mesmo sem o preceptor há um engajamento entre membros mais experientes e há trocas de experiências ao participar do espaço gerido pelos próprios residentes nutricionistas. Como facilitar nessa CP processos de se auto-recriar? Se o grupo não estivesse forte em seus propósitos esta roda não funcionaria, seria burlada, daí se percebe a conexão com a motivação de um projeto comum.

Durante as visitas ao serviço de saúde pudemos presenciar um momento de planejamento multidisciplinar sobre uma atividade a ser implementada da saúde bucal. O preceptor de território colocou-se no papel de facilitador do momento sistematizando as trocas de experiências levantadas por todos os residentes presentes, com histórias exitosas ou fracassadas. Após certa saturação do compartilhamento de experiências, o preceptor começa dialogicamente esboçar conjuntamente aos residentes possíveis planos de ação no território e com profissionais não-residentes. Ele utiliza a síntese de idéias e a problematização para que novos passos sejam atingidos, portanto, todos se colocam e se corresponsabilizam pelo projeto assistencial ou pedagógico a ser almejado. Nesse caso, a motivação foi corresponder a demandas suscitadas pela população e o projeto não foi do preceptor e nem dos residentes que estavam ali, mas de todos.

Na fala de um preceptor, como membro da CP, percebe-se que esta relação também passa por estimular seus participantes a não se acomodarem, ou seja, a motivar a negociação de sentidos novos por meio dos modos de participação e reificação.

Porque [será] o preceptor, o educador que vai dar essa profissão de não deixar o residente se acomodar diante das adversidades, que elas são muitas. (P)

Ainda assim, a força da Residência enquanto CP teve um aspecto importante que foi a luta por manter-se firme diante das adversidades impostas pelas fronteiras de gestão, e a instabilidade de um projeto pedagógico não inteiramente institucionalizado, dependente do bom senso do gestor municipal, o que em alguns momentos gerou insegurança no trabalho, como a ausência de um salário garantido para os preceptores, dificuldades no projeto pedagógico pela fragilidade do vínculo com universidades apoiadoras do processo de ensino

em serviço e lutas dos movimentos nacionais das residências multiprofissionais em saúde. Todos esses entraves trouxeram maior coesão ao grupo, que se encontrava fragilizado no momento dessa pesquisa. Os membros ainda periféricos precisaram de um tempo para compreender por que se dava a insatisfação e a mobilização engajada para reivindicar novas posturas das fronteiras, ou seja, um engajamento mútuo nas relações dentro da comunidade para conscientizar o todo da comunidade e o fortalecimento do projeto comum.

Portanto, queremos ressaltar a fala a seguir:

Os residentes, os preceptores tanto R1 quanto R2, porque no começo a gente via que os R2 se mobilizavam bastante, mas a gente como R1 não entendia muito o porque. Eu até cheguei a pensar que os R2 eram muito negativos, sempre colocando a gente pra baixo, dizendo que nada funciona e com o passar do tempo foi que a gente viu que realmente era daquele jeito que eles estavam falando e só que a gente não tinha percebido, a gente precisou vivenciar todos os processos pra poder entender. (R1)

O sentimento de pertencimento à comunidade favoreceu a luta desta Residência contra a apatia ou acomodações de pautas de reivindicação.

Não está só [o] R2, não está só [o] R1, não está só [o] preceptor, está todo mundo tentando se engajar junto, todo mundo tentando se mobilizar junto e tomara que tenha alguma coisa boa aí por vir. (R1)

Por mais que eu esteja desanimada por conta das aulas que eu não estou tendo, pelo acompanhamento [que poderia ser] melhor, mais pedagógico, mais efetivo, por conta da estrutura mesma precarizada, eu me sinto animada em estar de alguma forma ocupando os espaços e indo à luta mesmo. (R1)

6.1.3 Estratégia Saúde da Família: projeto comum na esfera multiprofissional: “O SUS formar seus atores dentro da lógica que ele mesmo propõe”

O projeto comum é outro pilar importante dentro de uma comunidade de prática, pois será a busca almejada por seus membros participantes e o que os motivará no engajamento mútuo. Portanto, não é qualquer coisa que seja interessante e também não necessariamente um objetivo a ser alcançado, mas um projeto comum que traga sentido de coesão e perspectiva futura da causa a ser investida por aquelas pessoas ([WENGER, 1998](#)).

No caso da RMSFC vemos que o projeto comum que une seus membros na aprendizagem cotidiana, assim como na pactuação estatutária de cumprir às sessenta horas semanais, demonstra estar pautado na valorização da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, no fortalecimento da Atenção Primária ([ALMEIDA et al., 2011](#)) e do SUS como projeto social que vise os princípios socialistas de integralidade, equidade e universalidade ([VASCONCELOS; PASCHE, 2006](#)). Embora estejamos lidando com uma

perspectiva de Comunidade de Prática que seja multiprofissional e traga em si esta heterogeneidade de seus membros, vemos no projeto comum do grupo da Residência uma coerência em buscar a superação da ESF, reformulando conceitos e práticas.

Para mim necessariamente não é só o pedagógico que pesa, sabe, é porque eu parto do entendimento que esse espaço, essa proposta de formação é pra formar trabalhadores do SUS num assunto específico, pra dar certa aprofundada pelo trabalho e no trabalho, ensinando enquanto se trabalha e também aprendendo enquanto se trabalha. (R1)

Este conjunto de perguntas serão repetidas reiteradas vezes pela CP: Qual nosso projeto comum? Para que estamos aqui engajados e participando? Como caminhar em direção às possibilidades futuras?

Sair e parar pra pensar o que a gente quer pro ano que vem, de rever alguns pontos que estão precisando melhorar. Então eu me percebo em muitos movimentos ao mesmo tempo e aí, às vezes, dá a sensação da gente estar rodando, a cabeça rodando, mas eu me sinto muito presente no espaço e de uma certa forma até segura assim pro ano que vem e até me tornar R2. (R1)

Portanto, como já colocamos, na RMSFC vemos que o foco é o aprendizado para fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, da Atenção Primária e do SUS. Os participantes ingressam na Residência sabendo dessas peculiaridades e a busca envolve desenvolver uma prática significativa que garanta o comprometimento com este projeto. O próprio nome “projeto comum” reúne em si significados de algo a ser construído que permita flexibilidade na condução de diretrizes, mas que questione e problematize por fazer constantemente este enlace com a prática.

Na elaboração da fala de um R2 que começa a se preparar para sair da Residência vemos que o projeto da Educação Permanente enquanto política constitucional ([BRASIL, 1988](#)) foi de certa forma contemplada em seu objetivo de fortalecer os princípios do SUS:

[...] O SUS formar seus atores dentro da lógica que ele mesmo propõe. E isso a gente conseguiu vivenciar. (R2)

Se dentro desses princípios houver o momento reflexivo e problematizador da prática revendo e flexibilizando os processos de trabalho quando necessário se faz, seria outra importante competência exercida no cenário da Residência:

[Por exemplo,] o reflexo da necessidade de flexibilidade do processo de trabalho – coisa que nós na residência talvez temos e conseguimos sem ter vergonha de exercitar isso – não sei se as pessoas não querem ou acham que não é possível, mas eu acho que no serviço não vejo acontecer com tanta frequência. (R2)

Outro aspecto da ESF é a clínica ampliada e a integralidade do cuidado ([ANDRADE et al., 2006](#)), onde o sujeito não é visto a partir da doença, mas como ser integral abrangendo seus aspectos sociais, familiares, subjetivos e biológicos na atenção ao cuidado:

Quando a gente entra na residência da clínica ampliada que não é só esse sujeito global que o problema do pé vai afetar lá a sua coluna, mas eu também tive essa aproximação nessa questão da saúde mental, que muitas vezes os problemas que ele está sentindo vão afetar o corpo e vice-versa. Então é uma ampliação a questão das cuidadoras, que minha visita era focada no acamado. Aí você passa a despertar a questão da escuta, a questão do sofrimento, a questão dos desafios de implementar ações no sentido de alcançar e de aliviar sofrimento dessas cuidadoras. (R2)

Dentro da CP encontra-se na busca desse projeto comum uma possibilidade de rever-se e de negociar novos significados para seguir adiante na aprendizagem. Percebemos que diante de desafios da prática e tensionamentos com outros atores, na fala de preceptores quando não estavam ainda no trabalho da Residência e atuavam profissionalmente na APS, pensaram em desistir do projeto da ESF, mas ganharam novo fôlego ao adentrar a Residência:

Confessava que quando eu fui pra residência eu tava num processo de entrega assim do saúde da família e disse assim: 'mas, rapaz, não tem mais jeito não, o negócio é isso aqui mesmo e vamos levando o barco nessa equipe até onde der'... E aí veio a residência. (P)

Além disso, este é um projeto da ESF, desafiante, com muitas dobras e complexidades:

Só um parêntese. Eu acho que o saúde da família é muito desafiante. Como é que um profissional que está no saúde da família não ser afetado, não se afetar pelas coisas é difícil né, um profissional que quer ser tudo igual não existe né na Estratégia Saúde da Família. (P)

Porque [n]a formação a gente tem que buscar a integração e eu acho que na residência a gente faz essa integração da epidemiologia com a clínica e o que o saúde da família realmente precisa, de uma maneira até natural, fazer disso uma grande coisa. (P)

No entanto, fica o questionamento – e uma angústia vigente no grupo de residentes - de um projeto comum como a ESF e o impasse sobre se haverá no futuro manutenção dos trabalhos desencadeados pela Residência ou não. Mais adiante retornaremos a este aspecto aqui levantado, pois parece ser um dado relevante na formação desses profissionais, a permanência de práticas experimentadas e implantadas nos espaços de atuação da ESF pelos quais passaram.

Esses trabalhos no futuro? A equipe de saúde da família será que vai dar o andamento a isso ou simplesmente vai parar? Porque ontem a gente ficou num

empasse danado. Não, isso aí é pra residência fazer o resumo, mas, espera aí, a residência não é só apoio? Até que ponto a residência está levando e impulsionando o saúde da família e os projetos? E até que ponto o saúde da família vai continuar isso aí, e esses projetos, como é que vai ficar isso aí? Então, tem esse ‘porém’ aí que eu acho que interfere e muito e vai interferir no futuro do saúde da família. (P)

Concluimos esta primeira dimensão analítica, enfatizando que a RMSFC apresenta os elementos necessários na constituição de uma comunidade de prática que é a busca de um projeto comum da ESF, um repertório partilhado comum a estes membros e o engajamento mútuo necessário para constituição e manutenção da comunidade. Esta comunidade está direcionada para a aprendizagem, e nos processos que desencadeia a construção coletiva é fortemente valorizada. Nos próximos tópicos iremos trazer outras dimensões de aprendizagem nas quais o leitor perceberá ainda que os três elementos favoráveis para uma CP vão naturalmente sendo acionados na apropriação de novos conhecimentos pelos indivíduos e pelo coletivo por meio da prática como sustentação da Residência.

6.2 Aprendizagem como Vir-a Ser: a força da Identidade

Dentro da teoria da aprendizagem social de WENGER (2010), a aprendizagem é uma interação de processos que dentro das comunidades pode tornar possíveis transformações pessoais e das formas de vir-a-ser no trabalho. Portanto, permitir o advento de uma identidade, nesta perspectiva analítica, é reconhecer as mudanças contínuas pelas quais passamos ao longo de nossas trajetórias de participação e não-participação no mundo que compartilhamos com os outros. (WENGER, 2010)

Eu me refiz profissionalmente [na Residência]. Existe uma profissional antes da residência multiprofissional e outra depois, inclusive do entendimento de metodologias, da questão da formação pedagógica, entendeu? Uma outra possibilidade de formação pedagógica que não aquela bancária, cartesiana, que a gente tá acomodada, e que isso, no meu processo de residente – e aí não é segredo pra alguns – pra mim foi muito duro. Uma profissional que já estava formatada ter que ser reformatada, porque a residência te deixa muito livre, livre pra você conquistar os seus espaços e às vezes esses espaços caóticos eles vão ou te potencializando, te dando potência pra você superar ou às vezes te reprimindo, e aí [há] o papel muito forte do preceptor. (P)

Assim, a prática social forma em si e sobre si mesma novas possibilidades de estar no mundo, interagindo com ele neste exercício com os outros também implicados, mesmo em momentos de retração ou de expansão, mesmo em situações limites ou potenciais.

O que queremos enfatizar é que a identidade é um aspecto significativo da aprendizagem social ([WENGER, 1998](#)) e não está separada das partilhas da CP. Dessa forma, construir uma identidade consiste em negociar sentidos de nossas experiências enquanto membros em comunidades sociais diversas. E o termo identidade serve como um pivô entre o social e o individual, portanto, é importante nesta abordagem evitar simplificar em uma dicotomia entre o indivíduo e o social. Pensarmos a identidade em termos sociais não nega as singularidades marcantes de seus indivíduos dentro de uma comunidade.

Portanto, há uma profunda ligação entre identidade e prática. O desenvolvimento de uma prática requer a formação de uma comunidade, cujos membros podem se engajar e se reconhecerem uns aos outros como participantes. Como consequência, a prática envolve a negociação das formas de ser uma pessoa no contexto no qual se estará situada. Esta negociação pode ser muitas vezes silenciosa e os participantes não precisam necessariamente falar diretamente sobre essa questão. Neste sentido, a formação de uma comunidade de prática é também a negociação de identidades, que segundo Wenger ([2010](#)) será dirigida para a identidade como uma experiência de algo negociado; a Identidade como membros da comunidade; a Identidade como aprender na trajetória; a Identidade como nexos de afiliações; a Identidade como uma relação entre o local e o global.

Assim sendo, se a identidade na prática resulta de uma negociação dada na interação de participação e reificação, como tal, não é um objeto dado, mas um constante devir. O trabalho de identidade está sempre acontecendo. Ou seja, a Identidade não é um núcleo primordial de personalidade que já existe. Também não é algo que adquirimos em algum ponto da vida e que, em certa idade, crescerá dentro de nós como um conjunto de dentes permanentes. Mesmo que questões de identidade seja um foco de preocupação ostensiva, o tema poderá se tornar mais saliente em determinados momentos do que em outros. A nossa identidade é algo constantemente renegociado durante o curso de nossas vidas. Enquanto passamos por uma sucessão de formas de participação, as nossas identidades formam trajetórias, tanto dentro como entre as comunidades de prática. ([WENGER, 2010](#))

Neste momento usarei o conceito de trajetória para argumentar que a identidade é fundamentalmente temporal e que o trabalho de identidade é contínuo. Assim sendo, como cada membro da Residência experiencia seu trabalho, como eles interpretam suas posições, o que eles conhecem e o que eles não conhecem, e o que eles tentam conhecer.

6.2.1 Trajetórias dos membros da comunidade: “Primeiro como residente e depois preceptor”

Como trajetórias, as identidades dos membros de uma comunidade incorporam a história vivida e aquela sonhada, e nesse enlace da temporalidade, muitos processos de negociação entre os participantes se concretizaram no presente. Elas dão significado aos eventos relacionados ao tempo interpretado como uma extensão de si mesmo. Elas fornecem um contexto no qual é possível determinar o que, entre todas as coisas que são potencialmente significativas, pode tornar-se de fato uma aprendizagem significativa. ([WENGER, 2010](#))

A ênfase nas trajetórias das pessoas que compõe a Residência se dá porque ela é construída em contextos sociais, o que torna a temporalidade da identidade muito mais complexa do que uma noção linear de tempo. São histórias contextualizadas que organizam o percurso de aprendizagem dos indivíduos que estão nela inseridos.

Além disso, as identidades são definidas em relação à interação de várias trajetórias convergentes e divergentes dos participantes de uma CP. Segundo Wenger ([2010](#)) no uso do termo 'trajetória' não se deseja implicar um curso fixo ou um destino fixo. Para ele, a palavra trajetória sugere não um caminho que pode ser previsto ou traçado, mas um movimento contínuo – aquele que tem uma dinâmica própria, além de um campo de influências. E este caminho tem uma coerência ao longo do tempo que liga o passado, o presente e o futuro.

Portanto, se compreendemos que a dimensão temporal de identidade é crítica, no sentido de que não só continua negociando identidades, mas também coloca o compromisso em prática e concretiza-se no contexto temporal. Está-se simultaneamente lidando com situações específicas, participando da história de certas práticas, e envolvendo-se no processo de se tornar determinado tipo de pessoas. Pessoas estas que são metamorfoses.

As metamorfoses da identidade estão apoiadas no concreto remetendo ao contexto

Um sentido de trajetória dá maneiras aos indivíduos de separar o que importa e o que não funciona, ou seja, o que contribui para a identidade e o que permanece marginal aos próprios participantes. A progressão de uma carreira oferecida por uma empresa não é a única maneira de se afirmar como trabalhador daquele local e definir sua identidade como uma trajetória, mesmo dentro dos limites de seu trabalho. A comunidade, a história de vida e sua evolução moldam as trajetórias que os membros das comunidades constroem.

Por exemplo, os colegas mais experientes não são apenas uma fonte de informação sobre as reivindicações dos residentes em saúde, mas também representam a história da prática como uma forma de vida. Eles são testemunhos vivos do que é possível, esperado e/ou desejável. Mais genericamente, qualquer CP proporciona um conjunto de modelos de negociação de trajetórias. Os marcos reificados de uma trajetória não são a própria trajetória paradigmática, mas eles incorporam a história da comunidade através da participação e das identidades dos praticantes. E estes marcos incluem pessoas reais, bem como histórias compostas por muitas mãos. ([WENGER, 2010](#))

A exposição a este campo de trajetórias paradigmáticas é provável que seja o mais influente fator que molda a aprendizagem dos recém-chegados. No final, são membros - por sua participação plena - que criam o conjunto de possibilidades para que os recém-chegados sejam expostos, como eles, a negociar suas próprias trajetórias. Não importa o que é dito, ensinado, prescrito, recomendado ou testado, os recém-chegados não são tolos: uma vez que eles têm acesso real à prática, eles logo descobrem o que conta.

A partir desta perspectiva, uma comunidade de prática é um campo de trajetórias possíveis e, assim, a proposta de uma identidade. É uma história e a promessa de uma história. É um campo de passados possíveis e de futuros possíveis, que são tudo o que existe para os participantes não só para testemunharem, ouvirem falarem e contemplarem, mas se engajarem. Eles podem interagir com os veteranos, que oferecem exemplos vivos de trajetórias possíveis. Uma comunidade de prática é em si mesma uma história em um presente que convida seus praticantes para um noivado. ([WENGER, 2010](#))

Os novatos podem se envolver com o seu próprio futuro como o que foi incorporado pelos veteranos. Como uma comunidade de prática, estes veteranos entregam o passado e oferecem o futuro na forma de narradores ativos. Cada um tem uma história para contar. Além disso, a própria prática dá vida a essas histórias, e da possibilidade de engajamento mútuo emerge uma maneira de entrar nessas histórias através de sua própria experiência. É claro que novas trajetórias não necessariamente se alinharão com as trajetórias paradigmáticas, pois os recém-chegados devem encontrar suas próprias e únicas identidades. Além disso, a relação se dará nos dois sentidos, ou seja, recém-chegados também fornecem novos modelos para diferentes formas de participação. Se adotada, modificadas ou rejeitadas em casos específicos, as trajetórias paradigmáticas fornecem material ao vivo através da negociação e renegociação de identidades ([WENGER, 2010](#)).

Para os membros da Residência, estar em uma trajetória é um aspecto importante de seu trabalho. Eles sabem que contornaram, recuaram, avançaram e se desenvolveram em seu desempenho e no reconhecimento de seu processo, pois dentro das possibilidades temporais aos quais estão lançados perceberam em si mesmos algum grau de controle sobre suas trajetórias. E neste momento apresentaremos essas trajetórias dentro da RMSFC.

6.2.1.1 Entrada na Residência

Ao adentrar um espaço de formação e de aprendizagem que constitui uma CP, vê-se que os membros recém-chegados estão ainda se apropriando e fomentando maneira de ser, construindo sua própria identidade e se pautando na continuidade do projeto comum. No entanto, os R1 deverão encontrar um lugar em relação ao passado e para participar, eles devem ganhar algum tipo de acesso – mesmo que sutil – à história pela qual querem contribuir.

De acordo com WENGER (2010), como resultado, os recém-chegados não são necessariamente mais progressistas do que os veteranos, e eles não necessariamente buscam mudar a prática mais do que os membros estabelecidos o fazem. Normalmente, os novatos tendem a ter um investimento na continuidade dos processos, pois dessa forma facilitam uma conexão a uma história da qual eles não fizeram parte. Sua fragilidade os empurra muitos de seus esforços na direção de incluir a história de sua própria identidade na busca da continuidade.

Por outro lado, os veteranos, nesse caso R2 e preceptores mais antigos, costumam ter um investimento em sua prática, ainda que não necessariamente busquem uma continuidade, pois estão envolvidos na política da sua comunidade e com a confiança derivada da participação em uma história que eles já conhecem muito bem. Assim sendo, eles podem querer investir em um futuro que não esteja voltado para continuar, mas sim para dar novas asas. Eles podem, assim, acolher os novos potenciais oferecidos pelas novas gerações que são ainda menos reféns do passado.

Dependendo de como uma CP negocia a individualidade, o encontro geracional pode ter efeitos diferentes – com diferentes graus de ênfase em continuidades e descontinuidades entre veteranos e novatos que moldarão suas identidades em seus encontros. Estes encontros são sempre uma reunião complexa do passado e do futuro.

A entrada na Residência Multiprofissional consistiu para estes participantes além de motivações para compreender uma nova forma de fazer o trabalho, de principalmente, ver-se realizando os fundamentos da política do SUS na ESF. Como falamos anteriormente, esta é a busca comum ou o projeto compartilhado de seus participantes.

Assim sendo, a entrada na Residência é um processo de escolha, mas também de reconhecimento do campo de forças dentro da comunidade de prática, com seus caminhos e formas de se relacionar, que vão sendo desvendados paulatinamente ao longo do tempo. Muitos residentes vieram diretamente de suas graduações, outros vieram da própria Estratégia NASF de outros municípios, e outros eram servidores públicos de saúde de Fortaleza e ingressaram na Residência por motivos comuns: os objetivos de aprimorar-se enquanto ESF fazendo valer seus princípios de promoção, integralidade e interdisciplinariedade.

Como partem de categorias profissionais da saúde diversas entre si, observamos como elemento comum de suas narrativas que há um confronto (esperado, mas não menos surpreendente) com o ensino da graduação quando entram na prática dos serviços. Um confronto entre cursos de especialização em saúde e a formação da Residência. E, ainda, um confronto entre o trabalho no serviço e o trabalho no serviço enquanto residência. E sendo a Residência um espaço formativo em serviço há também o encontro do que vem a ser o ensino e o concreto da prática com seus desafios e potenciais.

Eu entrei, fiz a seleção e tive toda aquela euforia de passar, mas eu entrei no escuro, não sabia o que era que eu ia fazer. Adquiri o edital, mas eu não tinha noção de como era o interior de uma residência, só aquela coisa básica que eram sessenta horas semanais, mas também não sabia como era que se configurava as sessenta horas. (R1)

Quando ele falou de como é que você encara esse processo da residência, como é que foi esse processo, eu não consegui deixar de pensar na primeira frase na residência: “Isso aqui é sério?”[...] Realmente, eu entrei na residência sem saber o que era [...] esse processo, então fui descobrindo no decorrer. Então, no primeiro contato com todo mundo eu fiz essa pergunta numa ingenuidade mesmo, porque eu pensei que fosse um processo formativo como a gente tem desde o colégio, desde a faculdade, ou seja, aquela coisa assim mais burro de viseira mesmo, mas é um processo tão abrangente, um processo que você consegue, como a G. colocou muito bem: aprender de tantas formas diferentes. (R2)

A trajetória de entrada significa estar na periferia da comunidade e tomar consciência de suas características com o desenrolar do tempo. O termo ‘burro de viseira’ identifica-se com certo estreitamento do olhar, e ao longo da trajetória dos residentes e preceptores percebemos que a ‘viseira’ vai sendo retirada e colocada de lado ou, ao menos, reformulada, pois a ênfase será dada para ampliação do olhar clínico e de saúde sobre o sujeito social.

Os preceptores da Residência, em sua grande parte, foram residentes anteriormente. Outros preceptores entraram na Residência mais recentemente, a convite da gestão ou por edital de seleção, já que estes participavam da rede pública de saúde como profissionais do NASF ou como profissionais da ESF. O interessante deste grupo específico, como já foi comentado, é que preceptores que não foram residentes anteriormente tiveram as mesmas peculiaridades de estarem na periferia da comunidade, com estranhamento dos processos de aprendizagem já instalados na comunidade.

Os preceptores de categoria apóiam tanto R1 como R2, o que os faz estabelecerem contatos com novatos e veteranos na comunidade. Os novatos, por estarem em tempos diferentes e ainda em processo de incorporação da estrutura da comunidade, dando-lhes novos aspectos para arejar novos conhecimentos e desafios, mas ao mesmo tempo apostando numa continuidade dos processos. É interessante a fala de um preceptor sobre o acompanhamento das turmas:

Uma nova turma [...]! Além de dar conta de processos inerentes a turma dois, que é fechar processos de grupo e estabelecer outros co-autores pra determinadas atividades e [ao mesmo tempo] começar tudo de novo numa aprendizagem de pessoas [R1], que, às vezes, passaram por aula de políticas públicas e às vezes não, não têm experiência. O perfil dessa turma é bem heterogêneo, alguns mais passivos e outros mais ativos na terceira turma. (P)

A recepção na fase inicial de entrada na Residência, no dia de acolhimento de novatos, é passada uma atmosfera estranha de não compreensão sobre o ‘ser da Residência’ e seu contexto de fragilidades dentro do município:

E eu me lembro que no primeiro dia, no dia da acolhida que foi um momento que a gente esteve na UECE, os servidores estavam não sei se desmotivados com o processo que eles estavam passando, não sei, sei que eles transpareceram pra gente assim, mas em todas as palavras: “gente tenham força, vocês vão conseguir” e tal. Então ficou todo mundo [R1] se perguntando: “O que é que acontece nessa residência?” Porque todo mundo falava “gente é difícil, mas é assim mesmo, não desista, todos já entraram com essa palavra força, não desistem”? Eu disse “meu Deus o negócio deve ser sério.” Quando começaram as atividades e tudo, teve o primeiro dia que a coordenação foi explicar, então as coisas começaram a se encaixar mais e como ia acontecer. (R1)

Por outro lado, a ‘recepção obscura’ que fora feita não gerou desmotivação dos novatos e a inserção nos território de trabalho e na prática:

Já começou esse suspense, essa ansiedade, e ao mesmo tempo uma felicidade por algo novo. (R1)

[Foi uma] coisa conquistada. Então, como os meninos já colocaram, todo o processo de início, de inserção na comunidade foi muito bom, ainda mais quem gosta desse

lado de se envolver na comunidade e estar ali conhecendo e fazendo a territorialização, foi muito gostoso esse período. (R1)

Em primeiro momento sempre assim uma sensação de muita animação e de muita novidade, uma sensação de conquista mesmo de ter conseguido chegar nesse lugar. (R1)

Percebemos que os R1 evocam sua história passada para reafirmar aquilo que é contínuo aos seus processos identitários dentro desta CP da RMSFC. Buscam reiterar o que já conhecem e o que não conhecem o que lhes é familiar e que lhes é estrangeiro:

Para mim particularmente foi muito mais complicado porque eu nunca havia estudado o SUS. Inclusive eu deixei isso claro na seleção, que eu não tinha experiência mesmo no SUS, mas que eu gostaria de ter. Então, para mim é um momento de muita animação, aí falando dos processos do território. (R1)

A chegada ao território – os meses que a gente ficou mais focado na territorialização – foi muito tranquilo pra mim, nesse sentido do território, porque era uma prática inserção que eu já tinha. Então, para mim era muito tranquilo caminhar nas comunidades, conversar com as pessoas, perceber o modo de vida e isso pra mim realmente não foi nenhuma grande novidade, e foi muito interessante pelo território que a gente vem chegando, que foi o Jangurussú e é muito rico de vida, de luta, de complexidade e de problemas também. Então, esse processo de território foi muito tranquilo, ao mesmo tempo dos processos pedagógicos e administrativos aqui da residência também já vem com um bocado de complicação. (R1)

A animação inicial com o território de prática e os processos de territorialização e planejamento participativo, ou seja, um caminho que começa a surgir na direção do conceito à prática. No entanto, também já são percebidas as complicações com os processos pedagógicos e administrativos da estrutura formal do programa.

