

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
NÚCLEO EDUCASAÚDE
ESCOLA GHC – GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS
EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Implantação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - ênfase em
Saúde Mental Coletiva - da Escola de Saúde Pública/RS, em São Lourenço do Sul:
uma narrativa de sentimentos coletivos e individuais desse processo**

GRAZIELA DE ARAUJO VASQUES

Porto Alegre, 2013

GRAZIELA DE ARAUJO VASQUES

**Implantação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - ênfase em
Saúde Mental Coletiva - da Escola de Saúde Pública/RS, em São Lourenço do Sul:
uma narrativa de sentimentos coletivos e individuais desse processo**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, como requisito à obtenção do título de Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Vera Lúcia Pasini.

Porto Alegre, 2013

DEDICATÓRIA

Para Darci Gehling Junior, a quem dedico essas linhas, minha história, meu amor, e agradeço pela caminhada ao meu lado, que vem me tornando um ser humano melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao Secretário Municipal de Saúde de São Lourenço, Dr. Arilson da Silva Cardoso, que me deu esta oportunidade para ampliar meus conhecimentos.

Aos colegas da Saúde Mental de São Lourenço do Sul que compartilharam comigo as angústias e com os quais cresço junto neste processo.

Aos residentes que me trouxeram ainda mais esperança de que mudanças podem ocorrer e que conflitos são sinais de amadurecimento pela frente.

À minha família que me apoiou e mesmo quando eu achava que não venceria não me deixou desistir.

E, enfim, à minha querida orientadora Vera Pasini que foi paciente e considerou as particularidades vividas por mim ao longo do curso, meu eterno carinho.

RESUMO

O presente trabalho é uma narrativa acerca da Implantação da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública (ESP/RS) em São Lourenço do Sul, utilizando como metodologia a narrativa de sentimentos coletivos e individuais vivenciados nesse processo. Realizo uma contextualização sobre a implantação das Residências Multiprofissionais no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e em São Lourenço do Sul, relatando a operacionalização da descentralização do Programa de Residência da ESP/RS no município. São explanadas as dúvidas e expectativas em relação à chegada da Residência, analisando os processos coletivos dos atores envolvidos, discutindo o quanto a inserção dos residentes nos serviços de saúde desacomodou os trabalhadores na busca por novos conhecimentos e mexeram no processo de trabalho dos locais que receberam os residentes, bem como as tentativas de uma melhor organização e superação das resistências iniciais em relação às problematizações propostas pelos residentes. Narro e analiso minhas sensações como profissional envolvida na organização e implantação do processo e como preceptora do Programa de Residência, observando o quanto esse processo vem qualificando meu exercício profissional e crescimento pessoal, bem como dos demais atores inseridos nos locais de formação. As expectativas de São Lourenço do Sul em relação à RIMS estão voltadas para a garantia da continuidade do Programa de Residência no município, ampliando e qualificando os campos e os profissionais envolvidos com a formação ensino/serviço, a fim de formar profissionais implicados com a Saúde Mental Coletiva e com o SUS.

ABSTRACT

The present work is a narrative about the Implementation of the Integrated Multidisciplinary Health Residency with emphasis in Mental Health Collective School of Public Health (ESP/RS) in São Lourenço do Sul, using as a methodology the narrative of individual and collective feelings experienced in this process. Work a contextualization of the deployment of multidisciplinary Residences in Brazil, in the state of Rio Grande do Sul and São Lourenço do Sul, reporting the operationalization of the decentralization of the Residency Program ESP / RS in the municipality. Are explained doubts and expectations regarding the arrival of Residence, analyzing the collective processes of the actors involved, discussing how the inclusion of residents in health services desacomodou workers in the search for new knowledge and stirred in the working process of the local receiving residents, as well as attempts to better organization and overcome the initial resistance in relation to problematizations proposed by residents. Narro and analyze my feelings as a professional involved in the organization and implementation of the process and how the governess Residency Program, noting how this process is qualifying my professional practice and personal growth, as well as other actors engaged in local training. Expectations of São Lourenço do Sul regarding RIMS are aimed at ensuring the continuity of the Residency Program in the city, expanding and qualifying fields and professionals involved with the training / teaching service in order to train professionals involved with the Health Collective Mental and SUS.

