

EMBARQUE NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIAS COM ÊNFASE EM SAÚDE COLETIVA

Recebido em: 23/01/2023

Aceito em: 24/02/2023

DOI: 10.25110/arqsaude.v27i1.20239139

Francisca Jessika Nunes de Moura¹
Manoelise Linhares Ferreira Gomes²
Olívia Paulino Pinto³
Natália Iara Rodrigues de Araújo⁴
Tiago José Silveira Teófilo⁵
Maria Rocineide Ferreira da Silva⁶

RESUMO: Este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência de imersão na especialização com caráter de residência integrada com ênfase em Saúde Coletiva. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, utilizando-se como referencial teórico para descrição a observação participante, memória afetiva, diário de bordo e da textualização. Foi desenvolvido na Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, ênfase em Saúde Coletiva, no período de dois anos, em Fortaleza, Ceará. Os cenários de prática foram setores relacionados à Atenção Primária à Saúde, Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, Controle de Endemias e Zoonoses, Imunização, além dos espaços de gestão, assistência e controle social. A imersão na especialização em caráter de residência viabilizou ferramentas para a vivência, por meio da interprofissionalidade e integração contínuas, e da realização das atividades, circulação de informações, compreensão das experiências, entendimento de macroprocessos, políticas e indicadores. Rodas de Campo e de Equipe viabilizaram o aprofundamento das temáticas administrativa, formativa, teórica e terapêutica. Percebeu-se resistência e desejo de remodelações, mediante inovação e diálogo intersetorial. A relação entre as categorias profissionais e ser sanitariaista foi desafiadora. Oportunizou-se, também, habilidades de gestão, autonomia e governança, com pluralidade formativa e riqueza de atuação. A vivência favoreceu a percepção do programa de residência como processo formativo plural e significativo. O elemento político se destacou como base para a formação dos residentes e fortalecimento do sistema de saúde, e a residência integrada em saúde, como modalidade diferenciada de formação, com desafios e potencialidades.

¹Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: jessika.nunes@aluno.uece.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2622-9949>

²Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: manoelselfg@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1639-684X>

³Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. E-mail: olivia.pinto@aluno.uece.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6846-8070>

⁴Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: natalyaiara10@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2461-5902>

⁵Enfermeiro, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Doutorando em Ciências da Enfermagem pela Universidade do Porto-Portugal. E-mail: tiagojosh@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9930-8782>

⁶Enfermeira, Docente do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: rocineide.ferreira@uece.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6086-6901>

PALAVRAS-CHAVE: Educação Interprofissional; Especialização; Aprendizagem; Saúde Coletiva; Política Pública.

BOARDING ON THE INTEGRATED HEALTH RESIDENCE: REPORT OF EXPERIENCES WITH EMPHASIS ON PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: The object of this study was to report the experience of immersion in the specialization as an integrated residency with emphasis on Public Health. A descriptive, qualitative study, of the experience report type, using participant observation, affective memory, logbook and textualization as theoretical references for description. It was developed in the Integrated Residency in Health, of the School of Public Health, emphasis on Public Health, during two years, in Fortaleza, Ceará, Brazil. The practice scenarios were sectors related to Primary Health Care, Epidemiological, Sanitary and Environmental Surveillance, Endemic and Zoonosis Control, Immunization, in addition to management, assistance and social control spaces. The immersion in the specialization in a residency character has enabled tools for the experience, through continuous interprofessionalism and integration, and the realization of activities, circulation of information, understanding of experiences, understanding of macro processes, policies and indicators. Field and team meetings made it possible to deepen the administrative, formative, theoretical, and therapeutic themes. Resistance and a desire for remodeling was perceived, through innovation and intersectoral dialogue. The relationship between the professional categories and being a sanitarian was challenging. It also provided opportunities for management skills, autonomy, and governance, with formative plurality and richness of action. The experience favored the perception of the residency program as a plural and significant formative process. The political element stood out as the basis for training residents and strengthening the health system, and the integrated health residency as a differentiated training modality, with challenges and potentialities.

KEYWORDS: Interprofessional Education; Specialization; Learning; Collective Health; Public Policy.