A configuração da trajetória começa a se delinear como uma ‘entrada confusa’, pois já havia residentes e preceptores com seus códigos e repertórios comuns e a entrada no território apresenta-se como uma reanimação com a luta pelo espaço de trabalho e ressignificação da Residência.

6.2.1.2 Pensar em desistir

Um aspecto bastante salientado pelos R1 ao falarem de suas trajetórias durante os 8 meses inteiros de participação e integração à Residência Multiprofissional foram sentimentos de desistência do programa por conta de atritos e insatisfação com a gestão pedagógica. Estes sentimentos talvez pudessem ser sintetizados na seguinte pergunta: ‘Será que é nesta comunidade que quero investir tempo e participação?’

Muitos pensaram em desistir e agora a gente está nesse momento de luta, de reivindicação e dá esse ânimo que o pessoal já falou, e a expectativa de novo, de uma coisa nova, que as coisas mudem e que realmente funcione... A residência é um mundo que com oito, nove meses parece que já faz uns dois anos por ser muito intensa. A gente cria outra família aqui e outro vínculo, mas até o momento eu acho que fica o sentimento da expectativa e de querer pensar lá na ponta, pensar no usuário, de querer continuar, querer permanecer. (R1)

[pensei em] desistir, abandonar a residência, porque alguns momentos por conta das fragilidades do processo, da gestão, principalmente, das problemáticas envolvidas na coordenação, mesmo do programa de residência. (R1)

No entanto, foi particularmente para os R1 que esta questão da desistência apareceu fortemente, completamente diferente do relato dos R2 e preceptores, que se pensaram em algum momento em desistir, não comentaram como marca de suas trajetórias, talvez porque alguns já estavam saindo e outros porque vislumbraram lutas a conquistar na manutenção desta comunidade de prática. O que parece acontecer dentro desta comunidade chamada Residência é uma transformação de seus agentes dentro das trajetórias onde há fortemente uma negociação constante de sentidos.

Você perguntou se quem pensou em desistir já não pensa mais em desistir. Eu nesse momento assim eu não penso mais em desistir, eu acho que apesar de toda a precarização e a respeito de todos os problemas, a gente aprende muito e todo esse processo novo que foi pra mim de territorialização, de oficinas, de planejamento participativo que eu nunca tinha vivenciado em momento algum, é muito enriquecedor. Então eu também estou tentando trazer, eu estou tentando, lentamente, em passos lentos, amadurecer um pouquinho dentro desse processo enquanto equipe, e eu acho que amadureci um pouco, mas ainda tenho muito o que amadurecer, principalmente, nessa inserção desses processos políticos eu fico discretinha assim e não me envolvo muito ainda porque não sei como seria colocar, não sei, nunca participei desses processos, então é um pouco difícil pra mim. (R1)

A trajetória como perspectiva de empoderamento dos processos e fortalecimento de si como profissional de algo que na aprendizagem da CP permite autonomia dos processos suscitados neste percurso. No tempo processual há um dar-se conta do contexto social e político que no caso da inserção da Residência como política de formação do SUS havia naquele momento certo desenraizamento político dentro do município. Isso trazia diversos impasses e desafios na organização do Programa de Residência. Houve a necessidade de seus praticantes – residentes e preceptores – se apropriarem do espaço de gestão do programa e suas perspectivas futuras:

Eu acho que a gente não entendia muita coisa assim da residência né, a gente via as coisas acontecendo, porque você vai se apropriando aos poucos. O momento que a gente tá agora, que chegou no limite, num certo limite a gente começou a se apropriar mesmo desses espaços políticos que a gente não tinha tanta atuação. E eu acho que quando a gente fala que a gente estava desanimada é porque, querendo ou não, por mais que esteja nessa situação de precarização deu um certo ânimo para a

gente estar participando desses movimentos, porque são sentimentos bem contraditórios, mas que, por mais que eu esteja desanimada por conta das aulas que eu não estou tendo, pelo acompanhamento melhor, mais pedagógico, mais efetivo, por conta da estrutura mesma precarizada eu me sinto animada em estar de alguma forma ocupando os espaços e indo a luta mesmo, então eu acho que é isso assim nesse sentido. (R1)

6.2.1.3 Diferenciando o fora do dentro na formação profissional

Os encontros de gerações nas comunidades de práticas são como um processo de negociação de trajetórias, ou seja, o encontro entre gerações é muito mais complexo do que a mera transmissão de uma herança. Esse encontro é um entrelaçamento de identidades com todos os conflitos e dependências recíprocos que isso implica. As diferentes gerações trazem perspectivas diferentes para o seu encontro, porque as suas identidades são investidas em diferentes momentos dessa história. Assim sendo, com menos passado, haverá menos história para se levar em consideração e com menos futuro, haverá menos urgência de repensar a história. No entanto, as perspectivas de veteranos e recém-chegados não são simplesmente delineadas, pois aprender na prática implica na negociação de uma identidade, e se essa identidade incorporará o passado e o futuro, então é no outro que veteranos e novatos encontrarão a sua experiência da história. As perspectivas sobre o encontro de gerações – R1, R2 e preceptores – não são simplesmente do futuro em relação ao passado ou de continuidade em relação à descontinuidade, ou o velho *versus* o novo.

Assim, como vamos percebendo na trajetória, os R2 que estão há mais tempo em contato e vivendo a Residência, começam a demonstrar uma maior crítica dos contextos e processos de aprendizagem. Por exemplo, eles notam a discrepância entre uma Especialização em Saúde da Família e a Residência em Saúde da Família, ou ainda entre a graduação ou a Residência como especialização *lato sensu*.

Quando eu comecei a vivenciar a prática e que eu me deparei com a realidade, com a lacuna que existia na realidade, na época eu busquei fazer uma especialização em saúde da família, mas também que tem uma lógica muito parecida com a graduação. (R2)

O saúde da família vinha muito como uma oportunidade de emprego e a formação [graduação], não dava capacitação e a gente não era preparado pra estar no saúde da família. Aí fui fazer especialização em [...] saúde da família, totalmente teórica e até em termos de teoria voltada pra saúde da família e pro SUS era muito deficiente. (R2)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge na perspectiva do mercado de trabalho como oportunidade de emprego para muitas categorias profissionais da saúde, onde a

clínica privada passou a ser um universo sucateado e fortemente competitivo. Sobre este aspecto Dimenstein (2000) traça uma perspectiva interessante da categoria profissional do psicólogo dentro do mercado de trabalho e a busca pela inserção nos setores de políticas públicas. Entretanto, cursos de especialização ainda não ultrapassaram as características de uma formação insuficiente, pois mesmo sendo embasada em projetos de intervenção na prática profissional ainda é teórica e longe de ser vivenciada dentro da prática.

O choque quando eu entrei na residência foi perceber que nossa graduação não contempla as dimensões – eu não digo nem o saber eu digo as dimensões – que a gente encontra dentro do trabalho da atenção básica, na atenção primária. (R2)

Quando eu fui formada, o enfermeiro era formado prioritariamente para a atenção hospitalar e eu sempre me identifiquei com a atenção primária e na época eu tentava assim superar um pouco essa lacuna com estágios voluntários, já que não existia ligas da saúde. (R2)

Na graduação, por conta do envolvimento com o movimento estudantil eu já tive diversas reflexões, diversas críticas em relação à formação, que era tecnicista. (R2)

As reflexões sobre a formação profissional acontecem bastante em contraponto aos processos ocorridos desde a graduação e que intrigam trabalhadores ao adentrar a prática do trabalho. Neste caso, indagamos se a comunidade de prática abre-se ou é buscada por aqueles que já têm interesse nela?

Eu me percebo enquanto um profissional que sai da residência e vive [...] um cenário a parte, que vive acho que a construção de raciocínios assim, pois o elenco das prioridades no fazer profissional são bem diferentes [dentro da Residência] daquilo que a gente imaginava quando saiu da faculdade. (R2)

Este cenário à parte, que parece se chocar com outros panoramas, aponta uma trajetória do antes e do depois. Esta fala do R2 nos mostra este trânsito pertinente à trajetória. Portanto, ao comparar o dentro e o fora se ganha condições de identificar as identidades que são estreitas com as trajetórias dos residentes. Esta é a fala de alguém que não está mais na periferia da comunidade de prática, mas sim de alguém que se integrou ao cenário e se mimetizou a ele na trajetória percorrida e que se prepara para sair da comunidade. Neste caso o processo temporal fica demarcado por relacionar com o antes e o depois, mas principalmente por demarcar peculiaridades construídas e introjetadas enquanto dentro da RMSFC.

Acho que quem fica mais agora, enquanto egresso da Residência Multiprofissional, em comparação ao ingresso na residência é justamente isso, esse choque. E não é à toa que se transformou nesse percurso todo e ampliou o olhar que a Universidade não foi capaz [...] de fazer, mas que continua ainda buscando o ambiente onde possa trabalhar essas potencialidades, porque [...] dentro do ambiente da residência a gente

vivencia uma coisa, mas quando a gente sai da residência pra atuar na atenção primária a gente não encontra esses mesmos aspectos, então é um choque meio esquisito. Enquanto categoria aprendi muito! Aprendi muito a lidar com o conhecimento técnico quando ele é pensado no outro e não quando ele é pensado exclusivamente no profissional, enfim, tem mais coisas né e quem sabe vai sair né. (R2)

Eu sabia que eu precisava ser uma profissional diferente, mas intuitivamente ou não, não sei, tive a sensação que poderia ser este espaço [da Residência] de aprender como ser diferente. (R2)

No processo entre ser um ingresso e um egresso de uma CP houve uma ampliação reflexiva a partir da prática do que foi até então a graduação e gerou potencialidades que sofrerão novo atrito ao adentrar no cotidiano fora da Residência. Esta é uma angústia premente em residentes que se preparam para concluir a Residência e que merece atenção. Eu, enquanto preceptora de residentes da primeira turma já formada desta Residência Multiprofissional me deparei com angústias e ansiedades de muitos residentes ao final do processo após os dois anos corridos do programa. Parecia haver um apego pelo trabalho realizado e pelos casos e processos de trabalho conquistados e angústia por não poder continuar, principalmente, naqueles casos em que houve uma construção coletiva nos moldes de uma comunidade de prática na qual o trabalho pôde ser construído dentro de um projeto comum e houve engajamento mútuo. Em momentos seguintes dos quais pude retornar a esses mesmos territórios, ainda outros profissionais e – surpreendentemente – usuários do sistema indagavam sobre os antigos residentes que lá atuaram e a nostalgia das atividades interrompidas propostas por eles no processo de vínculo e responsabilização do cuidado.

6.2.1.4 Trajetória multiprofissional

Os membros de uma CP, diante do encontro de gerações, buscam definir suas identidades, investindo-as em diferentes momentos da história de uma prática. É no encontro com o outro que há a conexão de suas trajetórias pessoais, isto é, novas dimensões de finitude e extensão de suas identidades são configuradas entre as gerações. A temporalidade da identidade na prática não é nem meramente individual nem simplesmente linear. O passado, o presente, e o futuro não estão em uma simples linha reta, mas incorporados em trajetórias entrelaçadas. É uma forma social de temporalidade, onde o passado e o futuro interagem com a história de uma comunidade que se desenvolve ao longo de gerações. (WENGER, 2010)

Na trajetória que chamaremos de multiprofissional ocorre a possibilidade de mudança dos olhares neste entrelaçamento de identidades. Por exemplo, um odontólogo já

não vê somente as cáries dos dentes, mas a integralidade que transpõe o sistema familiar e social no contexto da pessoa e cria outras pontes para o cuidado. A ampliação da clínica exige do olhar e das ações a busca do social, do subjetivo, ou seja, do singular no coletivo.

Numa simples visita domiciliar você percebe, você consegue identificar o porquê aquela mãe não escova [os dentes do filho], porque ela realmente não tem tempo, é uma pessoa que trabalha de manhã, de tarde e de noite, não tem nenhuma outra pessoa que dê um apoio. [...] Então assim, você já passa a ter um manejo diferente daquele caso, de buscar apoio pra aquela criança, apoio dentro da família ou dentro de outras redes e que aquela criança consiga ter uma saúde bucal melhor. (R2)

Fazendo mesmo um comparativo de como eu entrei e de como eu saí, eu acho que quando eu entrei eu era só uma [profissional da saúde] recém-formada ali. Na residência eu tive a oportunidade de saber como, assim de entender melhor o que é ser uma profissional da saúde em termos de conhecimento em prática de campo mesmo no campo da saúde. (R2)

No aspecto de ser uma trajetória multiprofissional não exige os participantes de compartilharem perspectivas diferentes entre si e favorecerem um olhar construtivo de uma unidade sobre o cuidar em saúde. Portanto, há na multiprofissionalidade desta CP a construção de um fazer profissional único porque reafirma e reconstrói cada categoria profissional, e torna rico o projeto comum da ESF e a cooperação interprofissional.

Eu estou numa equipe multidisciplinar que tem psicóloga, tem assistente social e quando eu comentava isso com alguém as pessoas diziam: ‘ah que legal! porque você vai sair um pouquinho psicóloga, um pouquinho assistente social, um pouquinho enfermeira’. E aí hoje eu sempre faço essa fala: na verdade eu não acho que eu estou saindo um pouquinho psicóloga e um pouquinho assistente social, eu acho que eu estou saindo nutricionista multi, [...] consigo me enxergar nesse processo que eu me reafirmei enquanto categoria. (R2)

Nesse caso parece haver o reconhecimento de uma prática multiprofissional que afetará as trajetórias de seus participantes dentro da comunidade, e há também a desconstrução de um percurso anterior à comunidade que propiciará transformação na forma de encarar os fenômenos da saúde e o que se acreditava ser uma clínica do cuidado dentro de todas as possibilidades que ela carrega em si mesma.

[M]inha angústia muito grande quando eu cheguei [na Residência]: ‘Cadê minha sala? Eu quero minha sala, eu preciso de uma sala’ e enfim, eu descobri que eu não preciso de uma sala pra atender. Muitas vezes a gente atende na cozinha, no corredor, na rua, nas casas, nos outros equipamentos comunitários, e foi muito rico aprender isso, e ao mesmo tempo que foi muito rico, foi muito angustiante, porque eu via muito mais além do que aquele indivíduo, do sujeito inserido na comunidade, do sujeito social. E muitas vezes assim é instigante para estar questionando um pouquinho mais, mas ao mesmo tempo paralisante. A gente fica brincando que tem horas, e até eu estava discutindo semana passada com o preceptor, que eu me sinto totalmente impotente assim, mas vai muito além e esse sujeito precisa muito mais do que um atendimento [especializado], do que um atendimento interdisciplinar. (R2)

Este programa de Residência aloca residentes e preceptores em serviços de saúde com o intuito de melhorar o serviço. Dentro dessa lógica de gestão acredita-se que a Residência fortaleceria o serviço com benefícios, recursos e impacto de qualidade de atendimento. No entanto, vê-se em alguns lugares uma melhora e boa aceitação da Residência e em outros locais uma má aceitação exatamente por ser um grupo de pessoas que faz menor número de atendimentos e necessitam de salas, transporte para visitas e recursos como todos os outros profissionais do serviço. Muitas vezes, através de nossas observações de campo percebemos que o exercício da prática de residentes e preceptores gera impasses no serviço. Assim, indagamos como é que deve ser inserido um Programa de Residência nos serviços de Saúde. Este aspecto parece ser significativo para a fluidez de Residências em saúde e cooperação entre profissionais de um mesmo espaço de ações.

6.2.1.5 Futuro da trajetória

O olhar quando se dirige para o futuro da trajetória é mirar para si mesmo enquanto coletivo ou indivíduo, é encarar a identidade que foi sendo reconstruída e espelhada na prática e em suas produções de conhecimento. O interessante do relato natural dos residentes de segundo ano (R2) é a saída da Residência, pois o grupo estava em um momento de conclusão, o que não diminuiu os processos reflexivos dos frutos colhidos e o que levarão adiante. Relato a seguir alguns dos temas que aparecem nas falas sobre o futuro.

Fotos, diários de campo, comparações com os outros profissionais:

O trabalhador, ele vai fazendo aquilo ali e vai fazendo, vai fazendo só que ele não pára pra ver o que é que ele fez daquele processo todinho, qual foi o percurso dele e quando você pára para ver esse percurso... eu tomei um choque! (R2)

Essa precarização que realmente existe, ela acontece, mas o quanto a gente conseguiu superar algumas coisas e o que a gente desenvolveu na residência. Quando eu paro pra pensar, de primeiro acho que eu não fiz quase nada porque passa tão rápido. Da territorialização pra hoje parece que foi assim muito rápido, parece que não fiz nada, mas quando você começa a relembrar fotos, vê algumas atas de alguns momentos, vê o diário de campo, você diz: 'Poxa vida! Quanta coisa eu fiz!' (R2)

Eu pensava: você não deu o máximo de si, devia ter aproveitado mais, devia ter feito mais aquilo, devia ter investido mais não sei aonde, mas eu acho que realmente a gente fez o que dava pra fazer, o que o momento proporcionou e o que o espaço tinha pra oferecer. (R2)

[Quanto à] questão da implicação, também nesse momento que nós estamos no R2 de desligamento e eu sempre tive dificuldade de fechar processos e também é um pouco doloroso, porque quando a gente se implica, quando a gente se vincula, a gente vai sair e já sabe disso e não tem pra onde correr e essa implicação acaba de

alguma maneira, esse envolvimento com os processos, e eu acho que a gente está tendo até um zelo, um cuidado que a gente já tá começando a trabalhar isso de uma forma processual. 'Pronto, agora a partir de amanhã eu não estou mais aqui' e que eu acho que também isso é um aprendizado que a residência proporciona, não fomentado pelo preceptor, porque nós não temos preceptor no momento, e seria a gente reconhecer o papel dele e já estar se autogerindo. (R2)

O reconhecimento do papel do preceptor de território no momento do desligamento; uma equipe que necessitou criar processos de se autogerir pedagogicamente:

A gente acaba autogerindo esse processo por achar necessário. E o reconhecimento que no segundo ano de residência existe o papel fundamental da preceptoria de território. Essa questão do desligamento, [...] acaba querendo ou não você já começa a se reportar: 'ah, ano que vem eu não vou atender junto, ano que vem eu não vou ter as famílias pra acompanhar, porque talvez eu não vá trabalhar na atenção básica'. Então os conhecimentos da residência acabam e será que foi em vão? E isso por acreditar nesse programa, por entender que a gente vivenciou tão intensamente e acaba gerando às vezes crises pessoais porque você não vai conseguir exercitar aquilo que você aprendeu e que outras pessoas nem tiveram oportunidade de vivenciar. (R2)

O estudo de Pagani e Andrade (2012) sobre preceptoria de território observou-se a relevância deste profissional no território para acompanhamento de equipes e residentes, ou seja, é ser um educador e um cuidador trazendo uma abordagem problematizadora aos trabalhadores em locais onde a Residência esteja inserida. Portanto, parece ser um papel estratégico e significativo na ESF e na possível articulação entre Residência e os espaços de saúde na qual percorre.

No vislumbre da experiência de um espaço protegido, na temporalidade deste grupo estudo, vemos que as projeções futuras causam incertezas nos membros residentes por não perceber o espaço protegido fora do contexto da Residência:

Ou se for trabalhar na atenção básica não vai estar numa equipe multi tão integrada, tão próxima e que você consiga fazer seus sonhos, essas relações na tentativa de resolução dos casos. (R2)

Fora da Residência não haverá esse espaço. Como continuar numa comunidade de prática?

O pior é isso, não tem espaço pra discussão, pra reflexão e pra onde levar minhas demandas assim, porque é muito estranho, eu sempre tive nesse espaço, [...] um espaço como esse, um espaço de estar sempre refletindo, no primeiro ano de trabalho eu também tive um espaço que era de reflexão e também de militância e aí na residência também é e aí depois da residência tipo assim, eu não vejo como interromper isso, mas ao mesmo tempo existe a vida aí né e ninguém sabe. (R2)

Verdade, embora a implicação da gente não seja forjada, mas ela é de uma certa forma permitida e fomentada. Eu estou pensando muito no retorno né, porque eu vou retornar pra um serviço que eu conheço muito bem as fragilidades e eu não sei se eu vou poder incomodar o suficiente para tentar modificá-lo e ter experiências

próximas às que eu tive na residência, até porque quando você está num serviço você é cobrado de uma outra forma, cobrado de uma forma muito burocrática às vezes, de uma forma realmente muito biologicista, mas eu percebo muitas mudanças assim em mim até pessoais. (R2)

Na fala de um preceptor:

E aí quando eles saem da residência e voltam pro seu local de trabalho aquilo que incomodava lá naquele local da residência vai incomodar também lá porque lá ele não é servidor e só é servidor no outro e aí ela começa a influenciar no trabalho do colega que está lá com ele também e esse é o processo de aprendizagem. (P)

As CPs são fluidas e podem se desfazer ou se fortalecer a qualquer momento. O seu intuito não é se mantem de qualquer forma, mas elas existem enquanto houver motivação e paixão que as movas ([WENGER, 1998](#)). Ao refletirmos sobre a fluidez temporal da trajetória dos praticantes desta comunidade e nos darmos conta de que uma ‘afetação’ aconteceu dentro de seus processos de aprendizagem, percebemos que a importância desta perspectiva analítica de aprendizagem é denunciar as marcas de identidades que foram provocadas durante os dois ou mais anos de experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Fortaleza, mesmo que ela não se mantenha como estrutura institucional ou ganhe novas roupagens ao longo de sua constituição, mas gere profissionais de saúde implicados com o novo e o antigo dentro do sistema de saúde ao qual estejam vinculados.

6.2.1.6 Trajetória resignificada

Nos movimentos de exclusão e inclusão dos participantes da comunidade de prática percebe-se a negociação de sentidos fluindo e resignificando a identidade. A trajetória tem sempre a possibilidade de gerar novos sentidos, por seu caráter temporal. Por exemplo, num momento pode-se estar na condição de usuário do SUS e em outro momento profissional de saúde do SUS. São perspectivas diversas, mas essencialmente complementares. Vejamos alguns exemplos nas falas a seguir.

Este trânsito sofrido pela residente gera enorme possibilidade de aprendizagem ao criar estratégias de enfrentamento do sistema de saúde:

Num dia eu era usuária e era aquela usuária revoltada com os profissionais e com as práticas e ainda sou, e no outro dia eu era profissional e tava do lado deles [profissionais] vendo as dificuldades, vendo os empecilhos, vendo a questão do sucateamento e continuando vendo esse sofrimento e aí não tem como você se desvencilhar. (R2)

Outra residente descreveu-se primeiro como “acelerada” e depois “suavizando” ao ver-se retornando diferente para o antigo serviço pré-residência com implicações pessoais e profissionais:

Eu estava em outra frequência. Uma frequência assim muito acelerada e hoje assim fazendo uma leitura eu acho que eu fui diminuindo a minha frequência. E eu fui, de uma certa forma, suavizando. E então assim, eu percebo uma mudança também pessoal e não só profissional. Não tem como você não ampliar o seu olhar e você não apreender algumas ferramentas e você passar a inseri-las mesmo no seu cotidiano. Já que eu não posso mudar a prática do outro, eu posso pelo menos tentar mudar a minha prática pra tentar incomodar o outro, para pelo menos tentar enxergar uma nova forma de fazer. [...] Para mim foi um pouco difícil porque as outras colegas do posto onde eu estou inserida na residência, eu já tinha uma aproximação com elas anteriormente à residência, então muitas vezes elas colocavam: ‘Mas tu faz isso porque tu está na residência. É um espaço que não existe e muitas vezes eu ficava me questionando: ‘poxa, será que é tão inatingível assim’? Então assim, se você não pode mudar, você pode pelo menos tentar incomodar pra fazer com que o outro reflita. (R2)

Na análise abaixo, feita por uma preceptora, vemos a visão da história antiga e do encontro com a história presente desta Residência. Os desgastes, os desencantos e as relações sucateadas infringidas a esta Comunidade:

E aí esse [processo] novo, ele foi sendo muitas vezes descuidado né e muitas vezes atacado. Descuidado no sentido de não dar conta de um processo tão gigantesco, que a primeira turma entre docentes e discentes, nós éramos quase cem pessoas e atacados por conta de todas essas questões que o [colega preceptor] falou, que o [outro colega preceptor] pontuou, principalmente do desrespeito enquanto a nossa situação de trabalhador, que na primeira turma ainda era muito pior porque os residentes também sofriam essas questões de desrespeito e aí pra mim uma coisa que é muito emblemática, eu engravidei na primeira turma.[...]eu assisti o vídeo da nossa primeira semana na residência antes dos residentes chegarem e aquilo mexeu muito comigo porque aquela vontade, aquele sonho, aquele encantamento que a gente tinha naquela primeira semana ele não tava mais em mim, naquele momento passados um ano e poucos meses da residência diante de tanto desgaste. (P)

Eu aprendi muito como residente, estava na luta dizendo que a Secretaria de Saúde não prestava e não sei o que, mas tinha a humildade de dizer que aprendia muito como residente. (P)

No entanto, a atenção primária à saúde impõe à ESF lidar com situações-limites que colocam a prática sempre em questão de reflexão e até em suspensão. A necessidade de reinventar a trajetória dos participantes por acreditarem no projeto de transformação do SUS:

Como [profissional] eu vinha da [área específica de atuação] e queria sair daquele núcleo chato do suposto saber onde a galera acha que a gente sabe tudo e na verdade não sabe nada, a pessoa chega lá surtando na nossa frente e a gente vai aprender naquele momento, e eu aprendi muito nisso; não exatamente chegava surtando – como a gente atendeu algumas, mas não era isso toda hora – só que tinha um saber fazer da [categoria] que era ali no ato com a supervisão, no limite que era a miserabilidade da vida das pessoas ali [CSF] onde fui residente e isso colocava a gente numa criatividade que ou aprendia ou pedia pra sair. (P)

6.2.1.7 Preceptores que foram residentes

Alcançar o centro da comunidade pelo amadurecimento é tornar-se um participante pleno e sair da periferia, no sentido de manter-se integrado a comunidade de prática. Não queremos preconizar que deva necessariamente ser esta a trajetória ‘correta’ a ser exigida como meta da comunidade de prática, ou seja, objetivar que seus participantes se tornem plenos, pois pode ocorrer de membros continuarem na periferia da CP e mesmo assim se beneficiarem do processo de aprendizagem pelo contato que tiveram com o grupo. No entanto, se houver a possibilidade da ocorrência deste percurso dentro da Residência veremos que se configurará novos elementos na dinâmica do coletivo e do indivíduo.