Palavras-Chaves: Residência Integrada em Saúde; Saúde Mental Coletiva; Formação em serviço.

Key Words: Integrated Health Residency; Mental Health Collective, In-service Training.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RIS – Residência Integrada em Saúde

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

RMIS – Residência Multiprofissional Integrada em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

HPSP – Hospital Psiquiátrico São Pedro

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL	13
1.1 RESIDÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL.....	13
1.2 A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO RIO GRANDE DO SUL (ESP/RS).....	14
1.3 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SÃO LOURENÇO DO SUL.....	15
2 OPERACIONALIZAÇÃO DA RIS-ESP/RS EM SÃO LOURENÇO DO SUL.....	Erro!
Indicador não definido.	
2.1 TANTAS PERGUNTAS E EXPECTATIVAS: COMO RECEBER A RESIDÊNCIA?.....	E
ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
3 DEPOIS DO OLHAR NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E DOS MOVIMENTOS COLETIVOS: AS MINHAS SENSACIONES	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
5 REFERÊNCIAS	Erro! Indicador não definido.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo relatar o processo de implantação da Residência Integrada em Saúde - RIS da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul – ESP/RS, no município de São Lourenço do Sul, ressaltando as razões históricas para escolha deste campo de prática, os movimentos feitos para a descentralização da RIS, seus entraves e potencialidades, desde o início até os primeiros seis meses em que a residência se tornou uma realidade, através de uma análise dos processos coletivos e impressões pessoais enquanto profissional envolvida com a preceptoria e com a organização da residência.

A relevância deste trabalho está na necessidade de manterem-se registros sobre a história da implantação da RIS da Escola de Saúde Pública/RS, pois a descentralização da Residência revela-se uma importante estratégia de formação de novos profissionais para o Sistema Único de Saúde, na medida em que prioriza o modelo Antimanicomial, ao inserir os residentes na rede municipal de saúde e não utilizar o Hospital Psiquiátrico como dispositivo de “cuidado”.

Além disso, São Lourenço do Sul possui uma realidade diferenciada de Porto Alegre, onde estavam concentrados os campos de formação. São Lourenço do Sul é um município menor, de colonização alemã pomerana, com uma história de 24 anos de construção de serviços substitutivos na área da Saúde Mental. Dessa forma, os residentes desta primeira turma, ao passarem pelo município poderão construir juntos, a vinda da Residência para o município, e avaliar as dificuldades e facilidades encontradas nesse processo.

Esta escrita servirá também para a gestão, avaliação e acompanhamento desta ação, por parte de todos os atores envolvidos (gestores, municipal e estadual, profissionais de saúde envolvidos na preceptoria e residentes).

Tendo participado ativamente das discussões que levaram à descentralização da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde - RMIS da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul - ESP/RS em São Lourenço do Sul, na época como trabalhadora da equipe de Matriciamento em Saúde Mental, o Secretário Municipal de Saúde me convocou para “pensar” conjuntamente a operacionalização do Programa de Residência. Logo depois, assumi a Coordenação Municipal de Saúde Mental, onde segui

trabalhando com Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica, me tornando preceptora neste campo, e também responsável pela organização da estrutura necessária para receber a Residência. Esta tarefa incluía a designação de preceptores, a divisão dos campos de atuação conforme o ano do residente, o contato direto com a ESP/RS para atendimento das demandas da instituição em relação ao campo de formação de São Lourenço do Sul, reunião com preceptores, esclarecimentos sobre a Residência na Rede de Saúde do município, a guarda e envio de documentos dos residentes e da Residência, entre outras atividades solicitadas.

Então, é desse lugar, de preceptora de campo e de profissional que esteve envolvida ativamente nas negociações e organizações do início da RIS-ESP/RS em São Lourenço do Sul, que relatarei o desenvolvimento da residência, do início até os seus primeiros seis meses. Através de uma narrativa do processo vivido, coletivamente e individualmente, se revelará o objeto de pesquisa, visto em suas estruturas concretas, mas também em sua subjetividade: as idas e vindas, organizações e desorganizações, dúvidas e mais dúvidas na busca incansável pela possibilidade de oferecer uma boa formação em Saúde Mental Coletiva, que respeite os limites e desenvolva as potencialidades de quem participa da formação.