ABORDAJE DE LA RESIDENCIA SANITARIA INTEGRADA: RELATO DE EXPERIENCIAS CON ÉNFASIS EN SALUD PÚBLICA

RESUMEN: El objeto de este estudio fue relatar la experiencia de inmersión en la especialización como residencia integrada con énfasis en Salud Pública. Estudio descriptivo, cualitativo, del tipo relato de experiencias, utilizando la observación participante, la memoria afectiva, la bitácora y la textualización como referentes teóricos para la descripción. Se desarrolló en la Residencia Integrada en Salud, de la Escuela de Salud Pública, énfasis en Salud Pública, durante dos años, en Fortaleza, Ceará, Brasil. Los escenarios de la práctica fueron sectores relacionados con la Atención Primaria de Salud, Vigilancia Epidemiológica, Sanitaria y Ambiental, Control de Endemias y Zoonosis, Inmunización, además de espacios de gestión, asistencia y control social. La inmersión en la especialización en carácter de residencia ha posibilitado herramientas para la experiencia, a través de la continua interprofesionalidad e integración, y la realización de actividades, circulación de información, comprensión de experiencias, entendimiento de macro procesos, políticas e indicadores. Reuniones de campo y de equipo posibilitaron la profundización de los temas administrativos, formativos, teóricos y terapéuticos. Se percibieron resistencias y deseos de remodelación, a través de la innovación y el diálogo intersectorial. La relación entre las categorías profesionales y el

ser sanitario fue desafiante. También proporcionó oportunidades para la capacidad de gestión, autonomía y gobernanza, con pluralidad formativa y riqueza de acción. La experiencia favoreció la percepción del programa de residencia como un proceso formativo plural y significativo. Se destacó el elemento político como base para la formación de residentes y fortalecimiento del sistema de salud, y la residencia integrada en salud como modalidad formativa diferenciada, con desafíos y potencialidades.

PALABRAS CLAVE: Educación Interprofesional; Especialización; Aprendizaje; Salud Colectiva; Políticas Públicas.

1. INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS), instituída a partir das Portarias nº 198/2004 e nº 1.996/2007 do Ministério da Saúde (MS), retoma importantes conceitos da aprendizagem significativa, relação entre política e formação, espaços de transformação das práticas e autopercepção dos sujeitos, o que difere das concepções formativas de educação em serviço e/ou educação continuada tradicionais (FERREIRA *et al.*, 2019).

No Brasil, a formação em saúde assume a reconfiguração da atuação dos profissionais como uma estratégia para atender às necessidades da população, dos serviços e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), mediante conhecimentos técnico-científicos e qualificação dos sujeitos (XIMENES NETO *et al.*, 2020). Assim, ao refletir a interdisciplinaridade frente ao processo de cuidado, por meio de ações colaborativas que oportunizam a aprendizagem, são favorecidos o desenvolvimento de habilidades sociais e competências relacionadas à liderança e comunicação efetiva, que viabilizam o entendimento de situações problemáticas nos casos clínicos (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Embora os programas de residência tenham sido incentivados, no âmbito internacional, nas décadas de 1940 e 1950, as primeiras iniciativas no Brasil foram elaboradas em 1976 (NABUCO *et al.*, 2019). O Programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva, criado em 1977, continha propostas inovadoras para a assistência à saúde (ALENCAR; CALDAS, 2021).

Em geral, estes programas compreendem como espaço social, no qual se concentram áreas do conhecimento, que visam tecer relações entre política, planejamento e gestão, ciências sociais e humanas e epidemiologia. Com base na Reforma Sanitária Brasileira, constituiu-se novidade e propôs romper o modelo hegemônico, além de trazer criticidade e projetos de reforma social e popular com novas interfaces do conceito de saúde (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

Nesse contexto, mudanças do perfil de atuação têm sido observadas nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RESMULTI) (FLOR *et al.*, 2022), com a ruptura da lógica do conhecimento isolado e específico, buscando-se foco na integralidade das equipes.

As RESMULTI são espaços privilegiados por viabilizarem ensino e aprendizagem crítica e reflexiva aos trabalhadores da saúde, conforme princípios e diretrizes do SUS (ALENCAR; CALDAS, 2021). Por isso, faz-se necessário dialogar sobre elas, destacando as suas potencialidades no processo formativo e vivências dos residentes, frente à atuação nos níveis de atenção à saúde.

Diante do apresentado, este relato de experiência torna-se relevante pela partilha de experiências e impressões diante da expansão gradativa dos programas de residências multiprofissionais no país, contribuindo com a geração de conhecimentos e reflexões frente ao cenário vivenciado. O relato contribui também por apontar desafios e potencialidades vivenciadas no cotidiano, tal como a possibilidade de redesenhos de percursos para o cumprimento das diretrizes do SUS.