Nesse caso, preceptores que relatam a vivência da entrada e da saída da trajetória de residentes e continuam enquanto preceptores é algo que deve ser considerado, no sentido de ocuparem não o lugar de expertise na CP, mas de atores que possam gerar processos de encontros geracionais (entre os participantes) significativos:

Passada a Residência, todas essas dores, é interessante a gente depois vivenciar o processo de dentro enquanto residente e depois não tão de fora, mas não mais como residente e sim como preceptor, que a gente vai identificando esses processos de crescimento, de desenvolvimento e de amadurecimento do próprio profissional. (P)

Na fala abaixo vemos o preceptor enunciar o projeto de motivação no qual a abordagem multiprofissional se afilia, ou seja, trabalhar com o ensino em serviço, por ser este o grande potencial de transformação do trabalhador do SUS:

E eu estou, vai fazer, nessa brincadeira, quase dois anos já de preceptor e atualmente com duas turmas a gente está fazendo preceptoria ao mesmo tempo turma II e turma III na Residência de Fortaleza. [Quanto à] motivação, eu acho que tanto a identificação com a área da atenção primária, com as políticas públicas, com mais ênfase e de gosto na atenção primária e a idéia de trabalhar com ensino em serviço e das atividades pedagógicas sem dúvida é a que eu mais me identifiquei até agora, no ensino em serviço. (P)

Vale ainda comentar que a segunda e terceira turma desta RMSFC já tem seus atuais preceptores (no momento do estudo) que tiveram trajetórias provenientes da primeira turma da Residência. A primeira turma tinha em sua grande maioria preceptores convocados para atuarem nesta área, mas que não apresentassem vínculos prévios com a Residência, afinal estava nascendo aí um programa e um potencial de CP. Agora já vemos esta peculiar inserção de preceptores que passaram pelo programa. Esta característica também foi

observada da Residência Médica em Saúde de Família de Fortaleza, onde seus preceptores oriundos da Residência permanecem como docentes em serviço do programa.

6.2.2 Quem é a Residência? “Eu acho que a Residência é séria, engraçada, multi, contraditória, é esse espaço”

Nesta categoria de análise nos debruçaremos sobre os aspectos instrumentais do que é vivenciado por seus participantes como uma comunidade com identidade. Para isso subdividimos da seguinte forma: fortalecimento do coletivo; a casa; afetos, interesses e cenários; e identidade profissional.

A pergunta acima – “quem é a Residência?” – deu-se no decorrer desta investigação como algo instigante, pois a Residência durante as falas dos participantes não foi nomeada significativamente como um programa formal de estudo ou aprendizagem técnica. A institucionalização da Residência existe de fato como estratégia de formação e política governamental de educação permanente, mas não aparecem, nas políticas e em seus editais, a sua configuração também informal e as vivências de residentes e preceptores como uma comunidade de prática que gera e transforma identidades individuais e coletivas. No entanto, foi emblemático nas falas de residentes, principalmente, nomear a Residência como “ela não deixa a gente e não larga a gente”. Esse aspecto nos chamou atenção por demonstrar que houve uma apropriação na participação desse espaço que extrapola os ditames institucionais. E parece também que será dessa extrapolação de significados atribuídos à Residência que emerge uma força ou poder aos seus membros para buscarem alternativas e diferenciais para sua prática.

Eu fiquei pensando em como as pessoas se referem e falam da Residência: ‘como é que está a Residência?’ como se fosse uma pessoa. Meus amigos me perguntam muito isso [...] ou então chegam: ‘ah, eu estou tão preocupada com a Residência!’ É muito engraçado porque ela se tornou parte da gente e tão parte de mim que é uma questão de identidade mesmo. [...] Acho que vai juntar com outras coisas que formam essa identidade, acho que não vai ter essa separação não. Com certeza a nossa Residência é diferente da Residência dos R1, porque são pessoas diferentes, são processos diferentes. (R2)

Na fala abaixo vemos um pouco o questionamento de R1, membro novo ainda na comunidade, expressar se a Residência teria o formato de uma graduação ou seria um projeto de comunidade de prática:

Eu entrei na Residência pensando que ia toda uma programação como você entra na faculdade e você recebe todo o programa do semestre, tal dia tem prova, tal dia tem aula e tudo bem direitinho, e com o passar do tempo a gente começou a ver que as coisas não aconteciam, a parte metodológica, pedagógica não estava funcionando muito bem e eu chegava a pensar [se] será que tanto esforço ia valer a pena, [se] tanta cobrança que a gente estava recebendo [...](R1)

Assim sendo, vemos que R1s acreditavam que a Residência seria algo formatado e necessariamente estruturado. Existe sim uma formatação com aulas, preceptorias, rodas de trabalho e compartilhamento de experiências e conhecimentos. No entanto, nesta Residência houve a possibilidade de que muito desse formato fosse buscado pela própria comunidade, a ponto de uma identidade começar a se formar na apropriação deste lugar de aprendizagem.

A busca de uma nova configuração de aprendizagem onde a participação em discussões de casos ou avaliação por portfólios exigem, de quem não está acostumado a este formato de participação, um sentimento de angústia por não compreender a plasticidade que muitas vezes a comunidade solicita. Isso acontece, inclusive, no sentido de fomentar engajamentos mútuos e facilitar a incorporação de repertórios que sejam comuns aos seus participantes:

A gente tinha as coisas do território, muita coisa pra fazer no território e ainda tinha as coisas por fora da Residência, os estudos de caso, portfólio pra entregar, muita coisa pra fazer tanto no território e nas atividades da unidade, quanto às atividades da própria Residência, então eu acho que poderia não dar conta e estava muito pressionada, muito estressada e foram esses motivos que me levaram a pensar em desistir. (R1)

Na fala abaixo vemos uma interessante observação de um R1, ao mencionar que a Residência cria uma potência contra ela mesma, pois permite que nesse espaço “protegido” – aspecto no qual iremos nos ater mais adiante, quando falaremos dos espaços da Residência – sejam criados momentos de reflexão que trazem potência sobre a prática, mas que rompem com os atendimentos indiscriminados e sem tempo para reflexões ou estudo, o que na maioria das vezes permeia a prática da atenção primária e da saúde como um todo. No estudo de Almeida, Giovanella e Nunam (2012), coloca-se que a insatisfação dos usuários com a APS se dá, dentre outros aspectos, pela insuficiente comunicação e articulação entre prestadores e profissionais de saúde, e pela ausência de uma cultura de colaboração. No entanto, os autores apontam que um dos caminhos para este desenlace é estabelecer objetivos comuns entre os profissionais de saúde no sentido de colocar o usuário como centro do cuidado, considerando suas necessidades e expectativas.

Dessa forma, há a importância de garantir aos profissionais a pausa para conhecer, analisar e traçar projetos a partir desses usuários. Disso vem a relevância dada dentro da

Residência para a territorialização na inserção do território e o planejamento participativo no resgate dessas necessidades vindas dos usuários.

Agora a gente está nesse processo de territorialização e a gente vai fazer isso, então de certa forma é protegido, e a gente também tem momentos de análise para refletir um pouco sobre a prática e acaba que os profissionais no seu cotidiano e nos seus processos não têm. (R1)

A Residência cria um processo de potência contra ela mesma dentro da própria carga horária dela. Isso é superinteressante, porque ao mesmo tempo em que oprime e precariza quase tudo a que se propõe a fazer também permite que haja espaços como esses que podem reverter e de certa forma unir um pouquinho. (R1)

Portanto, a pergunta é: Quem é a Residência? Será essa que, por um lado, trabalha contra si mesma e, por outro lado, potencializa a si mesma? Ou serão esses dois movimentos que a própria CP cria para se sustentar?

6.2.2.1 Fortalecimento do coletivo

Um aspecto importante desta Residência multiprofissional em Fortaleza – desde a primeira turma de residentes de 2009 já formados, e dos quais muitos se tornaram preceptores da segunda e terceira turma vigentes desse estudo – é a fragilidade quanto aos aspectos de remuneração de bolsas. A primeira turma teve em diversos momentos atrasos de recebimento por parte da SMS de Fortaleza, após repasse financeiro ministerial, que acarretaram em muitos momentos de paralisação do grupo. A partir da segunda turma, os residentes passaram a receber suas bolsas diretamente do Ministério da Saúde. No entanto, as bolsas de preceptores passaram a ser contrapartida da gestão municipal, com consequentes atrasos e descontos. Os movimentos políticos decorrentes destes atrasos fragilizaram bastante os membros da Residência, mas por outro lado geraram um movimento de maior coesão coletiva na busca de reconhecimento micro e macro político das instâncias de gestão, acarretando em força política para manutenção da CP. A conectividade da comunidade está maior neste momento frágil:

Fragmentação tem sim porque têm pessoas diferentes, são bem diferentes, objetivos diferentes e também agindo diferente. Há sim uma fragmentação, mas eu não acho que ela chega a ser fragmentária dos processos. Mas, no final das contas, apesar das diferenças, eu acho que no momento atual a gente está num momento mais fortalecido enquanto coletivo maior. Eu não sei enquanto identidade, mas pelo menos muitas coisas comuns nos unem mais e nos deixam mais próximos. Faz sentido fazer as coisas coletivamente, a gente meio que caminha mais ou menos no mesmo rumo. (R1)

Uma das coisas que eu pensei que fortaleceu o coletivo foi exatamente o reconhecimento das diferenças, que a gente vivenciou isso mais intensamente nesses últimos dias, que a gente teve que realmente optar por paralisação, mobilização e a gente, depois de muita conversa, conseguimos entender o processo de cada um nessa história. Como é que cada um faria a sua mobilização pessoal também, como é que mesmo você estando no território – porque você priorizou algumas coisas e você não quis guardar o atendimento que você achou que era importante – mas como você vai usar aquele espaço se mobilizar e mobilizar as pessoas também, e respeitar esses processos individualistas. E o importante é isso pro fortalecimento coletivo, e eu acho que é um aprendizado pra todo mundo. Deu muito trabalho, mas parece que o resultado foi bem legal, pelo menos em termos de deixar o grupo mais coeso. Apesar das diferenças, acho que isso aí é a coisa mais interessante. (R1)

6.2.2.2 *O pertencimento: a família*

Esta categoria tem sua ênfase no pertencimento à Residência e poderia muito bem estar ligada a primeira dimensão de análise desse estudo que procurou discorrer sobre o pertencer a uma comunidade. Entretanto, optamos por mencioná-la dentro da dimensão Identidade, por percebermos que há necessariamente uma indissociação entre a influência desses aspectos na aprendizagem social e porque ao sentirem a Residência como uma família, o que se evidencia na fala abaixo, vemos o lugar de familiaridade e consonância que as interações sociais dentro da CP podem ir ganhando ao longo da trajetória. E este aspecto está fortemente fundido a identidade dos participantes.

Eu pertenço mesmo. A gente queria que pertencesse pouco. Acho que a gente pertence à Residência mesmo. Nós somos dela. E eu acho que principalmente nesse momento que a gente está vivenciando agora, pelo menos eu. [...] O coletivo é como se fosse uma família, se alguém de fora vier falar, eu vou defender né: [...] ‘espera aí, não é assim, você entendeu errado, e vamos tentar conversar’. [...] Nesse momento que a gente [...] está fazendo essa mobilização eu estou me sentindo mais acolhida, mais pertencente à Residência. (R1)

Colocamos, dessa forma, o questionamento se esse ‘familiar’ construído dentro do convívio da Residência pode gerar cristalizações em seus agentes pautando-os somente àqueles que lhe são comuns e refletem uma interação já construída e coibindo um agir-comunicativo no sentido harbermasiano do termo ([PEDUZZI, 2001](#)). Por conta desse aspecto – ao qual não temos necessariamente uma resposta – vemos residentes criando laços afetivos de companheirismo ao longo desses encontros e percebemos também como necessária a entrada de novos membros para que novas relações de prática se configurem, respeitando que desencontros e embates nesse espaço seja possível de ocorrer.

E muitas vezes eu me incomodei, às vezes cansado, exausto, mas o povo não pára de falar disso de Residência e ficou falando de Residência, mas é um negócio assim que agora a gente percebe que faz parte da nossa comunicação mesmo enquanto

profissional. Às vezes a gente fica se valorizando, [...] mas a gente não vê o quanto a gente se empenha, o quanto a gente coloca energia nisso e eu acho que esses espaços informais de certa forma tinha uma carga formal muito grande e assim o nosso processo formativo que é fantástico assim pensar neles. (R2)

Por outro lado, nesse caso há o reconhecimento de uma afetação que se dá nessa conjugação familiar entre os participantes, que pode gerar uma mudança do olhar para a prática e as questões da saúde, ou seja, a possibilidade de uma metamorfose identitária e não só a representação de um único personagem, trazendo elementos da dramaturgia, de acordo com a teoria de Ciampa ([LIMA, 2007](#)). No entanto, quais as identidades que irão se construindo continuamente ao longo da jornada histórica das pessoas dependerão de suas trajetórias de vida no sistema em que estarão inseridas.

Assim sendo, vemos que se há aqueles que em sua trajetória não se engajam mutuamente com aqueles determinados participantes, não podemos afirmar que não houve transformação da identidade ou da prática, pois a questão é que ninguém sai igual de uma CP mesmo sem que a trajetória plena dentro da comunidade tenha acontecido.

6.2.2.3 A Residência enquanto uma casa

Aqui se apresenta uma nova metáfora de quem é a Residência, uma imagem que não está nos gabinetes administrativos e sim na prática e na experiência negociada que traz o sentido dessa prática:

Eu vejo [que] a Residência é uma casa e acho que a comunidade, os usuários [...] são os donos do terreno, [...] e a gente vai meio que construir essa casa lá, se eles deixarem, se eles entendessem, se estiveram a fim de articular com a gente. [...] E outra coisa, a Residência não existe nos gabinetes administrativos, ela existe no território e o terreno [em] que essa casa foi construída é do povo que está lá A Residência, acho que é a gente, atores do programa, mas sem as pessoas do território talvez perca completamente o sentido. (R1)

Na estrutura de uma casa, seus pilares são a comunidade, o território e o serviço. Para não se abalarem esses pilares haverá de ter união e cooperação entre seus participantes:

Usando a imagem da casa e a Residência enquanto uma casa né, [...] acho que eu vejo todos os fatores do programa, inclusive território, a comunidade, [o] usuário como pilares dessa casa [...] que mantém ela em pé. [...] Acho que é fundamental o interesse de todos pra que haja realmente algo chamado Residência que é espaço estratégico, que acolhe e que problematiza, mas se tirar qualquer um desses elementos fica muito preocupante e é o que está acontecendo agora e a gente não quer, a gente não quer que esses pilares se enfraqueçam e nem que a gente perca simplesmente e quanto tempo a gente vai aguentar. (R1)

6.2.2.4 A Residência enquanto pluralidade de pessoas, afetos, interesses e cenários

A RMSFC aparece descrita enquanto uma entidade que agrega valores plurais na perspectiva de seus participantes. Além de denotar forte carga afetiva em quem participa dela, percebemos acordes de encontros e desencontros entre seus participantes e que, portanto, ela aparece para o grupo também de maneiras paradoxais, extrapolando uma possível e às vezes esperada linearidade de sua composição.

Mas eu acho que a Residência ela é séria, ela é engraçada, ela é multi, ela é contraditória, ela é esse espaço né. (R2)

A Residência é uma conjuntura de cenários, processos, participantes, práticas e interesses. Ou seja, as bases de uma Comunidade de Prática que articula aprendizagem e fazeres múltiplo:

Eu acho que a Residência é aquilo que a gente conseguiu construir e que os atores se implicaram, e dentro desses atores alguns residentes mais ou menos. Não sei, mas acho que de certa forma todos estiveram implicados com isso apesar de serem poucos e uns mais e outros menos, mas todos tiveram nisso, e não posso generalizar em tudo o corpo de preceptores, mas alguns especificamente a gente sabe que compram a idéia e que vão adiante. Eu acho que a Residência que a gente tanto fala é uma conjuntura, não são as pessoas. Na verdade, é tudo junto, é o fato da gente ter caído nas equipes, a gente ter caído no mesmo ano num programa né, são os preceptores que passaram pelo nosso caminho ou que ainda estão, é a forma mesmo como a gente vai orientar; enfim, tudo isso, são os territórios onde a gente está. Porque a Residência é essa mistura dos espaços, das pessoas, das atitudes, dos interesses, eu acho que é tudo isso junto, não dá para chamar que é alguém e nem que é um lugar. Acho que são as vivências assim. (R2)

Ela também é vista como sendo os ‘nós, os residentes’. Vemos aqui uma identidade construída, ou seja, a identificação com toda a conjuntura da Residência. O programa é de quem está disposto a construí-lo.

A gente conhece várias histórias de residentes que passaram pela Residência e nada, e não fez diferença nenhuma na vida e parece que nem fez Residência [...] e por isso que diz fazer Residência é diferente porque esse negócio muda a nossa visão e atuação pessoal a nível das coisas e profissional também, é um espaço de afetação muito intenso. E quem é Residência? Somos nós, que nos mexemos, nos articulamos e tal, não só nós residentes, mas preceptores, nós coordenadores também. Nem todos coordenadores são iguais, uns mais participativos e outros menos. Eu acho que é isso, é o conjunto das pessoas, e se sumirem as pessoas, da Residências não tem mais Residência não, só tem bolsas do Ministério. (R1)

[A Residência] somos nós! Principalmente os residentes. [N]esse processo de precarização eu acho que até os residentes se fortalecem, ainda mais como equipe pra se agrupar e se protegerem, e [assim] superarem as dificuldades e se apoiarem e se adaptarem. [...] Eu entrei na Residência pensando muito no apoio pedagógico que eu buscava, uma aprendizagem em serviço, mas eu achava que teria também muito fortemente a questão do apoio pedagógico, o preceptor de território, o preceptor de

categoria. Mas hoje, concluindo a Residência, o fortalecimento da Residência foram os residentes. Eu acho que [quanto a] esse processo de precarização do programa de Residência em si, eu acho que a Residência é quem está disposto a fazer a Residência e quem se vê enquanto Residência, [...] [os] atores que se viram enquanto residentes, que apostaram na ideia da Residência. (R2)

6.2.2.5 *Identidade Profissional*

Ao identificarmos toda uma Identidade coletiva que se reconstrói nessa não-linearidade nos voltamos também para indagar qual o retorno deste investimento afetivo e material destes participantes na prática de trabalho destes profissionais. Muitos dos membros começam a perceber dentro de seu núcleo profissional os avanços na construção de uma identidade profissional ‘modelada’ a partir desses encontros de gerações e de movimentos de participação e não-participação na Residência. Eis, a seguir, falas exclusivas de preceptores, que por estarem numa posição de acompanhamento pedagógico e de prática desses residentes, enfatizaram mais fortemente as percepções de competências das categorias profissionais que estavam mais direcionados. Nesse caso optamos por manter identificadas as categorias profissionais por percebermos necessária essa explicitação e por não identificarmos maleficiência do dado apresentado:

[A Residência está] contribuindo para a formação de assistentes sociais que têm uma atuação na estratégia saúde da família e que têm uma formação que une esses dois elos que é o serviço social e que é o saúde da família. (P)

Quando você pensa fisioterapia você pensa logo naquela pessoa que vai pra uma clínica, que vai ali e vão colocar aparelho e fazer um monte de exercícios, [...] e a pessoa vai todo dia, vai três vezes na semana. Não é assim que acontece na saúde da família, é de uma forma diferente e dentre todas essas adversidades de você vencer isso, até mesmo para os profissionais que estão lá, médicos, enfermeiros, as outras categorias, dentistas, que não conheciam e a gente tem que mostrar essa diferença. A gente tem que dizer: nós somos fisioterapeutas, mas nós não somos meramente reabilitadores como vocês conhecem. Eu vejo o aprendizado, o crescimento das residentes, eu vejo isso, principalmente as meninas que hoje são R2 eu vejo que elas fazem diferente, elas conseguem fazer diferença no território, elas conseguem dentro de alguma dificuldade de criar possibilidade de fazer um atendimento, de buscar dentro delas mesmas força e conhecimento pra ta gerindo essas situações, e conseguindo vencer todas essas atribuições. (P)

Notamos nessas duas falas a importância em se gerar profissionais que dialoguem suas categorias profissionais com a ESF. Há algo que implica uma nova prática a ser efetivada e muitas vezes precisa ainda ser descoberta por esses profissionais, mas há também o fortalecimento de conseguir desconstruir modelos hegemônicos da saúde na qual muitas vezes os trabalhadores ficam condicionados a exercer. E a ESF exige por seus princípios que esse

salto paradigmático seja lançado e experimentado e parece que a Residência propicia isso por conta de suas características.

Na fala abaixo, vemos que o preceptor diferencia o patamar de interesses e conhecimentos fomentados pela Residência em contraponto às equipes NASF que estão dentro do mesmo espaço de prática e tem território em comum:

O que diferencia, eu vejo que são os interesses, que da Residência existe interesse nisso, em gerar conhecimento, em mexer, em dar upgrade, em melhorar, em dar um salto de qualidade que, às vezes, dentro do território no NASF não existe esse interesse. (P)

A seguir colocamos a questão se seria importante que todos os profissionais que compõem a ESF devessem passar pela Residência como forma de aprimoramento e estratégia de fortalecimento dos princípios da APS, ou se a Residência enquanto CP inserida na ESF poderia gerar pontes significativas de interlocução com outros profissionais de saúde que estão na prática comum exercendo seu ofício no mesmo território. Não temos respostas prontas e assertivas mais uma vez, mas vemos na fala abaixo também esta dúvida do preceptor:

Eu pensei um tempo em ser obrigado, todo mundo ter que fazer Residência, e eu fiquei viajando... [...] Mas [...] realmente fica muito diferente, tem muito gasto, gasto da pessoa, do trabalhador porque são sessenta horas, gasto do corpo docente, gasto de uma política pública e gasto financeiro pelas bolsas, etc. Aí eu fiquei pensando: Nossa! Eu aprendi muito como residente, estava na luta dizendo que a Secretaria de Saúde não prestava e não sei o que, mas tinha a humildade de dizer que aprendia muito como residente e eu aprendi muito como residente. (P)

6.2.3 Relação com as fronteiras e bordas da Residência: gestão, servidores de saúde, comunidade.

Uma CP não fica e nem deve ficar numa ilha, e suas fronteiras ou limites fomentarão também atritos e tensões. Enquanto houver tensão, pode-se refletir que há uma tentativa de que algo continue a existir na CP, e que tais atritos também poderão trazer possibilidades de desenvolvimento dentro da comunidade. Por que é tão necessário perceber essas fronteiras mesmo quando são silenciosas? Wenger (2010) justifica que a prática compartilhada em sua própria natureza cria de antemão limites. Além disso, como já mencionado no capítulo sobre comunidades que praticam, nas fronteiras o aprendizado tende a apartar a experiência e a competência dos participantes, expondo-os a uma competência

estrangeira. Este aspecto enriqueceria o aprendizado por tirar seus participantes da zona de conforto. No entanto, é importante que esta tensão ainda permita uma proximidade entre competência e experiência, ou seja, uma tensão que seja geradora.

O autor traz que as fronteiras ainda possibilitarão que a paisagem da comunidade se reconfigure e se transforme e assim, que não ocorra acomodação em excesso de seus participantes como já dito acima. Uma CP não é necessariamente um campo harmonioso de forças e serão os contrastes propiciados por suas fronteiras que impulsionarão outros achados ou outros conhecimentos a serem buscados dentro do projeto comum da comunidade de prática. Portanto, há algo inquietante e excitante, às vezes, até desconfortável, mas sempre atraente sobre tais encontros com o desconhecido e com o mistério do outro. Assim sendo, é um convite para se explorar a borda da própria competência ao aprender algo novo e revisitar as próprias verdades e expandir o horizonte ([WENGER, 2010](#)).

Essa tensão geradora, segundo a teoria de Comunidades de Prática, requer: 1) a interação sobre algo comum; 2) o engajamento com as diferenças; 3) a suspensão de julgamentos; e 4) a tradução dos repertórios.

Os limites são fontes de novas oportunidades, assim como também de dificuldades potenciais. Em um sistema de aprendizagem, as comunidades e os limites podem ser de ativos e passivos de forma complementar. ([WENGER, 2010](#)).

As comunidades de prática podem apresentar uma competência ‘especializada’, mas também podem se tornar reféns de sua história, ficando isoladas ou na defensiva, fechada ou orientada para o seu próprio foco de interesses. E nesse caso, os limites ou as fronteiras podem criar divisões e serem fontes de separação, fragmentação, desconexão e incompreensão. Por outro lado, eles também podem ser áreas de aprendizagem incomum, ou seja, aqueles lugares onde se encontram o surgimento de novas perspectivas. E radicalmente, novas perspectivas surgem com frequência nos limites entre comunidades. O autor traz a seguinte reflexão sobre estas fronteiras ao imaginar uma especialização como a psiconeuroimunologia: seu próprio nome reflete o seu nascimento na intersecção de múltiplas práticas. Vemos que é o mesmo caso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Ao mesmo tempo em que as comunidades de prática se diferenciam dentro dos cenários nas quais estão inseridas, elas também podem apresentar bloqueios de acesso aos outros que não participam dela. Assim sendo, as CPs constituem um complexo cenário social das práticas compartilhadas, mas apresentam também limites, periferias, sobreposições, conexões e encontros. Assim sendo, a textura de continuidades e discontinuidades desta

paisagem é definida pela prática e não por filiação institucional. Além disso, a paisagem assim definida é uma tecelagem de ambas: fronteiras e periferias da CP. ([WENGER, 2010](#))

Aqui neste momento analítico optei por estabelecer as relações com as fronteiras compreendidas dentro dos seguintes tópicos: NASF versus Residência; servidores de saúde não-residentes e fragilidades das políticas públicas de saúde.

6.2.3.1 NASF × Residência

A RMSFC de Fortaleza se caracteriza como um programa formativo que tem como objetivo especializar profissionais para atuarem nas equipes de referência – enfermeiros e dentistas e nas equipes NASF – fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais.