A escrita se fará com olhos cuidadosos ao que é necessário desenvolver para um cuidado integral em saúde, sem perder de vista as diretrizes do Sistema único de Saúde e as lutas e conquistas travadas pela Reforma Psiquiátrica, que nos possibilitaram a criação destes campos de formação que priorizam o cuidado em liberdade e humanizado.

Walter Benjamin (1994) será a referência utilizada para embasar a metodologia da narrativa que lanço mão nesta escrita.

Ao trabalhar com a idéia do “narrador” Benjamin (1994) cita Leskow, escritor alemão que escreveu narrativas, que foram difundidas em países de língua alemã.

Benjamin (1994) coloca que o saber que vem de longe encontra hoje menos ouvintes que a informação sobre acontecimentos próximos. A informação traz explicações acerca dos fatos, o que não está a serviço da narrativa, pois esta conta o ocorrido e deixa o leitor livre para interpretar as ações a partir de suas experiências. Assim, o que é narrado, ganha amplitude e magnitude para o leitor à medida que os fatos não estão dados de uma forma rígida como é na informação. Neste sentido Benjamin (1994) coloca que Leskow é magistral e por isso a escolha pelo seu trabalho para exemplificar a narrativa, pois, diz que a metade da narrativa está em evitar

explicações, o que Leskow fazia muito bem quando contava suas experiências brutas para que fossem lapidadas por quem as compartilhasse.

A informação tem caráter momentâneo, serve quando ela é nova, já a narrativa permanece à vida do leitor e pode se desenvolver depois de passado muito tempo.

Como refere Benjamin, (1994):

“A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio de artesão - no campo, no mar e na cidade -, é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o "puro em si" da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. Os narradores gostam de começar sua história com uma descrição das circunstâncias em que foram informados dos fatos que vão contar a seguir, a menos que prefiram atribuir essa história a uma experiência autobiográfica.”
(p.6)

Benjamin (1994) cita o escrito por Paul Valéry quando este falava das coisas perfeitas que se encontravam na natureza, narrando-as com detalhes em sua beleza e considera que o homem de hoje não cultiva o que não pode ser abreviado. Dessa forma, podemos analisar que a experiência cai em desvalia à medida que o leitor precisa fazer o exercício de interpretar “para si” e “em si” os efeitos e significados do que é narrado. O imediatismo imposto aos homens pela “coisa dada” e pelo capitalismo selvagem (onde podemos acessar a “coisa pronta”, comprando-a quem sabe?) faz com que o leitor prefira a informação à experiência.

Reflito aqui, que apesar da busca preferencial pelo que é imediato, a narrativa torna-se ainda mais importante como metodologia, pois se alguns poucos leitores optarem pelo que for produzido com ela, estarão experimentando o ato de interpretar, acrescentando suas experiências e repensando-se dentro do que concluírem diante da escrita. Então, é na perspectiva de resgatar a experiência narrativa que este texto se produz.

Não se tem aqui a pretensão de esgotar o assunto sobre a implantação da Residência em São Lourenço do Sul, mas pretende-se dar um testemunho de um percurso, que tende a sofrer muitas modificações ao longo do tempo. Através desta narrativa possibilita-se a troca de experiências em relação à formação em serviço, com colegas de outras ou da mesma Residência, sobre os sentimentos inerentes à

implantação de uma Residência. A natureza da verdadeira narrativa tem sempre em si, às vezes de forma latente, uma dimensão utilitária, segundo Walter Benjamin (1994). Espero que esta narrativa possa ser útil para intercambiar experiências, pois, como cita Elza Dutra (2002) “a experiência narrada toca a experiência do outro de viver aquele momento” (p.377), e o outro também poderá se resignificar.

Aqui anuncio a minha implicação com o processo e saio da postura neutra de alguém que analisa um objeto com distância, para tornar-me parte da investigação. Dutra (2002) refere que o pesquisador não se coloca como alguém inatingível, pois, na narrativa ele está ali, existe na experiência do outro, que se articula com a sua experiência e passam a existir com-junta-mente (p.377). Além de autora, sou também objeto de minha análise, à medida que exponho as minhas impressões cheias de “não saberes” e de “busca aos saberes” impregnados de minhas outras experiências de vida e de profissional da Psicologia. A partir destas impressões, ressignifico minha atuação dentro da Residência, enquanto profissional e ser humano, e a compreensão do outro enquanto ser em construção pelo mesmo processo.