O trabalho justifica-se para o desenvolvimento performativo dos residentes e na integralidade em saúde a partir do compartilhamento de saberes, com foco na interdisciplinaridade e nas equipes de saúde. Assim, este estudo teve como objetivo relatar a experiência de imersão no programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva.

2. MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e do tipo relato de experiência, utilizando-se como referencial teórico para descrição a observação participante, memória afetiva, diário de bordo e a textualização (MINAYO, 2014; FERNANDES; MOREIRA, 2013).

Este foi desenvolvido a partir da imersão na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (RIS-ESP/CE), ênfase em Saúde Coletiva, da segunda turma do programa, de maio de 2014 a junho de 2016.

O cenário de práticas, localizados em Fortaleza, Ceará, teve como foco a Gestão em Saúde, em âmbito estadual, na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) e municipal, no Distrito Técnico de Saúde na IV Coordenadoria Regional de Saúde de Fortaleza (CORES).

A 1ª CRES e IV CORES respondem técnico-administrativamente pela saúde em regiões delimitadas de seu território no âmbito da saúde, respectivamente, referente a Macrorregião de Fortaleza da 1ª e 22ª Regiões de Saúde com 11 municípios do estado (CEARÁ, 2010) e 20 bairros do município de Fortaleza (FORTALEZA, 2016).

O percurso formativo também ocorreu em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), em associação aos residentes da ênfase em Saúde da Família, o Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU), na organização da Conferência Estadual de Saúde, Central de Transplantes e Setor de Regulação da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA/CE), na modalidade de plantão.

Durante os dois anos de Residência, os cenários de atuação também consistiram em cursos/capacitações, oficinas, encontros, assembleias públicas, visitas técnicas, conferências, movimentos políticos etc.

O quadro (1) possui um esquema com o percurso formativo.1.1.1 Título secundário

Quadro 1 – Período da vivência, local e cenário de atuação, residentes inseridos em cada espaço (segundo a ênfase e categoria), síntese das principais atividades da autora e dos módulos ofertados pela ESP/CE.

Período	Cenário de Atuação ¹	Residentes inseridos ²	Síntese das atividades ³	Módulos ESP/CE
05/14 a 06/14	ESP	Todos os Residentes da RIS	Desenho político pedagógico e currículo da RIS, SUS, Educação Permanente, Colaboração Interprofissional, Residência Multiprofissional, Territorialização, Integralidade, Redes de Atenção à Saúde etc.	Imersão na Residência
06/14 a 04/15	1ª CRES	Saúde Coletiva: Veterinária, psicóloga e enfermeira	Setor de Atenção Primária (Estratégia de Saúde da Família, e-SUS, Programa Saúde da Escola, Telessaúde, especialmente Saúde da Mulher); Setor de Vigilância Epidemiológica (Monitoramento de óbitos, nascidos vivos e notificações compulsórias; investigação de casos: foco em sarampo e dengue); Vigilância Sanitária e Ambiental, Imunização; Controle Vetorial e Zoonoses; Reuniões de Grupo de Trabalho, Câmara Técnica, Colegiado Gestor, Comissão Intergestor Regional, Redes de Atenção à Saúde.	Territorialização, Atenção Básica, Colaboração Interprofissional, Integralidade, Equidade e Direitos Humanos, Participação Popular, Saúde Bucal, Promoção da Saúde e Vigilância em Saúde, Construção do Conhecimento.
05/15 a 09/15	CORES IV	Saúde Coletiva: Veterinária, psicóloga, fisioterapeuta e 02 enfermeiras	Participação das Reuniões do Conselho Regional de Saúde e na preparação da Conferência Regional de Saúde; Participação de reuniões, audiências e assembleias públicas; Monitoramento e Controle da Tuberculose etc. Participação e apoio na Conferência Municipal de Saúde.	Qualificação do objeto de Trabalho de Conclusão de Residência, Saúde Mental, Gestão, Planejamento e Avaliação em Saúde, Construção do Conhecimento – Metodologia do Trabalho Científico
	UAPS	Saúde Coletiva: Veterinária e psicóloga; Saúde da Família: Assistente Social, Nutricionista, Psicóloga, Dentista e Enfermeira	Participação em reuniões do Conselho Local de Saúde; Apoio nas ações de planificação da Atenção Básica, Educação em Saúde nas Escolas e Sala de Espera; Aproximação da gestão local; CAPS Geral (Centro de Atenção Psicossocial) - Atualização de prontuários, controle social; visita a Equipamentos Sociais e constituintes da Rede; Discussão de casos clínicos etc.	
09/15 a 12/15	CESAU	Saúde Coletiva: Veterinária, 02 psicólogas e 02 enfermeiras	Participação de reuniões antes, durante e após a Conferência Estadual de Saúde; Rotina do CESAU nas Câmaras Técnicas e Reuniões Ordinárias etc.	Construção do Conhecimento – Metodologia do Trabalho Científico: “Mobilização Municipal sobre drogas”
01/16 a 05/16	CORES	Veterinária	Vigilância Epidemiológica: Apoio em Investigação de arboviroses, óbitos, foco no Monitoramento e Controle de Tuberculose e Hanseníase etc	Oficina de Núcleos Profissionais, Atividades de Combate a Dengue e Oficina de Redução de Danos
07/16	SESA	Saúde Coletiva: Veterinária, psicóloga e enfermeira	Conhecer os serviços de Central de Transplantes e Coordenadoria de Regulação em Saúde ofertados pela SESA.	Plantões para conclusão da carga horária obrigatória