Assim sendo, a RMSFC atua em território concomitantemente com todos os profissionais acima descritos e que não estão na formação da Residência. Dessa forma, muitos encontros e desencontros presenciais e conceituais vão sendo tensionados nessas fronteiras. Percebemos que comparações são feitas com profissionais não residentes do NASF como:

Eu via tantos absurdos enquanto profissional do NASF que eu ficava vendo os outros [colegas de categoria], como eles atuavam e eu ficava ‘gente, não é pra ser assim’. E não que eu me acho o supra sumo, mas eu acho que eu sou pelo menos mediana. E eu queria poder passar o pouco que eu sabia pra alguém. Claro que [...] todas as meninas que são minhas residentes todas são profissionais formadas, mas nessa turma todas elas são formadas exatamente de uma forma meramente reabilitatória, porque infelizmente a [minha categoria] ainda tem esse viés muito forte, muito forte e isso tá começando a mudar na [minha universidade]. (P)

Os membros de uma CP podem contribuir com a sua competência ao participar de outros projetos e equipes multifuncionais que irão combinar o conhecimento de múltiplas práticas para que algo seja realizado. Dessa forma, criam-se ciclos de aprendizagem que combine com o desenvolvimento de capacidades nas pessoas. A Residência se prepara para formar equipes de trabalho trazendo para dentro da prática do trabalho as competências desenvolvidas dentro da comunidade:

Eles [os residentes,] são profissionais da unidade, [...] porque hoje e até a maneira como eu vi há tempos atrás, que eu falei que escutei de uma profissional da saúde da família dizer assim: ‘A Residência cria para a gente [NASF] continuar e hoje eu já vejo diferente. (P)

A relação com o NASF e Residência, ou seja, alguém que se integra à comunidade da Residência e trabalhou anteriormente no NASF percebe diferenças na atuação

em territórios diferentes – o que traz a singularidade das práticas em cada local da ESF. O que se coloca essencialmente é a diversidade que vai se apresentando nas atuações e que podem ser ricas quando compartilhadas nos diversos cenários.

Assim, em relação a mim como residente, eu acho que por trabalhar três anos no NASF – e por ter trabalhado no NASF, acho que seria tranquilo aqui, eu já tenho três anos de experiência de NASF - mas assim, eu senti muita dificuldade na realidade de como se configura a estratégia saúde da família na capital e no interior. Eu vi muita mudança assim, muita coisa diferente. (R1)

Muitas vezes essa diferença se coloca com práticas e princípios diferentes, por exemplo, substituir uma clínica-centrada no indivíduo:

Eu tive muita dificuldade. Quando eu atuei no NASF onde eu trabalhava eu trabalhava mais de fato como [profissional de uma categoria] clínica, inclusive a gente tinha um prédio no NASF que era separado das unidades de saúde, então tinha dois turnos só pra gente se deslocar pros postos de saúde mais longe, pros distritos mais longe. (R2)

A relação com outros atores do cenário da prática que podem fazer eclodir sentimentos de impedimentos e desempoderamento:

Quantas vezes eu tinha e tenho ainda muita raiva assim, raiva do coordenador do posto, que dá vontade de mandar pra puta que pariu, o pessoal do NASF, assim, puta que pariu! Você vê, o espaço protegido que é a Residência, mas a gente consegue sentir a potência daquilo [ESF] e a gente vê algumas pessoas desprezando aquilo e isso dá muita raiva. (R2)

Eu fiquei pensando, por exemplo, em relação ao processo de trabalho, integrar o NASF em algumas situações [da RMSFC], por exemplo, lá na equipe da gente, quando eu era residente e em alguns momentos de roda de equipes estavam [NASF] lá com a gente, a gente não conseguiu integrar quase nenhum dos momentos pedagógicos e são produtos que são imateriais, mas que estão ali, profissionais que esses sim vão ficar, são políticas públicas e devem ficar ou não com a precarização. (P)

Assim, mesmo quando as comunidades de prática ao vivo e definem-se dentro de um contexto institucional, seus limites podem ou não coincidir com as fronteiras institucionais. E mesmo quando as comunidades de prática são formadas mais ou menos ao longo dos limites institucionais, entrelaçarem todos os tipos de relações de caráter periférico que borram as fronteiras. Os limites institucionais apresentam distinções claras entre dentro e fora. Por outro lado, os limites da prática são constantemente renegociados, definindo formas muito mais fluidas e com texturas de participação ([WENGER, 2010](#))

A fluidez de renegociação dos limites da prática acontece dentro da Residência e muito pouco dentro do NASF que acaba em muitos casos representando um modelo de atuação profissional recluso aos limites institucionais que eram impostos. Muitas vezes

notamos em nossa prática rotas de fuga para o NASF quando percebiam que algo precisava ser superado naquela atuação. Muitos colegas NASF timidamente se integravam as rodas de categoria para debater, escutar e participar de alguma forma das reflexões sobre as práticas compartilhadas. No entanto, em muitas situações havia impasses, principalmente, na construção desta prática dentro da ESF. Por exemplo, abaixo vemos que o processo de territorialização no qual passam os residentes no período de inserção no território não acontece nas práticas de inserção dos profissionais NASF quando adentram o campo de trabalho:

A Residência, esse processo que os meninos passam de territorialização que são três meses, um processo que eles vão conhecer o território, que eles vão conhecer onde é que eles vão pisando, o que eles vão fazer ali, conhecer as pessoas, conhecer a rede que está ali, eles fazem isso muito bem feito, com todas as adversidades e dificuldades e elas acontecem todo o percurso. Nós NASF nós não dizemos isso, simplesmente quando nós chegamos nós não sabíamos. A gestão chegou pra gente e disse assim, vocês vão conhecer o território. (P)

6.2.3.2 *Servidores de Saúde não Residentes*

Mais uma vez frisamos que a Residência fará grande parte de sua formação dentro do serviço que está funcionando dentro da rede pública de saúde local. Esse lembrete é apenas para lembrar que os acordos, pactuações e trabalho em equipe implicarão todos os trabalhadores do local. Esta é mais que uma convivência necessária, ela é parte da formação dos residentes, ou seja, melhorar apoios de assistências ou pedagógicos a todos os trabalhadores:

Por exemplo, na unidade que a gente tá até hoje um período de nove meses de Residência a gente está tentando explicar pra algumas pessoas o que é essa Residência e muitas vezes se apresentando: 'ah, você que é a [profissional de uma determinada categoria]?!' então a gente vê [que] não tem roda de gestão [no posto], muitas vezes e as coisas são precarização da atenção básica que se estende também a nós que estamos lá né. (R1)

Não dá vontade de deixar de lutar pela causa. Na verdade a gente acaba sofrendo uma parte especificados problemas e que eu acho que os trabalhadores de saúde do posto que a gente trabalha também sofrem todo dia, opressão de todos os tipos e a gente tem até um espaço protegido pra pensar sobre essas opressões e fazer alguma coisa diante disso. (R1)

A gente está ali pra se formar enquanto trabalha o saúde da família e eu acho que a precarização da nossa formação enquanto se trabalha é muito grave, porque a gente vê diversos trabalhadores precarizados que trabalham muito com a gente, nossos colegas de trabalho que tem precarizações semelhantes as nossas e a gente supostamente tá tendo uma pós, tá tendo um adicional de formação pra aquela realidade. (R1)

Percebemos uma compreensão dos residentes sobre a realidade trabalhista na qual todos os profissionais de saúde da APS de Fortaleza estão inseridos. Isso denota que esta comunidade que é a Residência, embora se perceba como um ‘espaço protegido’ para pensar e compartilhar sua prática, não criou um ambiente ideal de formação que estivesse distante da realidade e assim gerasse também identidades distantes das práticas demandadas pelas condições políticas sociais das quais estão mergulhados como trabalhadores.

6.2.3.3 Fragilidades das políticas públicas

Segundo WENGER (2010) vemos que por um lado, as fronteiras das comunidades de prática não seguem necessariamente os limites institucionais, porque a adesão, mesmo quando feita pela instituição, no caso de uma seleção pública para entrar na Residência, poderá ao longo do tempo incorporar novas adesões por questão de engajamento na prática, da necessidade de fazer as coisas, e da formação de identidades viáveis.

Por outro lado, um limite institucional não necessariamente delineará uma comunidade de prática. O exame minucioso de sua existência no dia-a-dia pode revelar que um grupo de trabalho, sala de aula, em comissão, ou de bairro na verdade não constituem uma comunidade de prática. Eles podem consistir de várias comunidades de prática, ou podem não ter desenvolvido o suficiente de uma prática própria.

À parte desse fato, é importante também enfatizar que existem, sim, limites institucionais no que tange a própria proposta de implementação do SUS no estado brasileiro e fragilidades de articulação dessas políticas são sentidas no cotidiano dos serviços que estão na ponta do sistema, talvez especialmente no caso de quem faça parte de uma CP:

É angustiante o envolvimento de outras políticas, as redes ainda não conseguem agir de forma intersetorial, e as próprias políticas atuam de forma isolada, assim elas ainda estão muito fragilizadas. (R2)

[É] essa questão da realidade difícil do SUS que a gente tem que encarar e, às vezes, reconhecer que o usuário ele tem aquele fetiche de sair com o papel na mão. A gente tem muita raiva do modelo... e o fetiche é sair com o papel na mão pra fazer exame e pra pegar o remédio e ele chega na farmácia e não tem o remédio, ele chega no sistema não dá pra marcar o exame, mas ele sai realizado porque ele saiu com dois papéis na mão. (R2)

A relação com as fronteiras da hegemonia dentro do SUS são ainda vigentes, no entanto, percebemos que o cultivo de CPs pode ter um caráter revolucionário. E as relações estabelecidas com a gestão que nesse caso aqui específico sempre foram muito fortes. Isso

pode ser percebido na prática pela existência de uma comissão compartilhada, que organiza o estatuto e decide com representantes das diversas instâncias da RMSFC:

Eu estive um tempo na comissão de Residência multiprofissional, a COREMU, [...] e muitas vezes acabei sendo identificado como alguém parte da gestão sem ser parte dessa gestão. Daí, por problemas políticos, inclusive na época a gente entregou a coordenação da COREMU de volta pra coordenação da Residência multiprofissional, que também foi um processo de aprendizagem político; [...] A gente fica muito nessa questão da prática no território e aí quando a gente vai pra um espaço como esse a gente também vê como funciona a burocracia do estado, questão de ofícios e das coisas não andarem. (P)

Por outro lado, a experiência de participação na Residência pode proporcionar certas potencialidades ao lidar com outros campos de conhecimento ou ainda em outras políticas públicas que não sejam necessariamente a saúde:

O conhecimento que eu tive acesso na Residência e que eu acumulei com a Residência me ajuda também no meu exercício profissional enquanto eu estou em outra política pública, que em tese não era pra ter nada a ver, mas [...] eu percebo que mexe com as pessoas, porque justamente tira as pessoas da zona de conforto, levanta mesmo e, como a gente fala aqui no Ceará, ‘baldeia a água’ mesmo, deixa ela turva pra que as coisas elas sejam mexidas. De produção de material assim, se produz instrumentos técnicos. (P)

6.2.4 Os espaços dialógicos “ocupados” nas trajetórias: político, assistencial, comunitário, pedagógico, informais

Nesta categoria veremos os espaços “tomados” e “dados” e como são nomeados os momentos mais potenciais de aprendizagem relatados por residentes e preceptores. Consideramos importantes essas nomeações dadas pelos residentes e preceptores, pois veremos como espaços ditos informais, ou seja, aqueles que acontecem dentro das possibilidades de seus participantes poderem provocar compartilhamento de histórias, negociações, até piadas do dia a dia.

6.2.4.1 Espaço político

O espaço nomeado como político foi mencionado por R1, R2 e preceptores. Consideramos que este espaço tornou-se o lugar de lutas e reflexões sobre as tensões com as fronteiras que por outro lado trouxe maior coesão e motivação para a comunidade:

Entender melhor como funcionavam os processos todos da Residência [...] fez despertar em mim uma vontade de estar participando do espaço político da Residência também. Desde o começo tentei ir me apropriando de pouquinho em

pouquinho e chegar perto. É muita novidade ao mesmo tempo e em alguns momentos mais tranquilo e outros nem tanto né. (R1)

Foi colocada essa questão política, realmente, me vejo muito alienado tanto na área profissional como na área pessoal, também com essas questões políticas. E agora me despertou que a gente tem que se envolver quando a gente discute a questão política de melhorar, de ter uma Residência de qualidade. (R2)

Assim, notamos que a apropriação de um espaço político aconteceu paulatinamente pela Residência por conta de uma fragilização dos processos gestores que cuja história precedeu a entrada dos atuais R1 e R2 neste programa.

Percebemos ao longo do estudo que o ‘espaço político’ é um espaço da práxis como forma de resistência e luta para manutenção da comunidade e como causa maior de reivindicação de direitos de formação profissional do SUS, já que esta é uma de suas metas constitucionais: aprimorar e gerar trabalhadores sensíveis para o caráter de transformação social.

6.2.4.2 Espaço protegido

O espaço protegido é aquele nomeado como passível de reflexão e ponderação da prática. É o espaço que indaga o que sente e o que exerce o seu praticante e não deixa de instigar o novo e os desafios. É o espaço que pontua a necessidade de se fazer uma boa territorialização com um planejamento participativo de fato, com usuários, equipes e outros setores. É o espaço do planejamento, do fôlego e da intervisão. É o espaço de compartilhar saberesse práticas de forma problematizadora. É o espaço privilegiado para ter flexibilidade das ações e agendas de trabalho. É o alívio da partilha afetiva e a alegria das piadinhas comuns que aliviam as tensões da prática do trabalho.

Vemos nas ações e palavras dos membros da Residência todas essas ações e afetos comprimidos no espaço protegido que se desdobrará mais adiante, quando abordaremos ‘os espaços informais’.

Espaço de, por exemplo, a gente decidir coletivamente que não vamos à unidade de saúde para fazer uma reunião e pensar sobre o que estamos fazendo ali de errado e de certo, e isso é um espaço diferenciado. Um espaço protegido também. Protegido porque é dentro da própria carga horária do programa. Até o processo que a gente passou de territorialização e de planejamento participativo é um processo que os profissionais [...] do NASF não tiveram oportunidade de passar porque acabaram sendo banidos pelo serviço e tendo que trabalhar, porque eles [a gestão] não consideram esse processo um trabalho, e a gente, não! Agora a gente está nesse processo de territorialização e a gente vai fazer isso, então de certa forma é protegido e a gente também tem momentos de análise [...], de refletir um pouco

sobre a sua prática e acaba que os profissionais no seu cotidiano e nos seus processos não tem. (R1)

As Rodas Extraordinárias e as Rodas Terapêuticas foram também relatadas como espaços importantes na autonomia e flexibilidade dentro da comunidade de buscar aqueles momentos que são mais pertinentes para a aprendizagem coletiva. Parece haver um acordo coletivo para flexibilização e disponibilidades desses espaços que vão se tornando mais necessários no decorrer do tempo.

A gente faz muita coisa em roda, muita coisa a gente discute junto e esse coletivo, pra não ficar uma coisa abstrata, são as rodas que a gente faz. O que a gente menos faz é a roda planejada, a gente faz várias rodas extraordinárias. Roda de equipe, roda de categoria, Roda Ampliada, essas rodas que têm uma necessidade muito grande de estar e acho que o programa vive esse momento agora e uma necessidade muito grande de decidir e discutir as coisas em roda. (R1)

Portanto, serão estes momentos que se tornam os momentos mais potenciais, dentre outros da prática, que são considerados os espaços pedagógicos, e articulam-se frente à necessidade de proximidade do grupo.

Elas estão previstas [em] uma carga horária numa determinada ordem, só que a gente está meio subvertendo e já arranjando essa ordem de acordo com a necessidade que a gente vai sentindo. Digamos, um exemplo, roda de categoria terça-feira à noite, mas a gente faz extra na quarta de manhã, na sexta à tarde, entendeu, porque está sentindo necessidade de conversar e esse espaço é muito importante, eu acho que é onde a gente realmente se mexe, né. A gente consegue pelo menos programatizar muitas coisas se tiver encaminhamentos e se a gente vai fazer ou não é outra história. (R1)

Mais uma vez aparece a Roda Ampliada como fortalecimento da trajetória política dentro da Residência. É importante trazer a reflexão se este espaço se constitui na grande roda da Comunidade de Práticas da RMSFC, ou seja, o momento presencial no qual se reúnem todos as gerações de participantes com abertura e disposição para os atores que estão nos limites e fronteiras deste coletivo.

Inclusive a Roda Ampliada, que aí envolve todos os atores do programa, todos os residentes, preceptores, coordenação. E aí eu acho que, inclusive, a Roda Ampliada foi uma das grandes responsáveis por esse fortalecimento político e [por] essa Residência de agora, porque se esse espaço não existisse, [...] como é que nós teríamos oportunidade de conversar diretamente com os preceptores enquanto coletivo, com a coordenação enquanto coletivo, eu acho que esse foi o grande espaço de aprendizagem. (R1)

6.2.4.3 Espaço comunitário como aspecto basilar da prática

Como uma Residência dentro da prática da ESF, vemos que a saída para a rua, dentro dos territórios dos usuários do SUS são aspectos basilares na própria compreensão da estratégia de atuação neste campo da saúde. Assim, o espaço comunitário é essencial neste caso, para o reconhecimento de si mesmo na prática social. A reinvenção de uma identidade também aqui sustentada na prática estará voltada para os processos de obra prima da saúde como conhecer o território e entrar nas articulações sociais para promoção de saúde:

Os processos de articulação comunitária [no território] é outra coisa que revigora muito! [Por exemplo], o professor da escola reuniu [a comunidade] sábado de manhã e eu não posso perder por nada, como foi sábado agora e a gente estava em pleno processo de paralisação, mas a gente não abriu mão de ir pra rede de articulação no J. e A. que é uma rede muito forte com movimentos sociais, muito politizada, muito organizada e diferente mesmo assim de qualquer coisa que já tinha visto, atuante e que realmente conquista muita coisa pra cá pra região e aí a gente faz questão de participar, e mesmo no processo mais difícil a gente não abre mão desse espaço, é fundamental. (R1)

6.2.4.4 Espaços informais

As Comunidades de Práticas se definem por meio do engajamento da prática e são essencialmente informais. Por “informal” não queremos dizer que a prática é desorganizada ou que as CP nunca tem qualquer estatuto formal. Mas que podem evoluir de forma orgânica e tendem a escapar das descrições formais e de controle. Nesta paisagem não vemos as estruturas reificadas de afiliações institucionais, mas também não é independente delas, no entanto, não se reduz a elas ([WENGER, 2010](#)).

O interessante desse aspecto é que foi fortemente nomeado e frisado por R2s. Notamos em suas falas e nas observações das práticas de campo um maior reconhecimento da aprendizagem nesses espaços, pois o vínculo grupal é maior por conta do maior tempo juntos nas trajetórias compartilhadas e reconhecidas de antemão por R2 dentro da CP:

O mais forte pra gente eram os momentos de sentar pra comer. (R2)

E entre a gente os almoços, as caronas e telefones, enfim, acho que a gente ficava, inventava e queria um momento só pra gente: ‘não, vamos fazer um momento somente quem está estressado’, mas lá no fundo a gente queria conversar sobre a Residência. A gente chegava e conversava sobre a Residência sobre os casos, sobre os processos e a gente nem se percebia e ia, e pesava, mas acho que de alguma forma pra mim era muito mais assim terapêutico mesmo, de atender essas demandas. (R2)

Muitas vezes eu me incomodei, às vezes cansado, exausto, mas o povo não pára de falar disso de Residência e ficou falando de Residência, mas é um negócio assim que agora a gente percebe que faz parte da nossa comunicação mesmo enquanto profissional. [...] A gente não vê o quanto a gente se empenha, o quanto a gente coloca energia nisso e eu acho que esses espaços informais de certa forma tinha[m] uma carga formal muito grande e assim o nosso processo formativo. (R2)

Às vezes no serviço você precisa de um espaço institucionalizado, uma reunião convocada pra você tá discutindo algumas coisas do processo de trabalho ou então pra tá conversando sobre algum paciente que tem uma complexidade maior e a gente até por ter uma aproximação muito grande, por ter um vínculo maior entre a gente e por ta muito mais próximo, então gera uma intimidade que assim a gente não precisa desses espaços institucionalizados. (R2)

Nesta fala acima percebemos a importância do aspecto presencial para sustentação da CP. A proximidade coletiva não pode nesse caso ser virtual, não pode manter distância demais, pois essa proximidade que também sustentará o engajamento mútuo.

Eu almoçava no posto, é o momento mais rico, assim é um dos momentos mais ricos do dia todo, porque é o momento que os trabalhadores, os profissionais se reuniam e começavam de fato mostrar a dinâmica do posto de saúde né, que muitas vezes ali quando tava de oito a doze aí todo mundo se fragmentava no seu setores né iam trabalhar e muitas vezes né tentavam colocar panos quentes em algumas fragilidades né lá do que tava acontecendo no posto e na hora que a gente se reunia pra almoçar toda energia né e começava ah, mas isso acontecia porque fulano de tal fez isso, errou, aí começava. Era um momento que ficava muito próximo e também foi um dos momentos que disparou muito essa questão da saúde do trabalhador, não só na hora do almoço, mas aí almoçar fora em outro espaço, mas no intervalo de um atendimento ou outro vinha a agente de saúde, vinha uma enfermeira né, vinha o auxiliar de enfermagem. (R2)

Muitas vezes serão nesses ditos espaços informais onde emergem muitas demandas, principalmente, como as de saúde do trabalhador. Em espaços como o corredor ou o café na cozinha do posto podem emergir contatos, discussões de caso e até demandas de cuidado em saúde dos próprios trabalhadores locais:

Como há um sofrimento intenso desses profissionais da saúde e eu acho que foram esses espaçozinhos, que pra eles [que] não compreendiam que era o tempo de trabalho e que eles entendiam que era um atendimento, ali sentados, e muitas vezes a gente conversava no corredor: 'ah, estou passando [por] isso e tal e tal e aí eu comecei com essa dimensão, e acredito que a equipe toda também. (R2)

O aspecto interessante do aparecimento dessas demandas é que dentro dessa informalidade não se costuma vinculá-las como parte essencial do trabalho em saúde que é cuidar e discutir interprofissionalmente dos casos e cuidar de si mesmo enquanto trabalhador que também adoece dentro do sistema.

Mas essa dimensão do adoecimento mesmo dos trabalhadores da saúde, que foi uma coisa gritante, e que passou. Geralmente nos matriciamentos, [...] depois os

profissionais que estavam na sala começaram a colocar coisas pessoais, pessoais no sentido de como tava sendo sofrido os trabalhos dentro do posto, o processo de trabalho, questões pessoais mesmo de conflitos com familiares e tal. E aí foi despertando: 'poxa, esses profissionais também precisam ser cuidados'. Mas por que? Porque é difícil mesmo nesse estar presente, nesse compartilhar, nesse se abrir pra essa relação, nessa escuta, nessa afetação que foi colocada. (R2)

Vemos acima que o momento formalizado do matriciamento foi fortemente potente, não pela programação de que isto teria que acontecer, mas como estratégia de atuação que emergiam demandas e necessidade de cuidado do trabalhador.

Todos os espaços citados são espaços dialógicos, momentos de se estar com o outro e de entrelaçar gerações na construção de novas perspectivas de ser outro profissional, ou outra pessoa, mas ter a confiança na dialogicidade dos momentos que eram provocados ou apenas para relaxar e reiterar esta confiança coletiva:

Um espaço sagrado assim é de oito a oito e meia né, que às vezes é esperando o carro da visita, às vezes é esperando chegar paciente, assim e esse horário é muito e sempre é propício. (R2)

[A gente se] encontra sempre e conversa essa horariozinho é muito rico assim, e o próprio caminho da visita na Kombi ali e repassa o caso ACS e tal, como é isso aqui, como é que é... (R2)

Às vezes o espaço do bar né, às vezes você já chega e começa a falar e não pode falar de trabalho né, aí quando é daqui a pouquinho está falando, e a gente até lá em Sobral na mesa de bar e começa a falar dos casos, a demanda segue né: território contínuo. É muito engraçado que às vezes você diz assim não pode falar de trabalho, aí volta a falar de novo e esse corredor é muito importante, [...] principalmente com médico e você fica lá plantada no corredor e só vai pra sala depois que falar comigo. [As] s crianças da escola vão desenhar o posto e desenharam a gente um monte de bonequinho no corredor e a gente perguntou quem é? 'São vocês da Residência'. (R2)

Muito interessante a visão da criança usuária do posto sobre os residentes, que ficam diversas vezes esperando na porta do consultório uma brecha para poderem conversar com médicos e enfermeiros sobre os casos compartilhados. Durante uma visita de campo eu mesma pude perceber esta cena acontecendo, uma psicóloga esperando que o profissional médico do posto pudesse recebê-la para compreensão de um encaminhamento realizado para ela, mas que não havia história e nem justificativa para o encaminhamento. Essa necessidade de um espaço dialógico entre os profissionais da atenção primária é premente, no entanto, não é garantia de que reuniões de equipe sustentarão a esfera dialógica entre praticantes, pois esta esfera necessita de um projeto comum de paixão e confiança entre os indivíduos, mas havemos de tentar possibilitar esta dimensão da aprendizagem.

6.3 Aprendizagem no Fazer: a força da Prática

A prática é a sustentação de sentidos para a constituição de uma Comunidade de Prática. Assim como também é a denúncia do coletivo e de si mesmo na ruína da comunidade de prática. Sem prática não haverá uma CP, porque não se constitui apenas por um agrupamento de pessoas. Precisa haver uma motivação, problemas e paixões envolvidas, que se dirigirão ao fazer e ao como fazer. Portanto, a visão marxista que traz o trabalho como categoria ontológica do ser humano ([LUCKÁCS, 2010/1979](#)) será a força motriz na qual todo o empenho de uma comunidade de prática se voltará a desenvolver este fazer no coletivo das pessoas que buscam este projeto ([WENGER, 1998](#)).

Em nosso estudo percebemos ao longo das observações que a prática traz em si as histórias que se transformarão em experiências vividas e que reunirá nas trajetórias de seus membros uma prática da qual não poderia afirmar estar mais competente ou avançada, pois não é objetivo desse estudo aferir níveis de aquisição de conhecimentos pelos membros da Residência, mas sim gerar indícios que digam se a prática se tornou mais reflexiva e crítica ao longo dela, se seus membros se percebem melhores em suas práticas e se eles conseguem se constituir em uma CP.

Podemos perceber na fala desse R1 a seguir que houve uma reformulação da prática e a necessidade sentida ao longo do tempo na ESF de reorganizar a prática constantemente.

Eu estou sentindo isso mudar na minha prática no fazer, porque era uma concepção [...] puramente ideológica sem muita conexão com a práxis. E agora está sendo bem legal e ao mesmo tempo angustiante, porque é difícil fazer e muito difícil é fazer junto com outras categorias. E isso aí é o grande lance no trabalho que está mudando e [vejo] uma necessidade de todo dia organizar o processo de trabalho, ele não fica organizado e prontinho nunca e daí tem umas idéias assim pra onde ele vai, mas todo dia tem que reorganizar porque o território muda, porque as pessoas mudam, porque a gente muda. Essa reorganização do processo de trabalho força ainda a sair [...] das caixinhas do conhecimento e força a gente a sair daquela programação fechada demais. Isso é muito angustiante, mas eu também acho muito interessante mudar. (R1)

Muitas vezes, na organização dos processos de trabalhos da ESF observamos um engessamento das ações profissionais pautadas nas ações programáticas e certa inflexibilidade na reformulação de agendas de trabalho ou da incorporação das necessidades do território advindas dos perfis de saúde daquela população específica. A grade de horários e atividades

profissionais deve diante desta experiência estar livres para uma maior coerência da proposta da ESF.