“Assim definido, o narrador figura entre os mestres e os sábios. Ele sabe dar conselhos: não para alguns casos, como o provérbio, mas para muitos casos, como o sábio. Pois pode recorrer a um acervo de toda uma vida (uma vida que não inclui apenas a própria experiência, mas em grande parte a experiência alheia. O narrador assimila à sua substância mais íntima aquilo que sabe por ouvir dizer). Seu dom é poder contar sua vida; sua dignidade é contá-la *inteira*. O narrador é o homem que poderia deixar a luz tênue de sua narração consumir completamente a mecha de sua vida. Daí a atmosfera incomparável que circunda o narrador: em Leskov como em Hauff, em Poe como em Stenvenson. O narrador é a figura na qual o justo se encontra consigo mesmo.” (BENJAMIN, W. 1994 p. 17)

Na construção desta narrativa, inicialmente farei uma contextualização sobre a Residência no Brasil, no Rio Grande do Sul e na Escola de Saúde Pública/RS e a seguir apresentarei como se deu a operacionalização da Residência no município de São Lourenço do Sul. Faço uma explanação sobre as dúvidas e expectativas em relação à chegada da Residência, analisando os processos coletivos dos atores envolvidos e, por fim, narro e analiso minhas sensações como profissional envolvida na organização e implantação e como preceptora do Programa de Residência. Nas considerações finais falarei sobre as expectativas coletivas e pessoais em relação a RIS.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL, NA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/RS E EM SÃO LOURENÇO DO SUL

1.1. Residências em Saúde no Brasil

As Residências em Saúde no Brasil representam uma importante mudança no modelo de formação dos profissionais de saúde à medida que utilizam a prática nos serviços como analisadores para construção de uma forma de cuidado baseada na integralidade e com vistas a Saúde Coletiva, priorizando a clínica ampliada e, ao longo dos anos, incluindo diferentes núcleos profissionais.

A Residência Médica foi criada no Brasil na década de 1940 e, em 1964, adquiriu status de pós-graduação, tendo em 1970 o processo de especialização médica alcançado seu auge. Durante esta década, a maioria dos residentes médicos era alocada nos hospitais do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). A Residência Médica foi oficializada em 1977, pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (Comissão Nacional de Residência Médica, 1977).

A Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde foi definitivamente criada pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Conforme o art. 13 da referida lei, constitui modalidade de ensino de Pós-Graduação Lato Sensu, voltado para a Educação em Serviço destinado às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

Em dezembro de 2005, foi realizado o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde com o objetivo de iniciar o processo de reflexão e debate sobre esta modalidade de Residência (Ferreira e Olschowsky, 2010)

No ano de 2007 é publicada a Portaria Interministerial nº 45, a qual determina que as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências em Área profissional da Saúde deverão ser obrigatoriamente orientadas pelos Princípios do SUS (Ferreira e Olschowsky, 2010).

Os Programas de Residência vêm buscando ocupar seu espaço na sociedade contrapondo-se à conjuntura hegemônica de formação dos profissionais de Saúde e visando suprir as necessidades do SUS – Sistema Único de Saúde (Dallegrave e Silva, 2006).

Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com a Portaria Interministerial n.º 1.077 de 12 de novembro de 2009, a Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional, constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS. As categorias relacionadas com a saúde abrangem as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Brasil, 2009).

1.2 A Residência Integrada em Saúde –RIS-da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS)

A Escola de Saúde Pública existe desde 1939 quando era responsável pelos Serviços de Assistência Médico-Social no estado do Rio Grande do Sul. Em 1954 foi transformada em Escola de Auxiliares de Enfermagem, denominando-se assim a partir de 1960 e enfim, em 1962 transformou-se na Escola de Saúde Pública - ESP/RS (<http://www.esp.rs.gov.br/>, 2012). Em 1976 foi implantada a Residência em Saúde Comunitária no Centro de Saúde-Escola Murialdo em Porto Alegre, caracterizando-se como o principal centro formador sanitário da Região Sul (FERREIRA, S R; OLSCHOWSKY, A,2010).