Fonte: Informações oriundas da Plataforma EAD RIS-ESP/CE e dos Autores.

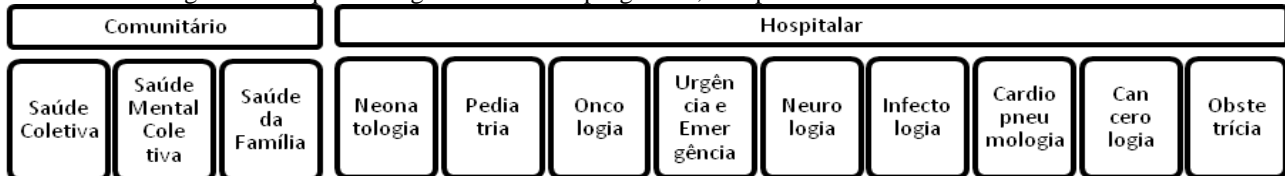
Notas: Período: Mês e ano e início e fim das atividades; ¹ Cenário formativo oferecido pelo Programa; ² Refere-se à ênfase e categorias profissionais. Residentes inseridos no cenário de práticas transitaram conforme o local, apesar de terem categorias repetidas não necessariamente foram as mesmas pessoas; ³ Percursos variaram conforme o cenário e o residente.

Legenda: ESP/CE (Escola de Saúde Pública do Ceará), CRES (Coordenadoria Regional de Saúde), CORES (Coordenadoria Regional de Saúde de Fortaleza), UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde de Fortaleza), CESAU (Conselho Estadual de Saúde do Ceará), SESA (Secretaria Estadual de Saúde).

2.1 Estruturação do programa de Residência em Saúde Coletiva

A ESP/CE (Escola de Saúde Pública do Ceará) atua como instituição promotora e autarquia vinculada à SESA/CE, que tem como um de seus papéis no programa de Residência, a disponibilização de quadro docente assistencial (CEARÁ, 2012). Organizacionalmente, dispunha de dois componentes, conforme a Figura (1).

Figura 1 – Esquema Organizacional de programas, componentes e ênfases da RIS-ESP/CE



A RIS-ESP/CE integra diversos programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. A primeira turma da RIS dispunha de 222 vagas e a segunda de 341 vagas, os residentes da ênfase comunitária eram interiorizados em vários municípios e Regiões de Saúde (RS) do estado, com 26 vagas para a ênfase em Saúde Coletiva (CEARÁ, 2013).

O cenário de práticas do primeiro ano foi a gestão regionalizada estadual das 21 CRES e do segundo ano foi um município que compõe a RS ou feito remanejamento para um município de outra região próxima (CEARÁ, 2012).

Cada módulo da RIS-ESP/CE dispunha de um manual, orientando as atividades a serem desenvolvidas nas rodas semanais, incluindo leitura de artigos, fóruns de discussão etc. A carga horária da Residência de 60h semanais era organizada em 48h de atividades teórico-práticas e 12h de atividades teóricas, constando de imersão no serviço, rodas de campo, Educação a Distância (EAD), atividades-produto ou plantão etc (CEARÁ, 2012).