Pode-se perceber a ênfase na importância de conexão com a prática e o engajamento mútuo dos residentes, mas aqui nesta CP também se pode ver uma prática multiprofissional e interprofissional:

Eu não tinha a menor experiência com relação à atuação [da minha categoria] na saúde, nunca trabalhei e nunca nem estagiei nessa área, então assim, foi muito enriquecedor porque eu estou construindo na verdade ainda assim a minha prática e esta construindo essa prática com outros profissionais e de ter uma equipe multiprofissional é algo assim super diferente, porque tem coisas que eu vejo assim aí vem outro profissional e dá o olhar dele e o olhar dele e fala assim coisas que você nunca imaginou, então assim essa contribuição de outras categorias eu acho que é o que diferencia essa minha construção e tá sendo construído. (R1)

6.3.1 Discussão de casos: “é o espaço onde conflui quase tudo que a gente faz”

Os casos são o principal objeto do trabalho em saúde. Os casos são as singularidades para as quais se debruçam a interprofissionalidade e a interdisciplinariedade. São os momentos da prática em saúde de encontro das intersubjetividades. A discussão e o estudo de casos estão presentes em todos os momentos do processo de trabalho em saúde. E são ricos por natureza enquanto prática pedagógica e crescimento e transformação da prática. Podemos dizer que os casos que surgem e que são os objetos a priori da prática profissional em saúde, e fazem os olhos dos trabalhadores brilharem de gosto, quando dão seus depoimentos. São por esses casos que são criados tantos espaços dialógicos desde a cozinha do posto, a ‘van’ que leva os trabalhadores de saúde em visitas domiciliares, até nos restaurantes da esquina. Basta ter pelo menos mais de um profissional que compartilhe casos para que o diálogo seja fomentado e construído. Dos casos surgem pontes, construções terapêuticas, pactuações de cuidado, conhecimentos novos.

Eu queria dizer assim que as mais ricas discussões de casos não aconteceram no posto realmente, porque às vezes a gente tinha um caso e não dá tempo de esperar pra próxima roda de equipe, não dá tempo, então a necessidade de compartilhar é tão intensa que no próximo intervalo que tivesse seja no lanche seria a chance para a necessidade de compartilhar algo que é intensa e o fator tempo parece ser diferenciado, então não dá tempo de esperar. (R2)

Os casos não se constituem apenas de situações individuais. São problemáticas, individuais ou coletivas, são contextos que se interpõem e se entrecruzam a todo instante o fazer em saúde, tendo algumas especificidades na atenção primária, principalmente a proximidade geográfica, o que leva a uma maior pressão sobre esta rede de atenção. Portanto,

não é correto afirmar que o caso seja apenas a clínica de um profissional, ao contrário, trata-se de uma situação-problema, negociada entre demandas e possíveis resoluções de um processo específico de saúde-doença, ou rotas cristalizadas que necessitem de ampliação e de respostas no dia a dia dos serviços de saúde. Os casos podem ser de complexidade baixa, intermediária ou alta, sendo que, quanto mais complexos, mais necessitam de intervenção interprofissional e intersetorial.

Um espaço que eu nunca tinha vivenciado e que eu acho muito importante são os espaços dos estudos de caso que nós temos. É muito interessante! Assim, se eu pego um caso eu tenho um olhar de vários profissionais, um olhar amplo sobre uma situação de saúde, sobre o processo, e eu acho que é uma das coisas que eu mais gosto na Residência é o mais diferente na minha realidade e na formação da minha graduação. E nisso eu identifico um potencial muito forte na minha Residência. (R1)

Acho que algumas coisas que são super potentes na Residência, além do que já foi falado aqui, é o espaço do estudo de caso é o espaço que conflui quase tudo que a gente faz, prática, teoria, discussão, momento político, sobretudo a própria política da clínica que a gente reivindica e tal. É um espaço que acho que junta quase tudo, tudo que a gente faz no território e faz aqui nas aulas, acho que esse é o espaço assim mais potente da Residência que mistura as coisas. (R1)

[...] conseguisse ter o sentido que tem a gente estar envolvido com seres humanos, a gente estar discutindo um caso, mas o caso é real, não é uma coisa hipotética. (R2)

[...] com os mesmos objetivos, nos mesmos espaços e com um trabalho voltado pro usuário, onde o foco é o usuário. (R2)

A discussão e estudo de casos geram a confluência de práticas e saberes, que envolvem desde participação de seus membros no engajamento mútuo, até a forma como os repertórios vão se conformando e sendo compartilhados. Nesse momento se fortalecem identidades, além de ser a grande gama de negociação de sentidos que envolverão todo o projeto comum da comunidade com suas reificações de conceitos, idéias e produtos gerados como necessidade instrumental e técnica de se configurar novos saberes e práticas. A discussão de casos é também a oportunidade de gerar explicações e compreensões que mais se aproximam da complexidade de situações reais da vida, principalmente de pessoas vulneráveis. É onde se criam projetos terapêuticos singulares (PTS) que conjugam a ação de vários membros da equipe interprofissional.

Essas discussões elas fluem e eu acho que isso é muito rico porque a gente aprende, a gente amplia o olhar da gente com a categoria e, muitas vezes, reafirma como categoria, mas também aprende a valorizar e a respeitar o saber do outro, então pra mim especificamente os momentos mais ricos foram de discussões, discussões de casos. (R2)

Segundo Cunha e Campos (2010) o PTS é um conjunto de propostas terapêuticas dirigidas a um sujeito individual ou a um coletivo e apresentam um caráter pedagógico para a equipe que o elaborará, por envolver discussões, debates e o encontro de profissionais com saberes mais focais (núcleo) e saberes mais abrangentes (campo) sobre questões trazidas pelas demandas dos casos, que são escolhidos de acordo com as necessidades de maior complexidade e vulnerabilidade em suas condições de saúde.

Os estudos de casos são os “espaços” que estão em todos os espaços coletivos e dialógicos criados para dar o apoio que pode ser potencializado com diferentes perspectivas desde assistenciais, pedagógicas e terapêuticas das equipes de saúde, e acima de tudo, interprofissionais.

Eu não consigo fazer um cálculo dos quatro micronutrientes como na nutrição, mas eu tenho noção disso [agora], está entendendo? A minha categoria profissional já, por exemplo, [conjuntamente] com a nutrição consegue até mesmo dar mais elementos pra que esse cálculo acontecer. (R2)

Um egresso residente de família que a gente encontrou em um curso, estávamos conversando com ele e aí ele olhou para minha cara e perguntou: você é [da categoria A]? Não, eu sou [da categoria B]! (R2)

Fiquei me lembrando de quantos casos eu me envolvi que não tinha nada a ver com [a minha categoria], vários assim de saúde mental, porque a gente criou o vínculo, e a gente tentou sugar muito daquela equipe ou quantas vezes as pessoas chegaram e tentavam puxar da minha categoria coisa que nem eu conseguia imaginar. (R2)

Na fala acima vemos que este ‘puxar de minha categoria coisas que nem eu conseguia imaginar’, revela-nos o impacto de aprendizagem que está sendo acionada no residente durante esses momentos de estudo de casos, pois aciona a reflexão dialógica, a busca de experiências em si mesmo do vivido e tentativas de imaginar o novo, exatamente aquilo que ainda não se imagina que tem a oferecer.

Nesses momentos de discussão de casos são apontadas ferramentas de gestão do cuidado como apoio matricial sendo este o propiciador e facilitador desses momentos dialógicos:

Os poucos momentos de discussão de caso e matriciamento dependendo da situação e também do território e aqui mesmo que a gente faz entre a gente, é também muito legal e acho que, porque a gente faz em roda também, a gente faz muita coisa em roda, muita coisa a gente discute junto e esse coletivo, para não ficar uma coisa abstrata, são as rodas que a gente faz. (R1)

O fato concreto era que quanto mais estava só eu fazendo atendimento [...] o que era bom e eu sentia desenvolver uma ferramenta, uma tecnologia, é quando estava o educador físico comigo, sacou?! O grupo de atividade física que eu ia de manhã [visitar] e a galera ali fazendo as atividades e conversando comigo coisas da saúde mental e gente que tinha surtado três semanas antes e ia no CAPS e tinha consulta

psiquiátrica, mas estava lá vinculada no grupo. Então eu estou querendo dizer que enquanto residente eu sentia esse limite, limite do núcleo no campo. (P)

No fazer coletivo como aprendizagem vemos que os residentes criam sensibilidades para perceberem a condução dos projetos terapêuticos e a voz essencial dos usuários na condução dos casos:

Eu lembro de uma usuária que a gente acompanhava e que foi até estudo de caso, a D. e a gente acompanhava e o filho dela, e assim o filho era muito complicado no sentido de que ele ficava o tempo todo com uma dinâmica de vida que ele tinha cobrando cuidar da mãe que era tutelada por ele. Os profissionais tal e tal e assim todo mundo se afetava com ele, o médico se afetava e todos se afetavam. E hoje eu não conseguia atender ele porque sentia raiva e aí eu não me esqueço de um atendimento que ela[a mãe] chegou para a gente e falou assim: ‘- olhe, não ligue não porque ele é assim mesmo’, e ela uma paciente com quadro psicótico, não sei quantas internações psiquiátricas, e a gente ficou escutando ela, e aprendendo como a gente devia lidar com o filho dela. E como a gente aprendeu, e esses papéis devem se expandir mesmo e descobrir essa potência da comunidade. (R2)

[...] um paciente que tem um quadro esquizofrênico e ele faz insulina terapia independente, e aí falta insulina e aí ela [a mãe] quer dar a insulina da mãe dela para ele. É uma bagunça! Mas eu acho o máximo essa estória da comunidade ir se apropriando sabe e ela aprender com a gente e a gente aprendendo com ela. (R2)

O que fazer com o caso quando nos vimos afetivamente mobilizados por ele? A importância e o perigo da afetação? Onde ficam os afetos de contratransferência na condução dos casos na saúde:

[...] é um envolvimento emocional se deixar afetar, se permitir ter esse olhar mesmo diferenciado e ver a situação da pessoa como um todo, em seu contexto e isso gera uma implicação muito grande. (R2)

Eu acho que muito que a [outra residente] colocou é que a implicação está muito relacionada com o envolvimento emocional que a gente se deixa permitir e se afetar pelo problema do usuário. Eu acho que me afetei muito, muito mesmo! Assim quando a minha primeira abordagem no caso de saúde mental que foi o da D. e aí [...] em surto e eu disse: o que a gente faz num caso desse? (R2)

Parece haver, dentro dos exemplos ilustrados pelos residentes, o reconhecimento da prática por parte dos próprios usuários, pois torna o usuário como ator do processo e este costuma ser um dos melhores feedbacks da prática:

Eles [usuários] disseram: ‘Ave Maria eu não acredito não! Não vão ter as atividades com você,s não? Porque eu gosto de atividades com vocês!’ Porque a gente utiliza de metodologias e escuta eles. Acho que a gente coloca ele também como ator desse processo e daquele espaço. Quando ele reclama, já teve momentos que eles reclamaram da nossa metodologia e quiseram mudar na hora e a gente permitiu isso, então eu acho que eles se sentem participantes desse processo. (R2)

Uma usuária minha que ela disse assim: ‘mas, D. você é [profissional da categoria A] de família. Da minha família!’ Porque ela tinha um filho com problemas de

aprendizagem e aí ela fez um relato e foi perguntado a ela se ela era acompanhada em algum lugar e ela disse não. (R2)

O caso como ampliação e reconhecimento da potência e também demonstra os limites da prática. O caso traz uma determinada categoria profissional dentro da estratégia saúde da família. Mas... o *feedback* vem do usuário ou *feedback* vem da Residência? No entanto, vemos que o *feedback* de usuários e equipes orientam e fortalecem a identidade na prática profissional.

A [residente] chegou em casa morrendo de feliz com um vestido novo que ela tinha ganho de uma paciente dela. Ela estava pulando de felicidade. (R2)

E eu vejo pessoas chegar para mim e dizer: ‘eu vou continuar [com você], eu vou dar um jeito de continuar contigo depois da Residência, porque você conseguiu o que muitas médicas não conseguiram tratar em mim’. (R2)

Tem um impacto na vida dessas pessoas de frisar essa questão do vínculo muito positivo que a Residência trouxe. [Trouxe também] para minha vida e não é nem como profissional, mas de vida. (R2)

E para finalizar este tópico vemos esta fala de quem se vê criativa dentro de sua formação profissional, pois saiu de uma posição estéril e passiva, e passou a dialogar e se reconstruir:

Hoje eu vivo dias mais assim, eu prefiro fugir da figura estéril profissional de saúde e dar mais minha cara né, minha nudez ao profissional e assim eu percebo que eu construo muito mais. (R2)

6.3.2 Atritos e potências: “estar me reinventando enquanto força mesmo, a gente tira força de onde não tem”

Segundo WENGER (2010) os termos limites e periferias referem-se aos “cantos” da comunidades de prática, em relação aos seus pontos de contato com o resto do mundo, mas eles enfatizam diferentes aspectos. Os limites referem-se às discontinuidades para linhas de distinção entre o dentro e o fora, a adesão e a não-participação, ou aos movimentos de inclusão e exclusão. As periferias referem-se à continuidade para as áreas de sobreposição e conexões, janelas e às possibilidades organizadas e casuais de participação oferecida a pessoas de fora ou recém-chegados. As fronteiras e periferias de uma comunidade estão entrelaçadas.

Em sua de experiência de campo, WENGER (1998) estava autorizado a entrar na comunidade de prática da qual estava estudando com uma abertura que, às vezes, sentia-se

como um participante pleno, mas também, às vezes, os elementos de fronteira apresentavam aspectos que lhe lembrava que era um estranho naquele lugar: uma expressão que ele não conseguia entender, um olhar desconfiado do supervisor sobre ele, uma referência a um evento passado, uma preocupação exacerbada de alguém sobre as suas quotas de produção (para o qual ele não estava sujeito), ou até mesmo um processador de reivindicações suspirou de alívio quando soube que ele sairia logo em seguida.

A posição periférica é, portanto, ambígua, pois a prática pode ser guardada em segredo, assim como ela pode ser disponibilizada; a entrada de um novato pode parecer uma perspectiva assustadora para quem já está lá, assim como pode constituir um convite de boas-vindas. Pode ser uma posição em que o acesso a uma prática é possível, mas também pode ser uma posição em que a pessoas pode ser mantida de fora. Em suma, uma comunidade de prática pode ser uma fortaleza fechada, assim como ela pode ser uma porta aberta.

O lugar dos atritos é bem-vindo dentro dessa perspectiva de CP. Como já dissemos anteriormente, uma comunidade de prática não é um lugar *a priori* harmonioso onde há somente consensos de visões e atitudes. Há, porém, discordâncias e desafios que se apresentam nesses espaços entre seus participantes e também atritos que surgem das pontes essenciais com as fronteiras da comunidade. Assim como as potencialidades vividas pelo grupo compõem essa dinâmica da prática todos os dias.

Consideramos importante apontar as queixas do grupo e suas potências, embora ao longo dessa exposição ambas as polaridades de adjetivos já venham sendo declarados por seus participantes. Achamos por bem também colocar destacadas estas categorias como forma de chamar a atenção das flores e dos espinhos desta CP Residência Multiprofissional.

A queixa de que houve mobilizações e paralisações recorrentes ao longo do processo, com faltas da figura do preceptor no acompanhamento e fomentação de atividades pedagógicas, gerando insatisfações nesse sentido, foram enfatizadas pelo grupo, além de configurar a atual situação da tensão e atritos com a fronteira da gestão:

A gente teve um acompanhamento muito pequeno por um a dois meses [...] o preceptor saiu por questões pessoais e até hoje continua esse processo de quem nos preceptoriar. Já tiveram várias mobilizações a esse respeito, já chegou a ter alguns candidatos, entrevistas, mas por último teve uma candidata que por consenso da nossa categoria e dos residentes, a gente não quis aceita-la, mesmo a gente tendo a necessidade [de ter preceptor]. Porque ela não se encaixava no perfil que achamos que a Residência precisa e que nós residentes precisamos. (R1)

Essa questão também do pedagógico, eu senti muita falta disso, não tem um corpo docente específico, porque a gente idealizava quando a gente entrou na Residência que tinha um corpo de docentes pra dar as aulas, que tinha o mínimo de estrutura

dessas aulas e a gente não tem isso. [...] a gente não tem acesso a biblioteca e as salas. E o corpo docente que a gente tem são arranjados através das amizades dos preceptores que se engajam em trazer pessoas, em trazer algum assunto, em trazer alguma coisa pra gente. (R1)

Os limites provocados quando a comunidade necessita do apoio externo para se gerir ou ser apoiada:

A questão também dos preceptores que não tem vínculo [trabalhista] e é uma coisa assim super arranjada e acaba precarizando para gente porque os preceptores tem outros trabalhos, porque a Residência, por conta do salário, é uma coisa que atrasa muito e não é fixa e acaba que eles têm se ausentar muito do território, e que prejudica a gente de certa forma. Os preceptores alguns são desmotivados por conta disso tudo. E também a própria falta de organização da coordenação em muitos processos que são parados[...] falta de atitude básica da coordenação, de articulação administrativa. No início, no nosso próprio início assim a questão da bolsa que a gente não recebeu a nossa primeira bolsa foi por causa de erros. (R1)

As questões como desistência do programa perpassam membros mais novatos (R1) com a justificativa de uma carga horária puxada e problemas pessoais:

A questão de desistência mesmo não só dessa fragilidade da categoria, mas por ser um processo muito puxado, muito árduo, de sessenta horas também e por questões pessoais. (R1)

Os atritos iniciais nos diálogos com as fronteiras das equipes são alocadas na prática cotidiana dos serviços de saúde. Se o caso e os territórios são compartilhados com profissionais do serviço que não são residentes, há uma necessidade do trabalho em equipe e, conseqüentemente, o diálogo e as pactuações quanto à forma de funcionamento da Residência:

A questão do diálogo com as equipes até hoje quem trabalha nessa área sabe que é complicado, a gente ainda sente esses incômodos. (R1)

A gente está ali para se formar enquanto trabalha o saúde da família, e eu acho que a precarização da nossa formação enquanto se trabalha é muito grave, porque a gente vê diversos trabalhadores precarizados que trabalham muito com a gente, nossos colegas de trabalho que tem precarizações semelhantes às nossas e a gente supostamente está tendo um pês, está tendo um adicional de formação para aquela realidade. (R1)

A gente reclama muito que não tem condições, [mas] está aí as dificuldades, mas é o SUS! E essa Residência que está inserida dentro do SUS e a gente coloca muito que não temos condições de trabalhar, mas se tivesse condições de trabalhar, se tivesse uma salinha, se tivesse material e quando a gente fosse para prática seria essa a realidade que a gente iria atuar. Então é essa a realidade do SUS precarizada, com a desresponsabilização da gestão, sucateada e tudo isso. (R2)

O projeto comum existe dentro da CP, mas a institucionalização da Residência enquanto programa está precarizado, desvalorizado e organizado politicamente para que a comunidade fique invisível.

Nota-se nesse contexto certa falta de reconhecimento da gestão municipal em fornecer apoio ao programa, tornando-o tanto como investimento a algo desassistido e colocado em segundo plano diante de outros projetos da prefeitura de Fortaleza. Ameaças de se finalizar o programa são relatadas por preceptores, assim como vínculos trabalhistas frágeis e à mercê de ficarem meses sem o recebimento da bolsa/salário:

Ameaças de por fim à Residência por reivindicação dos residentes na [primeira turma já formada] e não diferente agora quanto preceptor, até porque nós somos regidos apenas por um edital e muitas vezes a Secretaria de Saúde não reconhece a nossa existência. Existem pessoas aí como a colega que é da IDGS que tem a questão da carteira ser assinada e, nós preceptores, o vínculo de trabalho é extremamente frágil. Recebemos por um processo que é pago por CPF, um processo que dá entrada na Secretaria e que não há data pra receber. (P)

Eles chamam de bolsa e o que a gente insiste em chamar de salário, mas eles dizem que é uma bolsa, mas a gente chama de salário porque querendo ou não a gente está vendendo uma força de trabalho para o município de Fortaleza. Nós somos trabalhadores, mas a gestão não reconhece esse processo. (P)

6.3.2.1 Limites impostos aos processos de trabalho

No decorrer da prática nota-se que as limitações impostas aos processos de trabalho são sentidas e significadas por residentes e preceptores como barreiras na ampliação da proposta da ESF. Os limites são percebidos como externos aos seus membros, pois há os obstáculos na própria abrangência da assistência à saúde dentro dos territórios, assim como nas expectativas que muitas eles lançam à forma de que como o trabalho deveria ser realizado com certa coerência ao projeto de saúde da atenção primária. Abaixo vemos o residente expondo suas expectativas em mudar através de seu processo de trabalho o serviço no qual estava inserido:

Acho que a Residência falando da implicação ela trouxe e vem com essa proposta, e eu acho que particularmente eu puxei muito pra mim talvez até demais, que é a estória de mudar o serviço, a gente vai mudar o serviço né e aí assim, eu realmente acreditei nisso né, acredito, eu senti a potência disso que muitas coisas podem ser mudadas tipo assim, de acreditar na proposta do NASF né, e assim nele com algumas ressalvas né como o número de equipes que agora diminuiu e eles ficam calados e é esse o caminho e você acredita nisso e você vê a potência daquilo e passa ao mesmo tempo a um cenário muito maior que aí você não consegue e por mais que tenha implicação aquela tarefa não é só sua assim e aí dá raiva. (R2)

O aprendizado parece inerente aos limites impostos pelas fronteiras e percebidos com a experiência da ausência concreta de interlocutores fora da comunidade, para apoiar e negociar diante das perdas vivenciadas nos processos de trabalhos dos residentes do programa, e que estão inseridos dentro da realidade estrutural e de gestão também opressora

para todos os trabalhadores de saúde de maneira geral. Os preceptores enfatizaram estes aspectos:

A gestão, que foi uma coisa que a gente falou até na última roda, ela não faz esse link, ela não empodera, ela não respalda a Residência, ela não chega lá e diz ó isso aqui né, então a gente chega e a gente tem que conquistar espaços e a gente é o que lá dentro né. (P)

O mais engraçado disso tudo é fantasia dos profissionais da ponta de achar que a gente em sim é protegido. (P)

A Residência não é tábua de salvação da atenção primária e nem vai cobrir as dificuldades como, às vezes, a gestão coloca. Manda pra lá porque lá não está funcionando e a Residência vai dar um upgrade na unidade e quando chega lá isso, não é. (P)

Nesse caso, os participantes da Residência, dentro do desenvolvimento de alguns de seus processos de trabalho, não se veem apoiados. No entanto, o paradoxo que se coloca será também no reconhecimento de que esta Residência mostra-se como um espaço protegido. Protegido por quem então? Protegido pelo próprio projeto comum de Residência Multiprofissional e amparado por uma política de Educação Permanente à Saúde que impõe a importância desse espaço que em sua vivência concreta está sendo apropriado por estes residentes e preceptores do programa de Fortaleza.

6.3.2.2 Potências da prática, interlocução com a comunidade

A perspectiva da CP traz uma maneira diferente de se pensar sobre estes projetos. Do ponto de vista da tarefa a ser realizada, esses projetos são multidisciplinares, porque eles exigem a contribuição de várias disciplinas. Mas, do ponto de vista do desenvolvimento das práticas, são projetos de fronteira. De fato, participar desses tipos de projetos expõe os profissionais a outros no contexto de tarefas específicas que vão além do âmbito de qualquer prática. As pessoas enfrentam problemas quando estão fora do âmbito de sua competência, mas são forçados a negociar sua própria competência com as competências dos outros. Esses projetos oferecem uma ótima maneira de manterem uma tensão criativa entre a experiência e a competência, quando a nossa participação em um projeto aproveita e alimenta a nossa participação em uma comunidade de prática. ([WENGER, 2010](#))

As adversidades que geram busca e amadurecimento no enfrentamento de situações limites:

Você colocou a questão de a residente ter feito toda a Residência sem o equipamento, mas, às vezes, essa diversidade ela traz uma outra forma de você

vivenciar aquele território que estimula [...] de uma forma diferente. Aí eu pego a nossa experiência enquanto residentes na nossa época [primeira turma formada], que a gente realmente também não tinha uma estrutura [...] dentro da unidade como um todo. A gente fez Residência em saúde da família numa unidade onde não havia saúde da família, então como é que você faz isso? E a gente conseguia um amadurecimento dos nossos casos e assim alguns encaminhamentos. Lógico que a gente não conseguiu fazer uma série de coisas que a gente deveria ter feito, mas a gente retrocede um pouco e aí parte para uma outra discussão, que é justamente isso: procurar buscar, ganhar esses espaços, conversar com a gestão, ir para essa negociação, que também de uma certa forma enriquece muito a postura. Enriqueceu muito a postura da gente: eu via até nos nossos estudos de casos que era uma forma diferente de ver. Tinha um empoderamento daquela equipe e a gente conseguia realizar na marra as coisas e ainda conseguiu fazer bastante coisa, mas assim, às vezes a diversidade ela traz isso, ela tem esse viés que de repente estimula [às vezes], pode paralisar, mas às vezes dá uma injeção e aí eu acho que o preceptor ele tem que ter esse filhinho né pra poder cuidar. (P)

Durante as observações de campo pudemos perceber como as questões limitantes da prática no território são abordadas e acolhidas pelo grupo e preceptores. Por exemplo, durante uma atividade de planejamento sobre acolhimento de um aspecto focal da saúde, estavam presentes residentes de uma mesma categoria profissional, inclusive, de outros territórios de atuação, e segue-se a seguinte discussão coletiva:

A discussão é iniciada com relato compartilhado de experiências pregressas das atividades de acolhimento ou grupais, com falas do tipo:

Atendemos as pessoas e deu 67 pessoas naquele dia com agendamento para todas as pessoas... Os ACSs mobilizaram a comunidade para este dia.

Outra fala de outro residente:

Fui mais rigorosa pois se chegassem depois da educação saúde eu não agendava mais, mas logo, logo, eu vou marcar outro. [...] percebi que o pessoal tava ansioso porque nunca teve acolhimento lá.

Uma terceira fala:

Minha experiência no posto do qual eu era servidor não foi o ideal pelo espaço pequeno. A vantagem é que fazíamos a primeira visita [domiciliar]. Mas nós limitamos o número de vagas, 40 pessoas por dia. Falei com preceptor de categoria e ele sugeriu atividades e mobilizações prévias ao dia do acolhimento. Fizemos também um grupo de mulheres que não deu ninguém, apenas 4 pessoas estiveram presente. Nesse grupo nossa intenção era trabalhar os ciclos de vida, mas foi difícil pegar. O posto abrange 13 mil pessoas com oito [profissionais de uma categoria específica] e apenas três [equipamentos], mas há dificuldade de acesso e o acolhimento de [área da saúde] existe, mas não está sistematizado.'

Na fala de um quarto residente:

Nossa microárea que tem que dar resposta? Atendíamos as urgências sem saber quem era quem, mas hoje quando vamos para comunidade, eles já nos reconhecem.

Mas percebemos que a equipe de saúde do posto não quer fazer triagem ou ambulatório fora do posto.