Ao longo dos anos a ESP/RS foi diversificando suas áreas de formação, passando a ser responsável pela Residência Integrada em Saúde (RIS), modalidade de educação profissional pós-graduada, de caráter interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante trabalho sob supervisão. As áreas de atuação contemplam a Residência Médica, nas ênfases Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria e Dermatologia. Na Residência Multiprofissional estão presentes as ênfases em Pneumologia Sanitária, Atenção Básica em Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva e Dermatologia Sanitária. A ênfase em Psiquiatria da Residência Médica e Saúde Mental Coletiva da Residência Multiprofissional, que eram desenvolvidas até 2011 somente em Porto Alegre, tinham como principal campo de prática o Hospital Psiquiátrico São Pedro – HPSP (<http://www.esp.rs.gov.br/>, 2012)

A manutenção do HPSP como espaço de hospitalização de portadores de sofrimento psíquico grave vai contra as diretrizes do movimento da Reforma Sanitária

que impulsionou a Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica vêm se consolidando no Brasil com o fortalecimento das práticas de cuidado integral e humanizado dos usuários de Saúde Mental. Em oposição aos manicômios, onde os portadores de sofrimento psíquico eram isolados da sociedade, privados de seus direitos como cidadãos e de tratamento digno, esse movimento é um reflexo de toda a luta travada pela militância dos “mentaleiros” desde o final da década de 70.

O Estado do Rio Grande do Sul destaca-se neste processo. Em 1992, foi promulgada a Lei Estadual nº 9.716, que dispõe pela substituição progressiva dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos por uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, antecedendo a Lei Federal de 2001.

Considerando os dados acima, a equipe da RIS-ESP/RS começou a discussão sobre a descentralização da Residência, buscando campos de prática que priorizassem a atenção psicossocial em serviços substitutivos em Saúde Mental, motivo pelo qual foi feito o convite ao município de São Lourenço do Sul para se integrar ao processo de formação da RIS.

1.3 A Residência Multiprofissional em São Lourenço do Sul

São Lourenço do Sul tem um papel importante na reformulação dos modelos de cuidado ao longo da história. Implantou o segundo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS do Brasil em 1988, que se chamava Centro de Reabilitação Nossa Casa. Após a criação das Políticas Públicas de Saúde Mental, segundo a Portaria GM 336-2002, com vistas ao modelo Antimanicomial, em 2002, transformou-se no CAPS I “Nossa Casa”¹.

Compõe a Rede municipal de Saúde Mental em São Lourenço: um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD²), implantado em 2003, com recursos próprios da municipalidade. Em 2005 foi habilitado como CAPS AD pelo Ministério da Saúde e passou a receber recurso do governo federal, constituindo-se em referência para os municípios de Turuçu, Amaral Ferrador e Cristal; um Centro de Atenção Psicossocial i (CAPS i³). Foi habilitado como CAPS i em 2007, sendo que anteriormente atendia somente demandas escolares, este é um serviço regional,

¹ CAPS I Nossa Casa: atende usuários adultos de Saúde Mental com transtornos graves e persistentes;

² CAPS AD: atende adultos e adolescentes que fazem uso ou abuso de substâncias psicoativas;

³ CAPS i atende crianças e adolescentes com transtornos graves e persistentes ou que fazem uso ou abuso de substâncias psicoativas;

atendendo as cidades de Canguçu, Cristal, Turuçu, Morro Redondo e Arroio do Padre; uma Oficina Integrada de Reabilitação Laboral da Saúde Mental LOKOMOTIVA⁴, implantada a partir de iniciativa da municipalidade, com recursos próprios, em 2007. Em 2010 foi contemplada com recurso financeiro para implantação de oficina através da portaria GM 1169.

Além dos serviços substitutivos citados, o município dispõe de dispositivos como a Equipe de Matriciamento em Saúde Mental, implantada em agosto de 2010, na organização da rede de cuidado integral de saúde mental, que passa então, a incluir a Atenção Básica; Equipes de Redução de Danos, implantadas em 2012, através da Resolução n° 038/12-CIB/RS, que financia a composição de Equipe de Redução de Danos. A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas apresenta a Redução de Danos como diretriz de trabalho, ao considerar o cuidado centrado no usuário, protagonista de seu Projeto Terapêutico Singular e de seus modos de andar a vida. Nesta perspectiva, cabe acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. A Redução de Danos é uma das diretrizes de trabalho do SUS, e suas equipes atendem pessoas que fazem uso ou abuso de Álcool e outras Drogas em seus territórios. Estamos em processo de implantação de Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica, financiadas pelo governo do estado do RS, como mais uma oferta de cuidado no território.