A equipe do programa da RIS-ESP/CE fora composta de: quadro docente assistencial, coordenação, tutoria, quadro técnico de apoio, preceptores, orientadores de serviço e residentes.

A Coordenação da RIS-ESP/CE incentivava a mobilização política dos residentes, com oferta de turno para discussão de pautas políticas, mobilização para participação de fóruns/encontros de residentes e atividades em defesa da vida e da democracia.

As atividades teóricas presenciais do módulo foram realizadas em Fortaleza na ESP/CE, com a integração dos residentes do componente ou do programa, normalmente mensais, conforme cronograma da instituição (CEARÁ, 2012). As atividades práticas foram realizadas em serviço, conforme a instituição e o município no qual o residente foi vinculado no ato da matrícula.

3. RELATO DA EXPERIÊNCIA

3.1 Saindo em Alto-Mar

A Residência pôde contemplar as formações disciplinares que constituem o campo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000). No âmbito das Ciências Sociais e Humanas, realizou-se a imersão profunda nos processos de vida e “fazer saúde” com as tecnologias leves, possibilitando novas relações com os sujeitos e compreensão de microprocessos de trabalho.

Na Epidemiologia, estabelecendo uma relação com a tecnologia leve-dura, em que os dados são humanizados e compreendidos na dinâmica do ambiente em que as pessoas vivem.

No âmbito da Política, Planejamento e Gestão, através da participação direta na discussão de políticas públicas, controle social, compreensão de macroprocessos, uso e aplicação de instrumentos de gestão do SUS, revisão e análise de relatórios e indicadores. Identificar o papel do gestor e da gestão em saúde foram necessários para compreender os níveis de governança e de autonomia, necessárias para efetividade dos projetos.

Nos cenários visitados não existia o Sanitarista, como cargo com atribuições específicas de planejamento, coordenação e avaliação de ações em saúde, responsáveis por definir estratégias, administrar, gerenciar ou coordenar recursos e sujeitos (MTE, 2022), embora muitos profissionais realizassem estas atividades. Alguns eram cargos de gestão ocupados por nomeações de confiança ou desvio de função de trabalhadores, com base em competências teórico-práticas ou indicação política.

A relação entre a categoria profissional e o ser sanitaria foi desafiante para o residente. A lógica sempre foi de complementaridade, entendendo que, em uma Residência, era exigida uma graduação prévia, para cursar o programa. No cenário de práticas, alguns locais entendiam a figura do residente em Saúde Coletiva; em outros, foi necessário ocultar a formação de base a fim de evitar “desvios de função” das atividades propostas pelo programa de Residência.

Entre encontros e desencontro com outros sujeitos

Nos módulos presenciais na RIS-ESP/CE, havia a integração para realização das atividades teóricas, seguida da dispersão, em que os residentes retornavam aos cenários de práticas. A aproximação e o distanciamento permitiram a circulação da informação, compreensão das diversas experiências em cenários distintos e dos macroprocessos. Esse processo de vai e vem foi “o sair da proa”, ampliando olhares e possibilidades para além dos cenários inseridos.

O fato de a Residência ser integrada possibilitou ampliar debates e olhares sobre as situações em seus distintos componentes e ênfases, fortalecendo o SUS, através da integração de saberes em campos distintos de atuação, promovendo uma profunda interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade se deu de modo harmônico entre os residentes. Isso proporcionou a multiplicação do conhecimento nas áreas assistenciais e de gestão em saúde e a percepção ampliada sobre o processo saúde-doença (GIRARD *et al.*, 2019). Essa vertente se dá pela pluralidade de sujeitos envolvidos com seus diversos saberes e categorias profissionais que potencializam o dia a dia no serviço em saúde.

A interprofissionalidade e integração foi intensa nos vários momentos da vivência, seja nas atividades práticas, teóricas e teórico-práticas. A interação com outros residentes foi um esforço contínuo do programa e foi imprescindível para ampliar os olhares.

A interprofissionalidade se apresentou em vários contextos quando se fez Acolhimento, nas Equipes de referência e apoio matricial, nas rodas de Campo e Núcleo de Conhecimentos e Práticas, no Apoio Institucional, na construção e efetivação do Projeto Terapêutico Singular, representado pelos residentes, preceptores ou prestadores de serviços dos cenários de práticas ou por ambos (CECCIM, 2018). Foi possível a inserção de várias ferramentas de trabalhos nos cenários inseridos, que mobilizaram toda a dinâmica existente previamente.