Nesse momento entra a ponderação da preceptora de território que acompanhava a discussão:

‘Mexer nas resistências profissionais é difícil, mexer nos melindres interpessoais. Mas podemos tentar associar o acolhimento da área específica da saúde com as atividades de educação em saúde feitas com os demais profissionais de outras categorias.’ (P)

Percebemos nesta breve discussão coletiva a tentativa de montar um quebra-cabeça para organização dos espaços do serviço, do território e ainda lidar com adversidades interprofissionais, na busca de ampliar a atuação profissional de forma coerente com os princípios da ESF. Além disso, piadas acontecem durante a exposição, piadas que o grupo reconhece. E a necessidade da prática começa a incitar o questionamento macro e político da saúde.

A preceptora intermedia a discussão, sintetizando as idéias do grupo que foram lançadas. Para isso ela organiza um dia na semana para o acolhimento colocando calendário com a previsão de datas, sugerindo que desta forma o usuário se acostumaria com os ritmos estabelecidos pela equipe de saúde e nessa sistematização do tempo acolheria a demanda que seria possível atender. Além disso, fortalece a idéia de que esse momento do acolhimento é um primeiro atendimento e visa potencializar a educação em saúde, que é um espaço interdisciplinar muito interessante para a Residência. Neste momento nota-se certa angústia de um residente que é acolhida pela preceptora e pelo grupo, ou seja, angústia de não conseguir terminar o atendimento do caso no tempo oportuno e concluir o momento do acolhimento.

Antes de passar para o próximo ponto, a preceptora sugere concluir a fase de exposições de experiências, sintetizando que é importante qualificar o pensamento desta política que é o acolhimento e amadurecer a idéia. Para tanto, seria importante inicialmente gerar oficinas de reflexão e a partir desses encontros firmarem novos processos de trabalho.

O grupo neste momento elabora o planejamento de uma oficina, fazendo tentativas após a participação de reificar o processo de trabalho.

Nesta observação pudemos perceber que os limites da prática e da construção de novos conhecimentos passa por uma tensão, mas também cria pontes de viabilizar novos olhares e fazeres como a fala abaixo:

Porque eu conseguia fazer, porque sentia pressionado por essas mediações objetivas que eu estou dizendo no concreto, e a gente é como se chegasse expirando. Às vezes, estava fudido com quarenta dias atrasados e eu querendo voltar [cidade natal] porque não tinha dinheiro para pagar minhas contas, mas de algum modo a gente estava fazendo o cotidiano do serviço de outro jeito com outros horizontes. (P)

Dessa forma, a prática se desenvolve e motiva o cotidiano de trabalho e outra realidade se apresenta, ora no serviço, ora no próprio participante. Por exemplo, uma categoria específica da Residência tem formado os servidores públicos do município de Fortaleza:

Um exemplo muito claro disso é: a gente na [categoria profissional], os seis residentes são servidores do município todos os seis, lógico na Residência tem pessoas que não são da rede da [categoria] e temos uma da [outra categoria], mas historicamente nas três turmas, só na primeira turma tinha dois que não eram residentes, mas a [categoria profissional] vem formando muitos servidores. (P)

Percebemos que há uma versatilidade, flexibilidade e criatividade na privação dos recursos oferecidos. Se ela foi conquistada ou é fruto da CP fica a indagação, mas percebemos que ambos os movimentos de conquista do espaço de trabalho e da aprendizagem em formar novos atores para o cenário da saúde pública fazem parte das dinâmicas a que se propõem as CPs. Assim sendo, fechamos esta dimensão da prática com a fala deste preceptor:

A cada ida ao território a gente acrescenta muito porque nunca uma preceptoria é igual à outra, porque sempre que chegamos no território e tem a realidade lá que se coloca: tem dia que tem sala, tem dia que não tem para gente fazer a preceptoria, tem dia que o carro não chega para gente fazer uma visita domiciliar [...] aí a gente tem que na hora se virar nos trinta e pensar outra atividade pedagógica pra quem está no território. A gente convive muito com esse processo do dia a dia da unidade e da realidade. (P)

6.4 Aprendizagem na Experiência: a força do Sentido

A prática é, antes de tudo, um processo pelo qual podemos experimentar o mundo e nos envolvermos com ele como algo significativo, como algo que nos dê sentido. Somos seres que necessitamos gerar significações, por tal agimos sobre a vida e criamos formas de reinventá-la. Portanto, a prática não pode ser vista dentro de uma perspectiva meramente motora no sentido de executar uma ação com nosso cérebro, mas ela necessita dar significado as emoções do corpo e ao trabalho mental. Quando chamamos a atenção para o significado de uma prática, não é o mesmo que traduzi-la como um dicionário filosófico, mas dentro de um processo perceber o sentido para a vida de seus participantes.

Os nossos participantes da Residência esboçam reflexões sobre a sua prática enquanto re-significação do papel na sua atuação no SUS e da vivência pela trajetória construída:

Eu acho que é um aprendizado muito grande, principalmente a prática, a vivência mesmo do território, [...] é muito diferente de você ser só um profissional do SUS e sem ter sido residente é uma diferença gritante assim, os pensamentos são diferentes. (R1)

E ao se darem conta da vivência significativa da prática, os conceitos vão ganhando certa vida como criticar uma educação permanente que na prática se mostre rígida, ou ainda reconhecer a presença da medicalização da saúde:

[A saúde] é focada em necessidades biológicas, muitas vezes, verticalizadas, [...] durante toda a minha vivência na prática percebi muito que a educação permanente que é oferecida aos profissionais é muito focada em ações programáticas. (R2)

A Residência surgiu pra mim como uma possibilidade de estar suprindo essa lacuna que eu percebia desde a minha graduação, mesmo com todo o processo de medicalização, com todas as dificuldades que não são, eu percebo realmente uma diferença muito grande da pessoa que entrou na Residência e na pessoa que vai sair daqui alguns meses. É uma diferença tão concreta que eu até comentei com algumas pessoas que eu tive oportunidade de participar de um dos cursos que foi oferecido pela Regional, em que estavam somente servidores, e eu fui convidada por ser também servidora, e eu percebia uma diferença muito grande entre o meu discurso e o de outros profissionais. (R2)

6.4.1 O encontro da teoria com a prática: “porque o que a gente coloca pedagogicamente a gente vê acontecendo em ato naquele momento”.

Nesta categoria seguinte queremos enfatizar os aspectos salientados no reconhecimento da estrita relação de sentido percebida no encontro da teoria com a prática e que tem o caráter fundamental da Residência ao lançar-se no ensino em serviço. Este ponto foi fortemente salientado pelo corpo de preceptores:

Eu gosto de lecionar, e a forma da gente lecionar não deixa de ser e da mesma forma da gente aprender com a equipe multidisciplinar e você está crescendo, eles crescem, mas nós também crescemos juntos e é uma forma boa de você trabalhar quando você trabalha com residente, diferente porque eles têm formação profissional, então, você não pode ensinar eles a serem profissionais, você dá dicas e aprenda muito com eles. Eu gosto do que eu estou fazendo. (P)

Eu acho que essa oportunidade da preceptoria vem para complementa, porque como todos falaram é uma docência ampliada, porque você consegue ver a docência acontecendo. (P)

Eu me candidatei [edital de seleção de preceptores] na época em dois mil e onze, porque já fazia quase dois anos que eu estava atuando como [categoria profissional]

no NASF e eu achava que assim, pelo meu conhecimento de saúde coletiva que eu tinha na teoria até eu chegar no NASF era bem diferente daquilo que eu vivi, então eu achava que era super importante alguém que tivesse vivendo pra ser um apoio, pra ser um norte pra aqueles profissionais que tivessem na Residência seguirem também. (P)

Ver-se no lugar de ‘apoio’ e ‘norte’ para os residentes, a partir de um aprendizado gerado pela prática que o NASF trouxe para esta preceptora, levou-a a querer desenvolver esse encontro entre teoria e prática.

O convite [para ser preceptor], veio por acaso, mas eu não acredito em acaso, acho que ele chegou no momento que tinha que chegar, e assim como a maioria colocou aqui, realmente assim você vê as coisas acontecerem, e eu sou muito prática, sou [profissional] da prática, sou [profissional] da ponta, então eu gosto disso, eu gosto do fazer, gosto de estar lá e a preceptoria ela dá essa oportunidade, dá uma oportunidade também que a gente normalmente não tem no território, na prática, no dia a dia que é de parar e pensar sobre o que você está fazendo, então isso me seduziu para continuar, para aceitar o convite e se eu puder continuar, perpetuar estaremos aí. (P)

A importância dada à experiência é que esta resignificação da prática dos profissionais residentes e há a percepção de transformação profissional e quiçá biográfica:

[Nos] momentos [em] que tinham alguma problematização [conjuntamente com profissionais não residentes] eu percebia a diferença no discurso e assim algumas vezes eu me incomodava com determinadas posturas e aí assim eu tive o *insight*: poxa, realmente apesar de tudo que a gente contesta, de todas as críticas que a gente faz, realmente o fato dessa convivência mais próxima de uma equipe multiprofissional, de todos os processos que são disparados, mesmo que muitas vezes precariamente, eles fazem uma mudança enquanto profissional. Eu reconheço mudança assim grande. (R2)

O processo da Residência possibilita para gente ser criativo. A atuação dentro do servidor, dentro do seu local de trabalho não exige essa possibilidade, é tanto que a Residência, os processos formativos, incomodam quem está lá, porque você vai mexer em toda a estrutura. (P)

[Percebi o] crescimento delas [residentes] mesmo visivelmente. Chega na casa de uma paciente e se precisar fazer um exercício e não tem nada, elas criam como fazer, inventam e vão arranjar um cabo de vassoura e pegar uma garrafa pet e vamos fazer isso e vamos fazer aquilo. Elas cresceram e eu acho que eu só dei só um empurrãozinho, eu não fui fazer por elas. (P)

Durante as observações de campo eu cheguei no CSF e reconheci os residentes que se dividiram nas práticas já planejadas para aquele dia. Uma parte faria visitas domiciliares pré-agendadas. E outra parte composta por [categoria profissional], realizaria um grupo de idosos sobre promoção de saúde, cuja temática do momento seria atividade física e alívio para as dores. Aparecem aos poucos por volta de 6 a 7 participantes e nem todos são puramente idosos, mas interessados na proposta do grupo. Esta atividade foi facilitada pelas

residentes [da categoria profissional específica] mais o educador físico do NASF e acompanhada pela preceptora de categoria. A atividade iniciou com uma exposição no formato de palestra apontando a relevância da atividade física na qualidade de vida e no processo de envelhecimento. Em alguns momentos a residente intervinha, jogando questões de forma a interagir com os participantes, estimulando-os a relatarem aspectos de sua vida nessa temática: *‘como é isso para vocês?’* Notou-se maior participação quando houve o estímulo de relatarem aspectos do dia a dia, suas dores e melhoras. As residentes trouxeram formas de estimulações físicas com aparelhos criados com material reciclado, criados por elas mesmas, frisando a acessibilidade a esses manejos pela terceira idade. A preceptora participou, mas não interviu. Houve criatividade no planejamento da atividade que foi feito coletivamente pelo grupo multiprofissional. Muitas orientações que foram feitas aos usuários, procuravam gerar um encontro da proposta com a vida real das pessoas, por exemplo, como um cabo de vassoura poderia auxiliar no exercício físico de certas partes do corpo. O objetivo também era criar uma independência na responsabilização do auto-cuidado em saúde. E estas observações corroboram com o relato acima da preceptora quando diz sobre o apoio e o norte prestado na condução da aprendizagem social.

Assim sendo, o aprender a ser preceptor, a mudança da posição e postura diante da aprendizagem em serviço e também os limites deste papel podem propiciar ao outro espaço para engajamentos mútuos e a expressão das singularidades de cada residente e suas necessidades particulares sem perder de vista o todo do projeto comum à CP:

Fazendo o papel da preceptoria tinha o lance que assim administrar um processo com o corpo docente, negociar aulas, módulos [de] como conduzir uma didática, negociar os diferentes tempos de cada residente, que aí o residente demanda aquilo que lhe é conveniente, então eu quero mais, Pedro eu não sei nada de abordagem comunitária e sei muito de clínica você vai ter que me ensinar isso, e a outra dizia exatamente o oposto e essa negociação eu aprendi demais e aprendo ainda, aí mesmo com essas diferenças o tempo vai passando e você não nivela, mas minimamente há uma confluência dos residentes e você vai se fazendo e aprendendo ali no limite dele e no seu limite inclusive de saber que não é capaz. (P)

6.4.2 Negociação de sentidos: participação e reificação

A negociação de sentidos é um processo fundamentalmente temporal, e deve-se, portanto, compreender a prática em sua dimensão temporal. Algumas comunidades existem por muito tempo, por exemplo, ofício de artesões que podem passar de geração a geração. Outras terão uma vida curta, mas intensa para transformar identidades que estejam envolvidas nela. Compreender a dimensão temporal não é apenas delimitar tempo para desenvolver a

prática, mas sim garantir a sustentação de um engajamento mútuo na busca de um projeto comum para compartilhar uma aprendizagem significativa. A partir dessa perspectiva, CPs podem ser pensadas como histórias compartilhadas de aprendizagem e estas histórias são uma combinação de duas forças duais: participação e reificação.

A participação dos membros nas interações sociais que efetuam no movimento de uma CP, muitas vezes será acompanhada pelos processos de reificação que trarão certa concretude ao que foi desenvolvido no coletivo, ou seja, produtos serão fabricados e eles podem ser desde conceitos até instrumentos e artefatos gerados dentro dos sentidos que são negociados pelos participantes. Wenger (1998) diz que o equilíbrio entre essas forças é algo a ser buscado, mas que nem sempre poderá ser alcançado, pois quando há muita participação e pouca reificação a tendência é faltar substância que sustente a CP. Por outro lado, quando há muita reificação e pouca participação, a tendência poderá ser um enrijecimento da CP.

Estes aspectos foram percebidos na Residência ao longo do estudo, no entanto, não nos ocupamos em medir o fio da balança e saber se havia ou não preponderância dessas forças de participação e reificação no grupo como um todo; apenas nos debruçamos em sua constatação.

Eu acho que o grande referencial da Residência é nos proporcionar essa vivência do serviço e ver e trabalhar essas novas ferramentas, novos conceitos e de fazer a coisa acontecer como a gente tem pelo menos dentro de um ideal, e acho que todos falam das precariedades que a gente vivencia nessa Residência e se o negócio fosse melhor como é que não seria. (R2)

Assim sendo, percebemos que o negociar sentidos para nós é dar-se na troca de experiências e perceber a necessidade de gerar produtos, como, por exemplo, o fluxograma para facilitar o diálogo com as fronteiras. Porém, essa negociação, primeiro precisa acontecer dentro da própria comunidade da Residência com tempo de maturação e compreensão dos processos de trabalho e seus objetivos dentro da ESF. É o que WENGER (2010) diz de fontes de ‘lembrar’ e ‘esquecer’ por meio de nossas produções e por meio de nossas experiências de participação para reconhecermos a nós mesmos neste processo.

[A prática clínica tradicional] é individualizada e sozinha. E individualizada e sempre com o foco na demanda clínica, com foco na sintomatologia, e assim esse modelo biomédico que perpassa todas as categorias e não é só na [minha categoria] que é um desafio sério de se construir. [...] Eu uso umas estratégias bem doidas, tipo eu não atendo ninguém atrás da mesa, a primeira coisa que eu faço é tirar a mesa da nossa frente e eu acho que isso é uma forma de mostrar a pessoa que: ‘olhe! calma eu não sou dona do saber!’. Porque muita gente procura a psicologia na atenção básica como sendo a dona do saber que vai ajudar o filho dela, vai ajeitar o marido, vai ajeitar ela mesmo e vai dar solução, e isso é uma posição muito complicada,

muito difícil. A equipe tem me ajudado bastante nesse trabalho de construir isso.
(R1)

Quais são as estratégias e formas de desconstrução? Na fala acima fica frisada a importância do engajamento mútuo nesta transformação de como a categoria profissional sai de seu patamar hegemônico para aquele crítico, e talvez mais resolutivo, mas faça sentido na busca do projeto comum.

As negociações surgem também diante de necessidades de transformar os atritos que se interpõem diante da necessidade de uma prática refletida, ou seja, em gerar novos processos de trabalho que envolva as fronteiras da comunidade de prática, ou as fronteiras da Residência, pois esta se encontra imersa no serviço com seus hábitos e costumes de funcionamento ao lidar com as demandas em saúde. Vejamos abaixo a fala de uma residente na tentativa de desconstruir um fluxo de demandas dos serviços de saúde que só reforça a clínica individual e não dialógica:

Pelas diretrizes do NASF é difícil reconstruir essa prática, primeiro porque no meu dia a dia eu recebo muito encaminhamento direto das equipes, e principalmente, dos médicos. Eles encaminham não há discussão de caso, e mesmo que eu bata na porta e insista isso é muito complicado. Não consigo fazer e aí isso só reforça essa prática privatista, porque ele manda pra mim e eu atendo sozinha, aí a pessoa [usuário] já sabe onde é que eu estou e vem passar direto comigo. E a estória do dizer 'não' e pedir para a pessoa esperar e tentar o retorno pelo agente de saúde para retornar pela equipe [de referência], isso pra mim está sendo um grande desafio, desconstruir essa prática. Eu estou conseguindo com o apoio da equipe assim de certa forma. (R1)

Como abordamos acima, a participação e a reificação são dois modos de existência através do tempo, que interagem entre si, com recursos de continuidade e descontinuidade e são canais que podem influenciar a evolução da prática.

Notamos na experiência prévia, na observação de campo de no relato dos participantes do estudo que muitos produtos saíram da comunidade da RMSFC, desde aspectos conceituais, práticas de inovação, instrumentos de trabalho, 'tecnologias leves' e renovação da prática. No entanto, as produções surgem de necessidades percebidas pela comunidade como aquilo que precisa mediar a teoria e a prática exercida e aquilo que dá concretude ao fazer reflexivo e são referidas como algo significativo para os seus participantes e como algo capaz de transformar seu jeito de pensar e de atuar na saúde.

6.4.3 Construção de Pontes entre a CP da RMSF e a população local: pondo em prática as diretrizes da Estratégia Saúde da Família

Neste tópico dialogaremos com as produções trazidas pela comunidade da Residência e o significado delas na prática. As produções tornam palpáveis e visíveis tanto aspectos subjetivos trazendo concretude ao envolvimento da comunidade.

Iniciamos trazendo a experiência de construção de um fórum comunitário delineando a exigência de envolvimento, tempo e muitas articulações das redes intersetoriais. Assim como dar espaço para a voz de uma comunidade do território. É uma prática difícil e extenuante de se realizar sozinho. Durante as observações de campo presenciei a seguinte fala de uma residente sobre este aspecto:

“Me sinto pertencente ao território! O processo de saída [da Residência] está sendo difícil, pois hoje vejo possibilidades em tudo! A história desta comunidade que fica n[o bairro] é muito interessante!”

Ela contou com vigor a articulação que tem feito com uma ONG do seu território de atuação e tem trabalhado questões de gênero e de violência. No momento da pesquisa ela estava em fase de levantamento documental e entrevistas com a gestão local dos conselhos. Outra colega sua de equipe faria um trabalho com as mesmas mulheres sobre a fase do climatério.

No entanto, abaixo se vê nas falas dos participantes de três gerações (R1, R2 e preceptor), as suas implicações, afetos envolvidos e artefatos construídos sobre a ação comunitária, que em última instância constrói tecnologias leves, de como abordar e cuidar.

A gente construiu o primeiro fórum e, realmente, até pessoas que a gente já tinha convidado várias vezes para outras oficinas e não se fizeram presentes, no fórum estavam. Eram representantes de instituições, de ONGs, e assim a gente ficou muito feliz com o resultado, que a gente conseguiu mobilizar pessoas importantes. As pessoas que estavam lá disseram: ‘- vocês conseguiram trazer os monstros do [bairro] pra cá, pra esse espaço?!’ Então a gente conseguiu levar as pessoas mais importantes do bairro, e a gente já vai ter o segundo encontro agora e isso é uma coisa que está trazendo muita satisfação pra mim, que também nunca tinha feito nada parecido com articulação comunitária. (R1)

A gente tem um fórum que a gente faz com outras instituições de forma intersetorial sobre temáticas, sobre drogas, violência e juventude e esse fórum a gente como algumas ações, a questão de atuação com o professor, então a gente tem duas escolas muito próximas do fórum. [...] pessoalmente, é uma coisa que eu saio da Residência, eu posso não ter feito nada, mas o fórum é uma coisa que realmente eu deixei minha sementinha. (R2)

Tem uma residente que está trabalhando numa temática [de sua categoria profissional] que é muito difícil que é a consultoria, associações, órgãos não-

governamentais e isso é um campo [de sua categoria] muito restrito e muito difícil de se atuar, porque até dentro da profissão ele é novo, ele tem uma discussão que vem desde das décadas de setenta, mas era muito escondidinha ali. E ela despertou para isso porque o território trouxe isso pra ela, e ela teve acesso ao conhecimento da categoria dela que deu a possibilidade dela ir e produzir esse conhecimento. Ela está ansiosíssima, porque ela é R2 e está saindo agora em fevereiro, do que ela vai deixar desse trabalho que ela fez. Então se produz tecnologias, principalmente, tecnologias leves, [...] o modo de abordar. (P)

O interessante é ouvir de uma R1 ‘o salto’ para se compreender que ultrapassar ‘os muros’ do posto de saúde é de fato se envolver na produção de saúde. Ao extrapolar o setor saúde o residente se envolve com a conjuntura social e política e essa experiência ao ser relatada continuamente aos outros membros, e ser apoiada pelos mesmos, lança maior autonomia e empoderamento no agir dentro da ESF. Assim sendo, a produção de conceitos que surgem da prática, como perceberem que uma ação comunitária, é promover saúde, e possibilita gerar vínculos de cuidado com o território, sendo este um ponto fundante da ESF.

A pesquisa de MONTEIRO et al. (2009) realizada em um Centro de Saúde de Fortaleza, demonstrou que o vínculo é um aspecto essencial dentro da melhoria da assistência à saúde e na possível redução de agravos. No entanto, este aspecto precisa ser fortalecido dentro da ESF dos centro de saúde pela importância de aproximação e reconhecimento pelas equipes de saúde de seu próprio território de atuação.

Acho que também uma coisa super legal foi nesse lance da articulação comunitária: é reaprender a lidar com o usuário. Os usuários e a gente conseguimos conversar e deixar claro algumas coisas. [...] O usuário sente isso, sente mesmo e pelo menos ele vem dizer: ‘– Rapaz eu quero me matricular naquele negócio para saber o que é!’ Ou então se sente prestigiado porque nunca foi prestigiado pelo serviço de saúde, então isso em tido bons resultados. (R1)

A CP da RMSFC traz alguns significativos exemplos de como promover saúde através do vínculo com o território, ao criar estratégias de articulação social, que possibilita uma aproximação do posto de saúde com a comunidade de usuários, favorecendo o princípio de acessibilidade e também de integralidade.

Tem gente que faz articulação comunitária, mas não entende que isso é promover saúde. Acho que isso é um grande passo que se dá na Residência também. (R1)

Eu acho que a Residência aproxima muito a unidade de saúde da comunidade, com essas tentativas de articulação comunitária, com criação de fórum ou a gente mesmo está buscando a criação de novos espaços com grupos, procurando as escolas para gente trazer um pouquinho da saúde para dentro do território e não as pessoas terem que procurar a unidade de saúde. (R1)

Eu ri porque esse não institucionalizado entra mais na minha vivência acho que de julho para cá. Foi um processo não institucionalizado, mas com moradores foi o

momento que eu mais ressignifiquei a minha prática, o meu fazer também. Eu tive que repensar e pensar com outras pessoas a saúde, embora estava ali vivenciando com os moradores e profissionais de saúde, que era um Fórum de Saúde Comunitária e eles fazem reflexões sobre o SUS, reflexões sobre várias coisas e aquilo me faz repensar também enquanto profissional, então foi um espaço que aprendi bastante. (R2)

Percebemos que os residentes por estarem na formação em serviço podem ousar sair de uma atuação hegemônica e preponderante e serem provocados para outra posição e outra postura diante do projeto comum, pois a RMSF abre espaço, instiga e estimula este passo adiante:

[Eu] já vinha de uma prática de trabalho onde, por não ter estrutura mesmo, e realmente a demanda engolia, então ficava só ali no meu quadradinho. Eu trabalhava numa estratégia NASF que para mim, [categoria profissional], não funcionava e para algumas categorias funcionava, mas pra mim não funcionava, eu ficava ali dentro daquela sala, daquele cubículo, e que a Residência por mais que eu não tenha preceptor, que já é uma dificuldade para estar organizando e reorganizando como fazer. (R1)

A necessidade de mudança da prática faz os praticantes recorrerem à geração de produtos que se transformam em estratégias de atuação e ferramentas de trabalho que trazem novos sentidos aos conceitos da saúde coletiva.

Na observação de campo, pudemos perceber durante uma oficina de (área específica de concentração da saúde) a fala de um profissional do posto que não era residente e que passou a aderir ao acolhimento após a entrada da Residência naquele posto. Esta profissional reconhece que tinha muitas resistências baseadas em críticas antes de fazer o acolhimento, mas reconhece que os seus usuários perceberam a melhora do acesso e que ela, em sua postura cotidiana, apenas mantinha uma demanda reprimida.

O modelo de acolhimento realizado por esta área de concentração da saúde inspirou outros profissionais a criarem estratégias de acolhimento adaptados as demandas que percebiam dos usuários dos territórios de referência:

Agora eu vou criar estratégia do acolhimento como se fosse um [profissional de outra categoria], ele faz um acolhimento geral, coletivo. Eu vejo a demanda e a urgência dos casos e daí eu vou começar o agendamento ou então criar grupos a partir desse acolhimento também. Eu acho que a Residência também está me dando essa oportunidade de sair desse olhar clínico, e por mais que eu na minha concepção, eu já tinha um pequeno olhar para esse usuário integralmente, mas eu estou conseguindo melhor estabelecer isso de ter minha agenda, pois eu controlo minha agenda, e está sendo de muito benefício para mim, para minha categoria. (R1)

Segundo nossas observações de campo e de nossa experiência nessa área, o aspecto de controlar a agenda é uma autonomia importante a ser garantida pelas equipes de apoio, mas que advém dos aspectos de confiabilidade e pactuação dentro da CP ainda de

acordo com o projeto comum. Uma categoria profissional que atua na estratégia NASF não é porta de entrada de usuários dentro do sistema, exatamente por funcionar na lógica de apoio matricial, dando ao profissional maior autonomia e maior responsabilidade em manter o acesso garantido aos demais profissionais do serviço e equipes de referência (BRASIL, 2009). Esta pode ser uma forma coerente de se organizar um fluxograma da ESF. Portanto, torna-se necessária a compreensão da fluência da organização do trabalho, refletida mais uma vez no exemplo da agenda, que se reconfigura constantemente de acordo com as necessidades que vão surgindo.

Foi muito marcante, eu acho que talvez seja a minha cara que é a questão de formulações e reformulações da minha agenda, formulações e reformulações do meu cronograma, mas aquilo ali eu estava entrando e eu entendia que o território tava me demandando coisas, as informações das agentes de saúde estavam desatualizadas e a cada atualização eu sentia a necessidade de reformular minha agenda. (R2)

Outro aspecto atingido por esta comunidade de prática foi estabelecer uma interrelação na prática com outras políticas públicas de saúde ou de outros setores. Neste caso houve a necessidade de ampliar o cuidado, mas também de aumentar a interlocução. Os residentes se vêm impelidos a compartilhar suas histórias fora da CP, embora retornem, muitas vezes, a esta para obterem o apoio reflexivo de suas ações.