A busca de parceiros e apoio se dava de forma contínua nos próprios cenários, conforme as necessidades individuais ou demandas do serviço. Alguns colegas isolados em seus cenários de práticas relataram solidão e sinalizavam que os encontros eram importantes instrumentos de partilha e troca. Apesar da distância física, a integração da ênfase era permanente.

Foi possível perceber resistência e desejo de mudanças em muitos cenários de práticas. Além dos residentes, preceptores, orientadores, coordenadores de ênfases e tutores, os trabalhadores em saúde com empatia pela RIS-ESP/CE foram essenciais para possibilitar a inclusão e discussão dos processos vividos de modo interdisciplinar.

3.2 Instrumentos de apoio na viagem

Na rotina dos trabalhadores da saúde o uso de tecnologias está sempre presente, transpondo também para as Residências em Saúde. O uso de tecnologias digitais como o e-mail, WhatsApp e outras redes sociais, permitiram contato constante e percepção do outro, quanto ao desdobramento das atividades em outros locais e permitiam a troca de informações sobre cenários de práticas, possibilidades de atuação e a situação da ESP.

Muitas vezes apenas as tecnologias leve-duras (protocolos, normas técnicas, boletins epidemiológicos) foram reconhecidas como instrumentos de trabalho (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018) ou como estratégia educativa (PAVINATI *et al.*, 2022). Mas percebe-se que isso decorre pela necessidade de “respeitar” normas e diretrizes com intuito de analisar e monitorar as

práticas de saúde, estabelecendo os padrões de atuação dos profissionais para o cumprimento de metas.

O uso do diário de bordo foi potente como parte do processo vivencial do residente e subsídio para análise processual do vivido, com foco na potência transformadora da vivência e na ressignificação que esta pode ter após a releitura dos escritos. Tal documento foi um prolongamento dos anseios, sendo também memorial de consulta e pesquisa, sendo possível buscar o registro do visto e vivido que escapam da mente (HOERNING, 2021).

O diário de bordo ora usado como caderno de anotações e outras como registro de momentos importantes, demonstrou-se como instrumento de transformação, pois, através da releitura, foi possível ressignificar as vivências. A releitura da escrita permitiu que os acontecimentos ganhassem novos sentidos ao longo do tempo.

As Rodas de Campo e de Equipe eram espaços potentes, proporcionaram diálogo e discussão de temas variados, sendo um espaço protegido de aprofundamento de temáticas de cunho administrativo, formativo, teórico e terapêutico, relacionado ao serviço e à realização de atividades, conforme dispunha a programação do manual do módulo (CEARÁ, 2012).

A mobilização política se deu em torno do “desfinanciamento” da residência, mas também do Controle Social, nas Conferências de Saúde e movimentos relativos à Residência e à Saúde no Brasil. Participar das mobilizações possibilitou muitos aprendizados e mudanças de perspectivas ao longo do tempo, decorrente do vislumbre de experiências, de trabalhadores e de programas de Residência em Saúde, apresentando grande pluralidade formativa e riqueza de atuação. A mobilização política perpassou os espaços institucionalizados, seguindo também outros âmbitos.

Os espaços de discussão, ora proporcionados pela tutoria, preceptoria ou fomentado pelos próprios residentes eram espaços de discussão em que se apresentavam a realidade, discutiam-se, retiravam dúvidas, faziam planejamentos, traziam embasamento teórico para as vivências, possibilitando espaços de aprendizado e trocas pautados na realidade, conforme observado também por Carrijo *et al.* (2020).

3.3 Ventanias no caminho

As fragilidades dos vínculos trabalhistas também foram evidentes. Tanto no papel do preceptor e orientador de serviço, que na época não tinha o devido reconhecimento do serviço, em geral não tinha carga horária pré-definida para exercício da função ou treinamento específico para atuação.

A impressão que se tinha é que, muitas vezes, os profissionais sentiam medo dos residentes, seja como invasores, interrompendo e atrapalhando a realização de uma tarefa, “olheiros”, vigiando

o que era feito ou não, ou ameaça aos trabalhadores ali inseridos, que poderiam a qualquer momento ser demitidos. A discussão sobre a fragilidade dos vínculos trabalhistas teceu muitas discussões.

Os desafios dos programas da RIS-ESP/CE foram imensos. O redimensionamento da residência e o financiamento sustentável foram aspectos de destaque, para garantir a manutenção dos programas, do corpo docente assistencial e maior acompanhamento dos residentes.

O “desfinanciamento” da residência estadual causou mudanças de coordenadores e demissão/substituição de tutores. Esses aspectos, além de afetar o processo formativo, ameaçaram a permanência do programa. O termo “desfinanciamento”, entre aspas, deu-se pelo programa não ter recursos exclusivos para as suas necessidades na época.

Durante todo o processo vivencial, foram muitos os desafios e conflitos com o quadro docente assistencial e no cenário de práticas. Analisando os processos, a certa distância enquanto observador, os incômodos demonstravam diferentes modos de pensar e a necessidade de mudança, reinvenção e transformação (FERLA, 2021).

A atuação da Saúde Coletiva foi muito centrada nos espaços macropolítico, apesar das tentativas de circular por outros ambientes e processos micropolíticos, com muitas barreiras, especialmente do serviço. Com a Residência foi possível promover recomposição de algumas dessas práticas com inovação, possibilitando mudanças e diálogo intersetorial nas instituições (BUENO; MOYSÉS; BUENO, 2017).

Os processos macroestruturais eram desafiadores, mas era palpável a micropolítica do trabalho vivo, flexível e aberto ao diálogo, permitindo compreender processos para além daquele “universo” (MERHY, 2014).

O apoio de outros companheiros auxiliava na vivência, contribuindo com a compreensão de micro e macroprocessos, além de perceber que éramos mais que a “soma das partes”, mas um todo, que transformava a si e ao outro durante todo o processo (NUNES, 2012).

Os aspectos positivos superaram os desafios permitindo maior compreensão e envolvimento na construção dos processos de trabalho nos distintos cenários de práticas.

3.4 Preparando para o desembarque

É essencial o papel dos aparelhos formadores e dos sujeitos que os compõem enquanto transformadores das práticas, favorecendo novas estratégias de fortalecimento e qualificação de um sistema público de saúde integral, em que haja formas de cuidado diferenciadas, com a predominância de um conceito ampliado de saúde (PASSOS; OLIVEIRA; SILVA, 2020).

A residência regionalizada vem como estratégia de superação por possibilitar o “aprender a aprender” e o “trabalho em equipe” nos serviços de saúde, independente da distância ou

particularidade dos cenários de atuação. E essa pluralidade nos fazia perceber que apesar das imensas diferenças haviam muitos desafios comuns.

A vivência na RIS-ESP/CE foi muito intensa, e a riqueza é evidente destacando a interação com residentes, trabalhadores de saúde e todos que compõem esse processo, em que, em suas pluralidades, agregaram saberes e possibilitaram a reinvenção nos/dos cenários de práticas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de experiência traz contribuições pedagógicas para as residências em saúde, por tratar-se de uma forma sistematizada da descrição do percurso de aprendizagem, destacando a formação desenvolvida, além de indicar pontos de ajustes importantes a serem avaliados.

Portanto, a vivência relatada possibilita a percepção do programa de residência como processo formativo plural e significativo, que apresenta capacidade real de promover para o profissional o rompimento da lógica tradicional de trabalho limitante, proporcionando integração de saberes, integralidade na assistência e amorosidade no ambiente salutar de trabalho.

Importante destacar o elemento político trazido como base para a formação do residente, aspecto que por vezes não é abordado e/ou apresenta importância durante a graduação, contribuiu para ampliar os debates em saúde, na busca da garantia de direitos dos usuários e dos trabalhadores, culminando no fortalecimento do SUS. Logo, o residente não remodela apenas suas práticas, mas daqueles ao seu redor, sejam eles colaboradores diretos do programa ou não.

A partir da discussão apresentada, é possível entender a residência integrada em saúde como uma modalidade diferenciada de formação, que possui desafios e potencialidades.