Tenho conseguido fazer é dentro dos programas terapêuticos singulares dos usuários de saúde mental. Outros também que chegam para mim é inclui-los nas práticas integrativas nos programas terapêuticos que elas sempre são vistas como integrativas. [...] e eu acho que isso foi uma inovação: discutir os casos de saúde mental que chegam para mim com os massoterapeutas, com os reikianos, com a coordenadora da oca que eu acho que eu vejo que é uma coisa nossa. (R1)

Dentro dos processos de reificação ao negociarem significados na prática compartilhada se vê a necessidade de gerar algo concreto, portanto criam ao longo da experiência do trabalho e junto com seus pares desde instrumentos de registro e fluxogramas do serviço até uma gama de genogramas de famílias atendidas, questionários de perfil do território e do próprio serviço de atuação, 'folder' de comunicação com usuários, jornal comunitário:

Aqui tem um exemplo de um relatório de visita domiciliar e a construção de genograma feito por residente [representam] as ferramentas de abordagem à família. Aí vem o residente [...] apresentar um caso e ela usou a construção do genograma feito pelo agente comunitário de saúde e estimulado pelo residente, produto disso é que ela trata da questão multiprofissional até de coisas além do básico, mas coisas que surpreendem a gente. [Por exemplo] como o jornal da comunidade trazendo a oca. Sinceramente, desde dois mil e cinco que eu estou no Saúde da Família de Fortaleza e eu não encontrei experiências como essas do jornal que trazem coisas que acontecem e explicando até o nome do bairro. Eles [residentes] conseguiram uma tiragem de mil jornais para aquela comunidade. Então assim, os produtos vão desde coisas simples como produção de dados que não tem nas unidades de saúde até essa questão de coisas inéditas para unidades de saúde. (P)

Instrumentais de registro, instrumentais de acompanhamento, discussão com as equipes, instrumentais de fluxo pras demandas. [...] não que eles foram completamente entendidos ou implementados, pois isso é uma luta cotidiana, mas acho que a concepção deu um trabalhinho interessante, e foi no coletivo discutir e tentando dar certa organização para a loucura que é o cotidiano da Saúde da Família. Acho que a gente avançou muito nisso. (R1)

Questionários? A gente já criou um de acolhimento, porque o acolhimento na unidade ele está suspenso, então a gente pensou em retomar o acolhimento e até tentar trazer para gestão e reestruturar o acolhimento. Mas a partir daí a gente precisaria ter informações dos usuários, de como é que está o processo de atendimento na unidade, da satisfação, como é que eles estavam sendo atendidos, para a gente trazer esses resultados para a coordenação e mostrar assim: ‘- ó, a gente precisa de acolhimento por isso e por isso.’ Uma coisa concreta, sabe?! É como se fosse uma pesquisa. (R1)

A gente já fez outros dois instrumentos nas campanhas de vacina, que foi na época da territorialização. Então a gente estava tentando conhecer o perfil da comunidade, quem eram as pessoas que estavam lá e a gente criou dois questionários que foram usados em duas campanhas de vacina diferente, mas era pra saber mesmo quem é o perfil do usuário, quem é a pessoa que procura a unidade. Então a gente criou assim uns três. (R1)

A gente conseguiu produzir um instrumental de avaliação que é da Residência, mas eu acho que passando por uma validação científica, possivelmente, serviria para o Saúde da Família. Eu não tenho a menor falta de modéstia de achar que ainda conseguiria servir de parâmetro. (P)

Também outros processos de reificação que vemos como significativos são os instrumentos de avaliação e auto-avaliação da Residência, que aparecem relatados pelos residentes e preceptores como instrumentos que também viabilizam a forma de aprendizado com menos mecanismos de controle. Parece haver um amadurecimento no sentido de como eles se vêem, pois reconhecem certas leituras da conjuntura política do setor da saúde municipal, que se mostram conflitivas e dissonantes com as propostas de educação permanente. Percebemos que isso só foi possível de se fazer mediante os processos temporais de engajamento mútuo ao longo da participação na comunidade.

Hoje estamos utilizando esse instrumento da avaliação até para formular nossas bandeiras de luta de uma forma mais clara e mais objetiva e um Programa de Residência que a gente acredita, que a gente defende. Então eu acho que até o fato da gente parar pra avaliar o nosso processo eu acho que desencadeou, inclusive, esse processo de mobilização mais maduro. [Vimos que] o pagamento dos preceptores é um dos pontos, mas tem tantas outras coisas. E hoje a gente faz essa leitura com uma clareza que talvez no ano passado a gente não tinha. (R2)

Além da construção de materiais de pesquisa e instrumentos de registros de atividades vemos a importância dada à construção e aprendizagem de abordagens de cuidado, não somente como forma metodológica de melhor se comunicar e realizar trabalhos grupais, mas que exigem treino de técnicas e exposição das próprias competências pessoais e

profissionais. Formas de lidar com o protagonismo dos residentes e preceptores na condução de uma prática de cuidado mais integral:

Eu acho que também a equipe cada um foi aprendendo e reaprendendo a trabalhar em grupo. E isso foi um grande avanço da gente poder fazer coisas legais, não só de facilitação dinâmica, [...] mas de pensar o grupo e o que a gente quer mesmo do grupo, por que a gente vai fazer desse jeito e não vai fazer de outro jeito, e a postura de cada um no processo de protagonismo e de facilitação do grupo. (R1)

As intervenções culturais também nortearam a produção dos residentes diante de ações comunitárias, demonstrando o caráter criativo da prática, a partir de formas de chegar na comunidade e fazê-la aliada dos processos de saúde do posto. Dar concretude ao planejamento participativo e assim reiterando pactuações de corresponsabilização com os usuários, lideranças locais e equipes de saúde:

Um cordel, até produção cultural a gente criou. Fizemos panfletos que a gente criou na época do cartaz e foi tudo criação nossa! e o jornalzinho que a gente criou como forma de dar devolutiva para comunidade do planejamento participativo, porque a gente convidou um monte de gente e muitas pessoas participaram, mas outras não estavam interessadas, aí a gente pensou como forma de explicar o que era a Residência e o nosso jornalzinho se estruturava assim, falando muito do estratégia saúde da família explicando como que era, tentando ser numa linguagem mais acessível possível. (R1)

[o jornal] colocou muito nos planejamentos participativos, nas rodas que a gente fez esse interesse, trouxe o nome da comunidade e de onde é que vinha e trouxe curiosidades [locais] para aproximar de alguma forma o que a gente tinha construído e estava construindo para as pessoas e foi bem recebido. Aí a gente pensou: 'Vamos fazer, vamos xerocar do nosso bolso e vamos distribuir!' Aí com o passar do tempo teve, inclusive, uma pessoa da comunidade que falou: 'não, a gente ajuda vocês! traga o original que a gente copia e distribui para vocês!' E a gente conseguiu apoio da [universidade privada] também, conseguiu cópias coloridas e aí ficou bonito. (R1)

Abaixo vemos a fala que coloca que o diferencial da Residência é permitir trabalhar com as ferramentas conceituais e praticá-las de acordo com os ritmos que vão sendo permitidos ao longo do trabalho, sendo possível re-significá-las ou transformá-las quando necessário. E essas ferramentas são experienciadas na prática da assistência e na prática pedagógica. Os residentes fazem atendimentos conjuntos e exercem também o ato pedagógico de aprender com os casos atendidos ou dando aulas, cujos diferenciais sejam ilustrar situações da prática que sejam compartilhadas com outros setores de ensino em saúde. Digamos que a matéria-prima da Residência em saúde da família é não se desvincular da prática, daquilo que é vivo na busca do cuidado de território, dos usuários e dos trabalhadores da saúde.

Um momento assim bem simbólico dessa questão de apreensão de ferramentas, foi uma vez que nós fomos convidados pra ir dar uma aula no mestrado de saúde pública da [universidade pública] e aí até na hora de planejar junto com a professora

do mestrado e foi uma coisa muito forte a frase dela e assim quem não tá lá fazendo não tem muita noção, por isso que eu já trago pessoas do serviço [...] E aí a gente escolheu falar das ferramentas tecnológicas do processo de trabalho do NASF e aí a gente até brincava: vamos colocar fotos mesmo e fazer a nossa cara aparecer pras pessoas realmente verem que isso não é na teoria. A gente não vai está lá falando simplesmente só questões teóricas, mas de algo que a gente tá vivenciando, e aí a gente abordou o projeto terapêutico singular, o projeto de saúde no território, clínica ampliada, pactuação do apoio e aí pra cada ferramenta a gente colocava o conceito teórico né e depois colocava uma foto, uma experiência que representasse o uso daquela ferramenta no cenário da Residência. E as caras das pessoas do mestrado – gente, eu estou assim, eu não sabia que isso acontecia, eu estudo isso, eu leio sobre isso, eu escrevo sobre isso, mas eu não, sério?!, vocês tem que publicar isso, vocês tem que contribuir com os profissionais que tão lá no interior e que não sabem nem que isso acontece, vocês tem que divulgar isso que acontecendo, e aí a gente ficou: caramba meu irmão! no mestrado as pessoas estão estudando isso, tão escrevendo sobre isso e não tão acreditando que isso está acontecendo. (R2)

Percebemos que dentro da participação há uma necessidade de sistematização da prática e que pode estar vinculada à motivação construída ao longo do aprendizado na Residência, muitas vezes se concretizando na escrita acadêmica e participação ativa em eventos científicos da área. Assim, vemos que por surgir da prática e do projeto comum, que motiva o grupo, há maior elaboração desse exercício contínuo de gerar pontes de conhecimentos e saberes. O interessante da fala dessa preceptora é que ela busca na sua trajetória de residente para preceptor os elementos para reafirmar a conquista desse campo de sistematização e participação na apresentação dos produtos da comunidade em eventos científicos.

Aí assim eu falo enquanto residente e preceptora. Quando a gente era residente era incrível como tudo você podia transformar num trabalho, e assim, às vezes as pessoas ficam pensando na teoria na faculdade, enquanto a gente na prática na Residência, assim escrevia um resumo e tá aqui ó, tem um monte de coisas que a gente sistematizava toda hora. Vocês escrevem muito trabalho, mas é porque a prática traz muito material e a Residência ajuda a gente a sistematizar tudo isso. A prática alimenta a teoria e a teoria alimenta a prática, então a gente consegue fazer isso. Aí vem sala de situação que traz muito, que traz epidemiologia, que traz estudo de caso, que tem parte qualitativa, que tem ferramentas de abordagem, que tem todas essas coisas que a Residência constrói de material por sistematizar a prática, por pensar sobre a prática, que, às vezes, estão aí pra todo mundo fazer, como F. disse, e não faz. (P)

Você aprende tecnologias leves, de abordagem, de ouvir. A gente tem residente que tá entrando agora residente que é recém saída da academia, e ela tem muito essa ansiedade, e eu digo: ‘você vai aprender aqui no cotidiano, é fazendo, é abordando e achando que fez errado e tentando melhorar’. Então assim, os produtos da Residência e, às vezes, eu acho que é até um pecado que a gente tem que é a gente não quantificar porque eu acho que não tenta quantificar porque corre o risco de cair no que a G. tá dizendo desse produtivismo, mas de elucidar, de mostrar e da gente também não cair na rotina, no cotidiano e eles estarem aparecendo. (P)

Portanto, a apropriação de tecnologias como o apoio matricial ([CAMPOS; DOMITTI, 2007](#)) colocam o contraponto do fazer cotidiano, fazendo a observação crítica da

diferença entre a educação continuada e a permanente, ou seja, esta última vinculada à prática e não dissociada do campo *in acto*. Além disso, percebemos na fala abaixo, que estar no engajamento mútuo e na atitude de fazer junto como outro gera a exposição de competências e suas fragilidades, mas que podem ser superadas pela confiança mútua:

Em contraponto a isso a gente tem algo mais a oferecer e perceber que esse apoio matricial que a gente faz numa próxima consulta, dependendo do que a gente identifique a mais, eles [ESF] percebem a diferença. E digo apoio matricial não só na equipe de referência e NASF, coisa que está ao alcance das equipes de fazer, mas é difícil estar atendendo com o outro ali, às vezes, é difícil porque acaba achando uma fragilidade que nem todo profissional quer mostrar e você não sabe tudo e você está atendendo junto. (R2)

A gente não via [enquanto servidor] essas questões: o que é apoio matricial, o que é matriciamento, como fazer abordagem familiar. Então a gente questiona muito esses cursos que tem por aí de educação continuada que não vê esse foco de ser uma educação permanente, de ter um aprendizado que realmente faça um significado entre as pessoas. (R2)

Uma apropriação importante que foi exemplificada pelo núcleo de uma categoria profissional, mas que não deixa de fora a apropriação coletiva foi a construção de uma clínica psicológica na atenção primária. Esta categoria profissional, dentre outras adotadas na participação do setor saúde, apresenta uma formação focada, na maior parte das vezes, numa clínica individualista e privatista. Nota-se no relato dos participantes psicólogos como um todo a presença de uma transformação pessoal na quebra de tabus enraizados desde a formação da graduação ou em experiências de trabalho anteriores que foi se desconstruindo e ganhando um novo território de experiência da prática.

Nas falas abaixo, optamos por manter a identificação da categoria profissional, mas retiramos a identificação de residentes e preceptores para evitarmos o reconhecimento e manter o sigilo ético dos informantes:

Mas, eu acho que um produto da Residência pra mim principalmente como residente foi finalmente entender o individual e o coletivo, clínica e social e assim uma coisa que na minha época da faculdade era uma coisa muito difícil, não entendia – ah eu sou da psicologia comunitária e a parte comunitária e não dialogava e a clínica é o povo no consultório e a gente não quer nada a ver com o povo, na psicologia é, e assim a Residência pra mim foi justamente a gente não consegue ver as coisas separadas saúde coletiva da clínica, da psicopatologia, da psicofarmacologia e de coisas que a gente achava do mal e não sou do mal e se a gente tem uma visão crítica a gente não pode aprender isso e a gente é a favor dos oprimidos. (Participante 1)

Que vai surgir de produto ao término desse processo ou que já surgiu o produto? Eu penso na clínica. [...] na Residência eu experimentei uma clínica de forma muito diferente, pois eu pude realmente experimentar outras coisas e me deixar mesmo ser experienciada pelo usuário assim, enfim, pela comunidade, e assim eu estou saindo mais segura da clínica que eu faço. Realmente eu acho que eu construí uma clínica na Residência que não está terminada, mas que no estágio de clínica na faculdade, no curso de abordagem em clínica eu não consegui construir, [...] mas assim, é uma angústia amenizada, pois antes era uma angústia muito dolorosa e agora é uma

angústia mais mobilizadora, no sentido de criar mais, e aí a clínica vai fazendo isso em outros espaços também. Eu acho que foi uma construção muito grande pra mim enquanto psicóloga mesmota clínica e uma construção também do sentido mesmo de equipe. (Participante 2)

Produtos da clínica mesmo, por exemplo, [...] em alguns postos a fila de encaminhamento para psicologia e agora na [Residência] a gente tem a listagem perto de conseguir zerar [em certa regional]. São produtos, digamos, epidemiológicos. As pessoas estavam encaminhadas e a Residência foi lá e – tuf! – consegui fazer ação, enfim, além de instrumentais a gente conseguiu ajudar num debate que infelizmente se esmoreceu da ficha de saúde mental aqui do município e a Residência conseguiu fazer essa discussão junto com alguns profissionais do CAPS e na regional. (Participante 3)

O produto de perceber a mudança de atitudes ou a mudança dos olhares em profissionais não residentes parece trazer forte sentimento de reconhecimento na busca do projeto comum. É quando a prática se mostra motivadora de fazer crescer os projetos dentro da estratégia de saúde da família que sem dúvida também se faz de partilhas de aprendizado e conhecimento elaborado ao longo das trajetórias. A proposta abaixo foi oferecida ao posto de saúde, inclusive para trabalhadores do nível médio, por residentes que estavam alocados há um tempo neste local.

Lembrando lá de uma vivência do nosso posto, e até mesmo a postura do porteiro, que na verdade a gente conseguiu visualizar uma mudança de atitude dele, porque no primeiro momento causou estranhamento, pois a gente estava fazendo uma capacitação e se lembram naquela cena ali que é aquela troca de papéis? Aí ele [porteiro] começou a colaborar, e dizer: - mas eu quero outra forma, eu quero trabalhar de outra forma. E a gente não tem noção de como a gente impacta de alguma maneira aquelas pessoas, a gente não tem como qualificar até da forma de você interpretar aquela realidade e dizer coisas seríssimas, na forma de dramatização, por exemplo, que é uma forma de analisar a gestão, o local. (R2)

Outra ilustração apresentada foi um curso de atualização em saúde da família sobre o tema NASF oferecida também para equipes de saúde, técnicos e comunidade local. Produtos da comunidade em gerar espaços dialógicos com as fronteiras, com o público e tornar-se acessível aos de fora tornando a prática significativa e palpável. E a teoria se torna um recurso de acesso a inovações:

E a gente falou um pouco sobre NASF para as famílias e [suas] ferramentas, como: pactuação de apoio e projeto de saúde no território. E depois também dos tipos de apoio: apoio assistencial, apoio matricial, apoio comunitário, institucional. E aí foi muito legal porque as pessoas do posto que deram exemplos assim: 'ah! aquela atividade que vocês fazem lá na [bairro] é uma atividade de apoio comunitário, mas também de apoio assistencial, aí a outra não, é de apoio assistencial e não é os dois, né?' E aí as pessoas começaram a apontar isso assim e assim, e essas ferramentas já são utilizadas naturalmente e aí foi muito legal! O seu G. [usuário] falou do projeto saúde do território: 'olha, inclusive eu tenho uma idéia para esse projeto saúde no território! Vocês sabiam que o [bairro] está cheio de rato no bairro, e aí daqui a pouco começou a chegar os casos de leptospirose aqui no posto e aí vocês e o agente de endemias mexendo isso. Então você vê que são ferramentas que tem um livro para gente usar e já são usadas de alguma forma pelas pessoas, e que como é potente

e como pode assim realmente fazer saúde da família em comunidade. E é muito legal quando você encontra esse estranhamento de cara [nas pessoas], e eu li isso no livro e esse encontro acontece assim. (R2)

Dentro das redes intersetoriais como a área da Educação vemos aqui a atuação no trabalho com professores de escola que fazem parte do território de abrangência da ESF. Nesse caso, também será foco de intervenção da prática dos residentes como proposta de promoção de saúde, a ênfase dada ao significativo reconhecimento dos professores ao trabalho desenvolvido pela Residência:

Uma questão que eu lembrei essa semana: a gente estava fazendo um projeto com os professores, e usando as metodologias com os [eles] e um deles me perguntou assim: 'Mas esse trabalho de vocês acontece em todo posto desse jeito? Porque nunca ninguém veio falar assim com a gente, eu não sabia que existia isso!' É muito massa, entendeu. (R2)

Indagamos se esses produtos desenvolvidos na prática, que a Residência deu o nome de ferramentas instrumentais e que são acionados na fluência do cotidiano durante as atuações, são reproduções literais da literatura científica? Não. Os participantes residentes percebem que há uma (re)leitura do que já está proposto e isso é a grande potência da CP, pois o conhecimento ressurgiu e não é uma mera reprodução.

Eu acho que foi construída [as ferramentas]. Eu acho que tanto a gente fez uma leitura disso, mas também uma releitura a partir do cenário que estávamos inseridas. E não simplesmente vamos tentar colocar isso que está escrito em prática, mas experimentando de várias formas. É tanto que a gente consegue de fato ampliar do que a gente já leu, são leituras, releituras. (R2)

E essa construção coletiva, a gente não copiou de nenhum canto e nem veio pronto de lugar nenhum. E diz que uma coisa alimenta a outra, porque a gente ficava brincando: 'Por favor, sonha aí o que a gente vai fazer amanhã porque eu não consigo!' Cara, e sempre saía! E sempre era uma coisa nova e alguma coisa vai puxando a outra mesmo. (R2)

Outro tocante de não serem meros reprodutores de abordagens e conceitos é por fomentar e alimentar um aspecto crítico das conjunturas sócio políticas nas quais a Residência está inserida. Podemos afirmar que esta comunidade de prática chamada de Residência Multiprofissional está inserida num programa de residência instituído e controlado pelo Estado. Como instituído a Residência ganha e perde ao mesmo tempo. Estes são aspectos que importam muito na condução que a comunidade de prática vai exigir de suas fronteiras de aprendizagem ou ainda se omitir de si mesma nesta conjuntura, como já falamos anteriormente.

Aquela coisa da reprodução do fazer pelo o que você reproduz e não o pensar o fazer antes de fazer. Assim, acho que a Residência produz nossa crítica, porque o profissional no senso comum das unidades de saúde, os espaços que a gente ocupa, às vezes, você é conhecido como chato, aquele que aponta tudo de errado que está na unidade. O residente e o preceptor que está junto ali naquele processo, eles

apontam, mas eles querem o processo de superação naquilo que eles apontam como errado e que, muitas vezes, é o possível e viável de acontecer. Eu acho que forma o militante sim, porque você começa a conhecer mais a política de saúde e a defender enquanto política pública estatal, mas também faz a nossa crítica e se torna militante porque você passa a ser crítico e não mero reproduzidor de uma técnica. (P)

Vou falar bem rápido assim na dimensão político estrutural. Eu acho que a gente pela primeira vez conseguiu fazer um movimento na frente aonde era o palácio lá da prefeitura e a gente conseguiu pautar na comissão de mesa, negociação permanente e trabalhadores do SUS processo e educação permanente, que antes ficava só na parte de educação permanente e a gente conseguiu pela primeira vez na história uma CIES. [É o lugar] onde se decide politicamente sobre a educação permanente e a Residência agora tem cadeira e tudo isso são produtos no nível digamos assim de gestão local. A gente conseguiu ser reconhecido dentro das Regionais enquanto apoio para o saúde da família. Antes era uma coisa direta [entre a] Secretaria de Saúde e o nível local e a participação era difícil dentro das regionais. (P)

No entanto, as releituras são produções coletivas nos encontros dialógicos da CP, pois haverá necessidade de novos sentidos que serão negociados entre os membros. É uma conjunção da Residência. Não é a invenção de um ou de outro. Será exatamente este encontro que tornará a produção algo singular da experiência da comunidade.

E eu acho que assim o fato de ser sempre ou quase sempre uma conjunção coletiva, não é conjunção de uma pessoa, acaba que é uma conjunção da Residência. Eu estava lembrando de todas as metodologias que a gente usou e nenhuma foi eu que inventei ou foi a [outra residente] que inventou, pois tudo foi assim a gente. Estávamos na roda, no almoço, aí dá uma idéia e a gente construiu. Eu estava falando do livro de metodologias que a gente ia fazendo, porque a gente sempre tentava trazer uma coisa nova do planejamento participativo e depois do início dos grupos, ou daquele levantamento de expectativas. A gente até trocar essas idéias com o próprio NASF do posto. (R2)

Se na releitura houve a importância da construção coletiva fundada na confiabilidade de seus membros, houve um alimento dentro da comunidade de prática que tornou possível usar dos processos criativos na geração de modos reificados que permaneceram ao longo do tempo. Durante minha prática como preceptora percebia inúmeros redesenhamentos que o grupo multiprofissional criava na elaboração de metodologias adaptadas para o contexto real. Buscavam em vivências pessoais, na literatura científica, trocavam idéias e chegavam muitas vezes em elaborações sofisticadas de facilitações de grupos no posto, ou em locais comunitários fora do posto de saúde. E ao final avaliavam a possível eficácia das intervenções, desde como foi de fato realizado o trabalho em equipe ou se alcançaram metas daquele planejamento. Por exemplo, grupos de saúde com a população adolescente do território eram necessárias e emblemáticas, pois exigiam desde uma comunicação apropriada a esta população, visando tornarem-se acessíveis como profissionais de saúde a estes que muito pouco recorriam ao posto.

A gente ia fazer uma atividade na escola sobre alimentação saudável para adolescentes e aí pensando como é que a gente iria adaptar essa linguagem. Foi bem

na época que a [outra residente] estava organizando um chá de lingerie e que tem uma brincadeira do ‘fala sério com certeza’ e aí a gente pegou uma revistinha do Ministério da Saúde e fez várias afirmativas e adaptou o ‘fala sério com certeza’ e ainda usou outra metodologia de avaliação numa linguagem para adolescente. [Decidimos] usar a linguagem do facebook: ‘o que foi que eu curti, o que eu não curti, o que eu quero compartilhar’ E é muito legal assim essa mistura de se sentir a vontade pra isso. (R2)

No entanto, a flexibilização das abordagens ou metodologias ou ferramentas a serem utilizadas dependerá do público, do momento de cada um e do grau de apropriação adquirida na trajetória dentro da CP. Portanto, o projeto comum do grupo que se volta para ESF é amplo e multifacetado em seu cerne exigindo desde competências sociais, subjetivas e técnicas.

E as pessoas do posto acho que reconhecem, elas procuram a gente quando elas precisam. Essa questão da metodologia vai se adequar muito, inclusive, ao problema da falta de material. Você tem uma metodologia e aí precisa desse material e você vai procurar já umas coisas mais baratas, coisas de mais fácil acesso. Vai depender [dos trabalhos] da territorialização, e teve lá a oficina com as crianças e foi pintura e com os adolescentes já foi grafiteagem e com os adultos e com os idosos já foi outra metodologia. Vamos adaptando muito pela questão dos atendimentos. Quando você vem com uma coisa pronta você se depara [com algo diferente]. (R2)

Muito dos processos de construção da prática envolve tamanha motivação de seus participantes que vemos falas como “gambiarras” no sentido de provocar a superação de faltas inerentes ao sistema de saúde, mas que na maior parte são artefatos criados e que não impedem a produção.

Aprender a lidar com situações que a gente nunca viu na vida ou então que a gente via e fugia dela ou então situações que de repente ficaram muito novas no cotidiano do trabalho. Isso aí que eu estou querendo dizer de uma forma bonitinha a gente apenas fez novas gambiarras no serviço que ajudam muito a gente e também dá um certo conforto pra gente poder lidar com as dificuldades estruturais, de apoio do programa e tal. [...] Por exemplo, conversar com dois, três pra ter uma reunião, entende, coisa pequena, minúscula e a gambiarra é importantíssima, porque isso aí depois muda a relação que a gente tem com aqueles profissionais e fica menos desarmados para o próximo momento que a gente vai fazer junto ou então gambiarras do tipo a gente não tem material pra trabalhar, a gente vai e arruma com um, emprestado com o outro e não sei o que, compra com o nosso dinheiro, entendeu? (R1)

Muito difícil para equipe que está inserida que são os servidores que estão lá eu não vejo eles fazendo isso, porque dá trabalho, às vezes, tem que ligar para os pacientes para remarcar. Inclusive, até esse contato telefônico parece estranho, as pessoas estranham inicialmente, mas que para a gente foi diferente e quase todo mundo acaba que na primeira consulta pegando o telefone, eu tenho o chip da Oi só pra ligar para os pacientes. Depois eu comecei a perceber que isso também gera um vínculo. (R2)

Dentro dessas articulações comunitárias que a gente ainda consegue fazer é indo a pé e não é esperando o carro da Regional, é indo no carro dos próprios residentes, é comprando material e fazendo cotas e mais cotas dentro da Residência. (R1)

A negociação de sentidos da prática significativa pode ser sentida de forma fluída e constante na síntese elaboradas dos processos de trabalho dentro dessa Residência:

Um produto que pra mim é muito válido é a minha transformação, que eu acredito que cada preceptor que está aqui enquanto profissional, enquanto pessoa, e que vai crescer e modificar o seu olhar em relação ao ser fazer, ao seu saber ouvir o outro, porque isso é uma coisa que eu aprendi muito ouvindo o residente com problema e eu tendo que ir aparando as arestas para que a bomba não explodisse ali na minha mão naquela hora, e eu conseguisse contornar a situação da forma mais viável possível. Eu acho que um grande problema é isso, a transformação de um profissional que está ali como preceptor naquele momento, mas que ele se torna o melhor profissional, que eu me considero hoje melhor profissional. (P)

Uma comunidade de prática sem buscas sejam elas provocadas por atritos ou por motivações deixa de existir e sempre abre espaço em suas participações para o sonho de projetos de trabalho e a memória da prática que já não é mais a mesma, pois se reinventa todos os dias.