A apropriação de elementos e olhares exige esse trabalho da neutralidade, pelo envolvimento previamente existente. Não se buscou com este relato discutir verdades absolutas, logrando-se apenas um recorte de um contexto a partir de inquietações. Por conta disso, destaca-se dentre as principais limitações o relato partindo da experiência pontual de um dos cenários e sujeitos envolvidos, sendo necessário ampliar o leque de vislumbres e percepções dos distintos atores participantes e construtores desse processo. Dessa forma, fica como recomendações de trabalho futuros a realização de pesquisas qualitativas, que possam incorporar a fala desses outros sujeitos, incluindo coordenação, tutoria, preceptoria, residentes e colaboradores do serviço incorporando as diferentes percepções e identificando as principais mudanças realizadas ao longo do período de construção e reconstrução da Residência.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, R. DOS S.; CALDAS, C. A. M. Residência Multiprofissional em Saúde: reflexões a partir da formação de preceptores / Multidisciplinary Healthcare Residency: reflections about the preceptors training. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 6, p. 27086–27097, 3 dez. 2021.

BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. T.; BUENO, P. A. R. Diálogos Intersetoriais: Pontes Estabelecidas: Na Revisão Da Política Nacional De Promoção Da Saúde. **Divers@!**, v. 10, n. 2, p. 51, 31 dez. 2017.

CAMPOS, G. W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 219–230, 2000.

CARRIJO, M. V. N. *et al.* O Uso De Metodologias Ativas Na Formação Do Profissional Enfermeiro Crítico-Reflexivo: Experiência Entre Residentes. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 24, n. 3, 20 nov. 2020.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 1, p. 1325–1337, 2018.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Unidades Regionais de Saúde**. Fortaleza; 2008. Disponível em: www.saude.ce.gov.br/2008/09/09/unidades-regionais-de-saude. Acesso em: 1 dez. 2022.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará. **Projeto Político Pedagógico: Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva**. Fortaleza: 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Escola de Saúde Pública do Ceará. **Edital nº 03/2013**. Fortaleza: 2013.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. suppl 2, p. 1739–1749, 2018.

FERLA, A. A. Um Ensaio Sobre A Aprendizagem Significativa No Ensino Da Saúde: A Interação Com Territórios Complexos Como Dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81–94, 30 dez. 2021.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 511–529, jun. 2013.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, mar. 2019.

FLOR, T. B. M. *et al.* Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 921–936, mar. 2022.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Características gerais do município de Fortaleza**. In: _____. Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2018-2021. Fortaleza; 2017, p.21. Disponível em: https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/planodesaude/20182021/_Plano-Municipal-de-Saude-de-Fortaleza-2018-2021_.pdf. Acesso em: 1 dez. 2022.

GIRARD, G. P. *et al.* Interdisciplinaridade no ensino prático em Residência Multiprofissional em Saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 7, p. e495, 7 mar. 2019.

HOERNIG, A. M. Diário de bordo Desenvolvendo habilidade de atenção e percepção. **Didáticas Específicas**, n. 25, p. 101–127, 22 dez. 2021.

MERHY, E.E. A micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde como contribuição para compreensão das apostas em torno de uma reestruturação produtiva do setor. In: _____. **Saúde: A Cartografia do trabalho vivo**. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014, p.19-40.

MINAYO, M.C.S. Técnicas de Pesquisa. In: _____. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 1ª ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec, 2014, p. 261-297.

MTE. Sanitarista. Classificação Brasileira de Ocupações. Ministério do Trabalho e Emprego. Disponível em: <http://www.mtebo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf;jsessionid=ug8CFG6dhj0t1bZiqEQ1IFuX.slave25:mte-cbo>. Acesso em: 1 dez. 2022.

NABUCO, G. *et al.* Avanços e conquistas na saúde pública do DF, Brasil: uma contribuição essencial da medicina de família e comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2221–2232, 27 jun. 2019.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS G.W.S, MINAYO, M.C.S., AKERMAN, M., DRUMOND JÚNIOR, M., CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro; Hucitec Fiocruz; 2012, p.17-38.

PASSOS, P. M.; OLIVEIRA, W. L.; SILVA, R. DOS S. Residência multiprofissional e formação para o Sistema Único de Saúde: promoção e autonomia do sujeito. **Revista da SBPH**, v. 23, n. 2, p. 3–14, dez. 2020.

PAVINATI, G. *et al.* Tecnologias Educacionais Para O Desenvolvimento De Educação Na Saúde: Uma Revisão Integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 26, n. 3, 28 set. 2022.

SANTOS, D. DE S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, mar. 2018.

SILVA, M. J. DE S. E; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 18 abr. 2019.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 37–46, jan. 2020.