O próximo passo é criar grupos de crianças [conjuntamente com a] terapeuta comunitária e realmente vai ser uma inovação. (R1)

[Temos o projeto] de escrever um livro com todas as metodologias que a gente utilizou durante esse percurso da Residência e, inclusive, colocando também um pouco do que foi aquele momento quando a metodologia foi usada. (R2)

Mas quando você começa a relembrar fotos, vê algumas atas de alguns momentos, vê o diário de campo você diz: 'Poxa vida! Quanta coisa nós fizemos'. (R2)

Dentro dessa perspectiva analítica de uma aprendizagem significativa pautada na prática social na saúde e valorizada em seus aspectos sociais, desfrutamos do enlace temporal dos projetos futuros dos participantes da RMSFC de Fortaleza com suas lembranças do vivido e daquele espaço que ainda está por vir. Sobre as redes de significações negociadas por esta Residência podemos afirmar que geraram sentidos novos e outros que foram renovados ao longo das trajetórias compartilhadas, mas que agora nos convidam a uma outra etapa que se dirige para o finalizar desta pesquisa. Portanto, convido o leitor a ler nossas considerações finais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“...minha idéia confirmou: que o Diabo não existe. Pois não? O senhor é um homem soberano, circunspecto. Amigos somos. Nonada. O diabo não há! É o que eu digo, se for... Existe é homem humano. Travessia.”

(Guimarães Rosa)

A travessia do caminho trilhado neste trabalho de pesquisa trouxe em seu processo de construção algo significativo sobre a formação profissional em saúde dentro de uma seara de pensamentos, sentimentos e acontecimentos. As inovações das práticas e do conhecimento gerados dentro do cenário da Residência Multiprofissional em Saúde da Família se ajustam à proposta de aprendizagem e reconhecimento de si mesmo. Isso se dá no trabalho do dia-a-dia dos profissionais, principalmente na afirmação de se gerar trabalhadores mais comprometidos com um projeto de saúde cujo cerne retifica a aprendizagem significativa e fluída no tempo e espaço da prática. Além disso, ela está ancorada, acima de tudo, na cooperação e na interprofissionalidade de seus membros.

Não nos cabe definirmos conclusões definitivas, mas gerar sínteses e reconhecer, antes de tudo, os limites deste estudo. Reconhecemos que um de seus limites foi não termos investigado mais aprofundadamente as relações entre residentes e suas fronteiras, principalmente no que tange outros profissionais que compõem equipes mínimas de referência e equipes de apoio NASF. Nosso material de pesquisa ficou restrito àquilo que a Residência definiu a respeito dessas relações, mas não entrevistamos os atores do outro lado da fronteira da CP. No entanto, isso pode nos levar a perguntar se muitos profissionais de saúde não vinculados à Residência poderiam se beneficiar ou não da presença dessa comunidade de prática em seus espaços de trabalho.

Outro limite do estudo foi não darmos voz aos olhares de fora sobre a Residência, ou seja, conhecer como as pessoas que são os usuários e gestores do sistema de saúde percebem este grupo dentro do cenário de práticas da ESF. Também não investigamos como foram vistos os tensionamentos ofertados pela Residência, por exemplo, ao fomentar, inúmeras vezes, inovações na atuação ou reformulações no fluxograma dos serviços. Embora tenhamos clareza de que esse não é o foco do trabalho, este complemento traria também novas

percepções sobre esta CP que vemos constituída no momento histórico deste estudo. É preciso pontuar que no momento de realização desta pesquisa a RMSFC sofria com os problemas de gestão e financiamento. O corpo de residentes e preceptores estava se organizando para reivindicar melhores condições de operacionalização, o que pode ter levado a uma redução das tensões internas do grupo naquele momento, não evidenciando no momento da pesquisa dissonâncias entre residentes e preceptores.

Ainda mais, é preciso apontar que outro fator limitante do trabalho foi a impossibilidade de realizar uma observação de campo mais aprofundada, o que impossibilitou uma descrição mais detalhada dos contextos de trabalho da RMSFC.

Como síntese e recomendações nós tivemos as seguintes reflexões na resposta aos nossos objetivos iniciais:

O estudo apontou para a existência da constituição da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza enquanto uma Comunidade de Prática por apresentar as características que a definem: repertório partilhado entre seus participantes, engajamento mútuo e projetos comuns em torno da ESF.

A importância desse reconhecimento nos traz a possibilidade de perceber o cenário das residências além da formação profissional, ao encontrar potencialidades no coletivo enquanto um projeto que abranja e traga inovações na concretização da Estratégia de Saúde da Família, fortalecendo os princípios da Atenção Primária. A Residência enquanto cenário de uma CP pode fornecer pistas estratégicas para ampliação do trabalho em saúde, principalmente no sentido de empoderar profissionais de saúde e provocar-lhes o ‘formato’ de aprendizagem fluida no trabalho. Esta parece ser a dimensão primordial evocada na observação feita sobre a Residência como uma formação problematizadora no sentido Freireano ou como uma formação oriunda da prática social como diz Wenger, e que favoreçam o projeto coletivo de ampliar as práticas sociais oriundas do universo da Estratégia Saúde da Família. Nesta perspectiva, o engajamento de residentes e preceptores vai além do estabelecimento e cumprimento de metas de trabalho em curto prazo, construindo uma imagem futura a ser alcançada, no caso, a efetivação da Estratégia Saúde da Família com todos os seus princípios e diretrizes.

Assim sendo, os repertórios partilhados impactam mais nos novos profissionais que adentram a Residência, uma vez que esta que se configura cria um ambiente à parte do cenário dos serviços de saúde. Entretanto, ao permitir o tempo necessário para que os novatos

se percebam dentro da comunidade, decodificando seus códigos e símbolos, a CP poderá abranger outras gerações de profissionais.

O engajamento mútuo entre os membros da Residência se mostrou no compartilhamento de experiências da prática e na sistematização de seus produtos na saúde, como, por exemplo, nos vínculos com usuários e equipes de saúde não residentes. Este engajamento mútuo não representa a esfera da militância engajada, mas a possibilidade em negociar constantemente antigos e novos sentidos para a prática na saúde.

Neste ponto, percebemos que aquilo que moveu a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Fortaleza foi o projeto comum da ESF, dentro dos contextos da prática dos serviços aos quais estava inserida a Residência.

As diversas trajetórias neste cenário encontradas entre estes participantes nos fizeram refletir sobre o seu antes e o seu depois, mas principalmente, sobre a relação dialógica temporal que foi reinventando as diversas formas de atuar e ousar dentro da Residência. Este grau de comprometimento com os movimentos das trajetórias de residentes e preceptores trouxe-nos o vislumbre de identidades que se (re)construíram, seja na prática ao longo dos dois anos, seja nos atritos e tensões com as fronteiras da Residência, seja nas descobertas compactuadas nos estudos de casos inerentes ao objeto principal da saúde.

Como esta dinâmica na CP está intrinsecamente ligada à identidade em seu processo de vir-a ser, é possível imaginar que as relações interpessoais se reinventem dentro da Comunidade. A identidade é aquilo que nós somos e não é definida no absoluto, mas sim pelo contexto social no qual nós nos engajamos. Dessa forma, quando nós começamos a aprender nos tornamos aprendizes, desenvolvendo uma identidade como um membro de uma comunidade de prática – isso será parte daquilo que você é.

No depoimento de alguns residentes percebemos a modificação de sua prática, com a ampliação de sua atuação clínica. Por exemplo, uma fisioterapeuta que trabalha com alimentação saudável, ou uma enfermeira que se preocupa com a subjetividade dos pacientes, entre outras situações. Uma hipótese é de que como os residentes e preceptores atuam de forma colaborativa intencionalmente, a convivência entre múltiplas categorias profissionais favorece a ampliação do olhar sobre o paciente e a comunidade. Nesse sentido coloca-se a urgência de se resgatar os espaços de aprendizagem social.

Os produtos da Residência foram por reiteradas vezes nomeados por seus participantes como os aspectos de construção, síntese e concretude da própria prática enquanto ação-reflexão. A elaboração conjunta de ferramentas conceituais e instrumentais gerou produções

como: o material de avaliação e auto-avaliação dos residentes, instrumentos de registros de atividades, abordagens com metodologias ativas que os aproximassem da realidade local da população atendida, questionários sobre a elucidação do perfil de saúde das pessoas como diagnóstico de saúde do território, ‘folders’ e jornais como forma de comunicação e facilitação do planejamento participativo das necessidades de saúde, publicações científicas sobre as experiências de campo em eventos científicos, aplicação de tecnologias leves, além de oficinas de capacitação aos profissionais de saúde locais. Estes achados vão desde atividades conquistadas na pactuação com usuários e outros profissionais de saúde até conceitos da saúde que ganharam novas dimensões com a prática. Esta parece ser a dialética da Residência, ou seja, gerar movimentos que combinem a negação, a dúvida, a incerteza ao devir de novas experiências sociais e subjetivas na saúde.

Quando imaginamos soluções locais para os problemas de saúde encontrados na prática, não pensamos em caminhos finalizados, e sim aqueles que puderam ser tocados em sua complexidade e tratados a partir de condutas e encaminhamentos dialógicos dentro e fora da Residência. Neste tocante, notamos que a multiprofissionalidade gera um maior leque de possibilidades de caminhos encontrados nos projetos terapêuticos singulares, o que necessariamente se confrontará com o caso discutido e estudado por seus envolvidos ou convidados a participar.

Podemos sintetizar em poucas palavras, diante das dimensões analíticas apresentadas a partir dos fenômenos desvelados ao longo da pesquisa, que se basearam em observações de campo e nas falas emitidas em grupos focais pelos atores dessa Comunidade de Prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza, que os seus espaços são em grande parte dialógicos, com negociações de sentidos brotando em todos os encontros entre parceiros de aprendizagem e entre os limites e fronteiras da Comunidade.

Dessa forma, algumas recomendações a serem consideradas sobre o cultivo da perspectiva de CP na saúde nacional podem ser postas à reflexão. Vemos que a proposta aponta para um **cenário de prática** no qual essas comunidades compartilham experiências por sua complexidade multiprofissional. Assim, não é mais esta ou aquela prática apenas que fomentará o interesse de se buscar novos aportes e conhecimentos do trabalho, mas sim a percepção de um cenário para onde confluem diversas práticas e que terá em seus entroncamentos “o caso”, que unirá e trará harmonia e desafio ao cenário que se apresenta. Portanto, vemos que a prática em saúde se caracteriza, na verdade, como um cenário de diversas práticas.

Dessa forma, os membros da Residência ou de qualquer outra CP precisam ser reconhecidos como **praticantes**. Como praticantes, estão descobrindo e explorando a forma como eles podem agir e operar em suas práticas, inclusive, de maneira multiprofissional. Nessa perspectiva eles não serão apenas alunos ou os profissionais *experts*, mas praticantes. E nesta configuração propositiva vemos sempre a presença de negociações de sentidos para as práticas que vão surgindo ou para aquelas antigas já reconhecidas.

No estudo, embora percebamos ênfases em determinados relatos sobre as singularidades de certas categorias profissionais, notamos também o relato de práticas possíveis e também aquelas ‘sonhadas’ na Estratégia Saúde da Família. O domínio da Comunidade de Prática desta Residência Multiprofissional traz em si o ponto forte de questionar e colocar em pauta as práticas. A tensão gerada dentre as competências da comunidade construídas socialmente é constantemente colocada em destaque frente às experiências deste mesmo grupo, e permite visualizarmos ou inferirmos como as inovações são conquistadas em termos de aquisição de novos conhecimentos. No entanto, havemos de reconhecer que esta própria tensão tem um **caráter horizontal** de relações de poder e não é algo controlado em termos verticais de uma gestão, por exemplo.

Em uma CP haverá sempre diferentes vozes, embora não se veja uma hierarquia explícita de posicionamentos. Mesmo o preceptor ou o R2 não estão necessariamente no lugar do ‘mais experiente’ no grupo, mas parece que seus lugares podem muitas vezes facilitar ou direcionar determinados rumos da Comunidade. São lugares que podem motivar, coordenar, sistematizar ou ainda trazer sínteses aos processos de reflexão e prática. Assim sendo, o poder – e ele existe dentro de uma CP, pois não está isenta de relações interpessoais – será definido por quanta experiência seus participantes têm e o quanto eles podem contribuir para o conhecimento. Assim o envolvimento nos processos da CP proporciona poder. E, segundo Wenger², será o poder da voz, da autoridade e da experiência, mas não necessariamente o poder pessoal.

Um aspecto comumente levantado e que leva a nos instigar é a institucionalização das CPs ou nas CPs. Segundo Wenger³, vemos que a institucionalização tende a criar processos mais verticalizados, o que normalmente dificulta suas necessidades dentro de um caráter mais horizontal de suas relações. Além disso, para uma CP se desenvolver ela precisa ser vista e

² Em palestra proferida por Etienne Wenger no Workshop Internacional sobre Comunidades de Prática e Saúde, realizada na cidade de Fortaleza-CE, em maio de 2012.

³ Idem, *ibidem*

cultivada não no campo operacional, mas sim como um campo estratégico. Portanto, as instituições podem cultivar comunidades de práticas como uma forma estratégica para formar seus profissionais. A Residência Multiprofissional sobre a qual nos debruçamos está imersa no campo institucional, a partir da fomentação dos poderes governamentais interfederativos. No entanto, percebemos uma força inerente das tensões dentro da Residência quando processos mais verticais eram-lhe impostos ou surgiram insatisfações com a falta de bolsas. Assim, a CP pode e deve ser muitas vezes um abrigo do institucional e não o próprio aspecto institucional em si.

Dessa forma, como podemos imaginar os líderes dentro de uma CP? As dimensões na esfera da liderança são importantes de serem consideradas, assim como o processo de autoconstrução e do tempo para elaboração reflexiva do grupo. Nesse tocante, é conveniente perceber as vozes que ressoam dentro da comunidade e aquelas das quais se irá necessitar em determinados momentos – além de como como estas vozes irão reverberar nas habilidades desse próprio grupo em termos de parceria de aprendizagem. Nessa perspectiva analítica, os melhores líderes não seriam aqueles que ensinam os outros, mas aqueles que buscam aprender por si mesmos, e, com isso, fazer com que a comunidade seja construída para todos os seus membros.

O que vemos na melhor das possibilidades dentro da atenção primária à saúde é a organização de equipes de trabalho com metas, planos e objetivos de trabalho pré-definidos, e nos damos conta de que quanto mais definidos forem esses aspectos mais a equipe terá sucesso. Por outro lado, nas CPs são sempre **as tentativas** que mais importam. Ou seja, não se deveria impor um engajamento ao novato no grupo, e sim permitir que as próprias pessoas encontrem a valorização no grupo, que irá se desenvolver ao longo do tempo. A arte de cultivar uma Comunidade de Prática mostra-se possível com o valor encontrado dentro da criação da energia social. Segundo Wenger, poder-se-ia dizer que são ‘artistas sociais’.

Nos processos de aprendizagem formais, na maior parte das vezes, com a cisão entre teoria e prática, comumente falha-se em reconhecer o saber dos que praticam. A teoria nos serve como forma de compreensão para os eventos significativos que a prática proporciona ao conhecimento, mas a teoria não é o próprio fundamento da prática. A teoria por si só não sobrevive quando distante da prática. Ela pode se tornar estéril.

Por fim, mas sabendo que estamos apenas começando, colocamos para reflexão se o modelo das Comunidades de Prática poderia abrigar não apenas a Residência, mas os praticantes da saúde como um todo. Acreditamos, a partir deste trabalho, que algo de

consistente no modo como se organiza a ESF deve abranger atores que apoiem essas premissas na prática dos trabalhadores, onde a aprendizagem da ESF, exercida no dia-a-dia às cegas, fique visível e tornada valorizada pelos profissionais e gestores do sistema de saúde. Ou seja, as trajetórias precisam ser reconhecidas, os espaços informais precisam ser valorizados, o engajamento mútuo dentro da troca de experiências precisa ser garantido no cotidiano do trabalho e os espaços necessitam serem re-significados para que não caiam na mesmice de mais um papel a ser cumprido. As motivações dos trabalhadores, como vimos, estão intimamente ligadas às capacidades de ouvir o que as vozes nos têm a falar por meio de suas práticas, e a saúde precisa considerar que a cooperação em gerar parceiros de aprendizagem não pode estar mais dissociada da prática social.

Este trabalho teve apenas a contribuição de trazer à tona parte do invisível desses profissionais que se dispuseram a formar novas competências para o manejo na ESF – uma visibilidade sobre o quanto os trabalhadores da saúde têm a contribuir no papel social de transformação dos cuidados em saúde, transformando a si próprios pela práxis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam de Salud Publica**. 29(2): 84-95, 2011.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAM, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, 2012, p. 375-391.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ARAÚJO, E. S. Mediação e aprendizagem docente. In: CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL, 9º, 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo,

ARENDDT, H. (1958) **A condição humana**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. 352 p.

AYRES, J. R. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 15-29, 2004

BARRETO, I. C. H. C. et al. A educação permanente e a construção de sistemas de saúde-escola: o caso de Fortaleza (CE). **Saúde e Debate**, v. 34, p.31-46, maio 2006.

BARROSO, J. Formação, projecto e desenvolvimento organizacional. In: CANARIO, R. (org.) **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, p.65-74, 1997.

BORNHEIM, G. **Dialética: teoria e práxis**. São Paulo: EDUSP, 1977.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**: Resolução 196 de 9 de outubro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº198**, de 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF/ Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, n. 27, 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 236 p.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, supl., p. 1865-1874, 2007a.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência e saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.301-306, 2007b.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-207, 2007.

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

CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; MAYER JR., M. Das Residências Integradas às Residências Multiprofissionais em Saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente Educação. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G. (Org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2011. p. 257-292.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org. & Demo**. Marília, v. 11, n1, jan-jun, 2010, p.31- 46.

D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA, M.; RODRIGUEZ, L. S. M.; BEAULIEU, M. D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, supl. 1, p. 116-131, 2005.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DIMENSTEIN, M. D. B. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: Implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, Natal, 5, 95-121, 2000

ELLERY, A. E. L. ;PONTES, R. J.S.; LOIOLA, F. A. Comunidade de Prática enquanto modo coletivo de aprendizagem e desenvolvimento de práticas e saberes na estratégia saúde da família: um estudo teórico. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, n.25, supl. 2, p. 104-112, 2012.

ENGESTROM, Y. **Learning by expanding: an activity-theoretical approach to developmental research**. Helsinki: Orienta-Konsultit, 1987

FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R. S. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 14, supl. 1, p. 1421-1428, 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. Changes in medical education and medical residency in Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n.3, p.51-71, 1998

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. New York, 1910.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Fortaleza: SMS, 2007.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação**. 15ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2011a. 131 p.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b. 253 p.

FURTADO, J.P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinariedade e interprofissionalidade. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**. V. 01; n. 01, 2009.

FURTADO, J.P. Equipes de Referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 11, n.22, p.239-55, mai./ago. 2007

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p. 575-625.

GOMES MAIA PIRES, M. R.; DONATO GOTTEMS, L. B. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 62, n. 2, abr. 2009, p. 294-299.

GRAHAM, ID; LOGAN, J.; HARRISON, MB; STRAUS, SB; TETROE, J; CASWELL, W.; ROBISON, N. Lost in Knowledge Translation: time for a map? **Journal of Continuing Education Health Professions**, n. 26, v. 1, p.13-24, 2006.

HADDAD, J. Q; DAVINI, M. C.; ROSCHKE, M. A. C. ¿Por qué esta obra? In: _____, **Educación Permanente del Personal de Salud**. [s.l.] Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 1994. p. xvii-xxiii.

HOLZMAN, L. Pragmatismo e materialismo dialético no desenvolvimento da linguagem. In: DANIELS, H. **Uma Introdução a Vygotsky**. São Paulo: Loyola, 2002. p. 83-163.

LANCETTI, A. **A Clínica Peripatética**. 1ª Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 128 p.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LAVE, J.; WENGER, E. **Learning Situated: legitimate peripheral participation**. Ed. Cambridge University Press, 1991. 138 p.

LIMA, A.F. Para uma reconstrução dos conceitos de massa e identidade. **Revista Psicologia Política** [online], v. 7, n.14, dez, 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2007000200003&lng=pt&nrm=iso .

LUCKÁCS, G (1979). **Prolegômenos para uma ontologia do ser social**. São Paulo: Ciências Humanas, 2010. 414 p.

LUZ, M. T. Questões centrais do campo da Saúde Coletiva no Brasil atual: repercussões no ensino e no cuidado, contribuição ao X Seminário do LAPPIS. IN: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A. G. **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ / ABRASCO, 2010. p. 395-406.

MACEDO, M. C. S. et al. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. Pinheiro R, organizador. **Ensinar saúde: a integralidade eo SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ, 2006.

MÄKÄRÄINEN-SUNI, I; HONG, J. Ba and communities of practice in research and strategic communities as a way forward. In: RIVERA HERNÁEZ, O. R.; BUENO CAMPOS, E. (Eds.), **Handbook of research on communities of practice for organizational management and networking: methodologies for competitive advantage**. Hershey, PA: Information Science Reference, 2011. p. 46-69.

MARGLIN, S (1973). Origem e funções do parcelamento das tarefas. Para quê servem os padrões? In: GORZ, (Org.) **A Crítica da divisão do trabalho**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

MARX, K. Terceira Tese sobre Feuerbach. In: MARX, K.; ENGELS, F. **Obras Escolhidas**. Moscou: Progresso, 1966. Disponível em: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1845/tesfeuer.htm>. Acesso em: 1 jul. 2012.

MATOS, O. **A escola de Frankfurt: luzes e sombras do iluminismo**. São Paulo: Moderna, 1993. 128 p.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, v. 5, p. 2297-2305, 2010.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.; BOSI, M. L. M. Introdução: Notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MINAYO. M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MONTEIRO, M.M.; FIGUEIREDO, V.P.; MACHADO, M. A. F. A. Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 43(2), 2009, p. 358-64.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOSER, A. Formação docente em comunidades de prática. **Revista Intersaberes**, Curitiba, a. 5, n.10, p.69-103. 2010.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. Preceptoria de território, novas práticas e saberes estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso Sobral, CE. Ver. **Sociedade e Saúde**. São Paulo. v. 21, supl. 1, 2012, p. 94 - 106.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4. 1998.

PAIM, J.S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1719-1806, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. 35(01): 103-9, 2001.

REGO, T. C. **Vygotsky**: uma perspectiva histórico-cultural da educação. 22ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. 139 p.

RANMUTHUGALA, G.; PLUMB, J. J.; CUNNINGHAM, F. C.; *et al.* How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 273, 2011.

RIBEIRO, M. T. A. M. **Avaliação da implantação de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade de larga escala em Capital do Nordeste**. 2009. 209 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2009.

RODRIGUEZ, C. A.; NETO, P. P.; BEHRENS, M. A. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 234-241, 2004.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, p. 152-165. 2007.

SILVEIRA, R.; PINHEIRO, R. Do universal ao comum na prática e na educação médica. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR., A.G. (Org.). **Cidadania no cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2011. p. 237-256.

SNYDER, W. S.; WENGER, E. Our world as a learning system: a communities of practice approach. In: BLACKMORE, C. **Social Learning Systems and Communities of Practice**. Springer London, 2010. p. 107-124

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública** 39(3), 2005, p. 507-14.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 454 p.

VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: M. Fontes, 1987.

VYGOTSKY, L.S. **Obras Escogidas**, Vol. III. Madrid: Visor, 1995

WEIL, S (1949). **O Enraizamento**. Bauru: EDUSC, 2001. 297 p.

WENGER, E. **Communities of Practices: learning, meaning and identity**. Cambridge University Press, 1998. 318 p.

WENGER, E. Conceptual Tools for CoPs as Social Learning Systems: boundaries, identity, trajectories and participacion. In: BLACKMORE, C. **Social Learning Systems and Communities of Practice**. Springer London, 2010. p. 125-144.

**ANEXO A – ROTEIRO-GUIA GRUPO FOCAL COM PARTICIPANTES
RESIDENTES E PRECEPTORES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

- Como o residente/preceptor se percebe dentro do Programa de Residência em Saúde
- Descrição da trajetória dentro do programa
- Espaços formais ou informais nos quais considera como potencial de aprendizagem
- Percepção sobre o seu desenvolvimento dentro do trabalho
- Aspectos do trabalho com os quais se identifica ou não
- Interesses que o atraem na prática, ou no grupo de trabalho, ou ainda em algo específico
- Desenvolvimento de produtos gerados dentro da residência
- Potenciais desenvolvidos e limites mais frequentes da prática

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Prezado (a) profissional residente/preceptor do Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade,

Sou psicóloga, mestranda do Departamento de Saúde Comunitária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “**Aprendizagem social no interior da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE sob a Perspectiva da teoria de comunidades de Prática**”, sob a orientação da Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. O objetivo da presente pesquisa é investigar os processos de aprendizagem social como Comunidades de Práticas nas ações na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Fortaleza, dentro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Para tanto estaremos realizando grupos focais. Gostaria de acrescentar que os resultados desta pesquisa são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas. Dou-lhe a garantia que as informações que estarei obtendo serão apenas para a realização da pesquisa, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que fotos não serão tiradas, nem realizadas filmagens, apenas a gravação de áudio que será feita através de um aparelho eletrônico de propriedade da pesquisadora e a qualquer momento você terá acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Caso precise entrar em contato com a orientadora da pesquisa, informo-lhe seu nome e endereço: Profa. Dra. Ivana Cristina Holanda Cunha Barreto. Endereço Rua Costa Mendes, 1608 - Departamento de Saúde Comunitária – Pós-Graduação em Saúde Pública

ATENÇÃO! Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – CEP/UFC

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – fone: (85) 3366-8344

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informado (a) sobre a pesquisa **“Aprendizagem social no interior da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de Fortaleza-CE sob a Perspectiva da teoria de comunidades de Prática”** e estando ciente de meus direitos DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

<p>(Assinatura ou digital) do voluntário do estudo</p>	<p>Flavia Ribeiro (Responsável pela pesquisa)</p>
--	---

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)