Contamos ainda com 30 leitos de Atenção integral em Saúde Mental no Hospital Geral Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul, que também presta atendimento regional.

São Lourenço do Sul sempre buscou compartilhar sua caminhada na luta Antimanicomial. Assim, pensando na troca de experiências, em proporcionar um espaço de protagonismo aos usuários, de reflexão acerca de nossas práticas em Saúde Mental e de reforço da militância Antimanicomial é que a Rede de Saúde Mental de São Lourenço do Sul resolveu criar, em 2005, o Mental Tchê.

O Mental Tchê é um evento que reúne usuários, familiares, comunidade, estudantes, residentes, profissionais e simpatizantes da Saúde Mental. Propõem-se

⁴ LOKOMOTIVA: configura-se como um dispositivo de reinserção dos usuários dos Serviços da Saúde Mental pelo mundo do trabalho.

mesas que geram debates dando voz aos atores da Luta Antimanicomial que estão em diferentes espaços, proporcionando momentos legítimos de crescimento. Além disso, nos divertimos, comemoramos nossos avanços e contemplamos a cultura, através de apresentações, poesias, pinturas, artesanatos, rádio, música, festa, entre outras manifestações, revelando-se um evento de nível internacional na discussão de políticas de cuidado em liberdade, que é realizado somente neste município, pela trajetória citada.

Hoje possuímos no município uma Rede de Saúde Mental complexa e funcional, com capacidade de ensino e formação em Saúde Mental Coletiva em diferentes tipos de serviços que vão ao encontro da nova forma de cuidado em Saúde Mental, com boas experiências e dificuldades vencidas dia-a-dia, que enriquecem o processo de formação.

Considerando que o processo de trabalho no cuidado em Saúde Mental é incrivelmente dinâmico, estes anos de trabalho por um cuidado mais humanizado trouxeram novos desafios aos trabalhadores de São Lourenço do Sul. Estamos em constante busca de nos “desfazermos” e “refazermos” em nossos saberes, buscando outras experiências, a revisão das Políticas em Saúde Mental, a atualização das formas de cuidado. A Residência Multiprofissional em Saúde nos ofereceu a possibilidade de realizarmos mais intensamente e no cotidiano atento que a formação nos exige, esses “re-inventos”, a partir dos questionamentos feitos pelos residentes.

2. OPERACIONALIZAÇÃO DA RIS-ESP/RS EM SÃO LOURENÇO DO SUL

Trabalhar com a Formação ensino-serviço é uma responsabilidade sanitária dos profissionais que atuam no SUS, o que já era defendido e buscado há tempos pelo gestor da Secretaria Municipal de Saúde, Dr. Arilson da Silva Cardoso, Médico Sanitarista e profissional atuante na construção do Sistema de Saúde em vigência no Brasil. Assim, desenvolver um Programa de Residência em São Lourenço do Sul era uma meta a ser alcançada e já constava no Plano de Governo Municipal do ano de 2009, antes mesmo de começarem as negociações com qualquer instituição para ofertar o município como campo de prática.

O primeiro contato do município com residentes se deu a partir da grande tragédia ocorrida em 10 de março de 2011, quando o município foi assolado por uma enxurrada brusca que atingiu 50% da área urbana, deixando sete mortes e fortes traumas ao povo lourenciano. Passadas as horas de ações imediatas, passou-se a pensar uma estratégia de prevenção aos possíveis transtornos que poderiam decorrer da vivência da tragédia (como o estresse pós-traumático). Nesta época a Secretaria Estadual de Saúde com a Coordenação Estadual de Saúde Mental e a direção da Escola de Saúde Pública estiveram no município reunindo-se com a gestão da secretaria municipal de saúde para oferecer ajuda para planejar e profissionais para operacionalizar as ações propostas. Dessa forma, foram disponibilizados três Residentes de Saúde Mental Coletiva da UFRGS (um Assistente Social, um Pedagogo e um Enfermeiro), que passaram três meses em São Lourenço do Sul, a fim de auxiliar a rede na organização de um cuidado comunitário capaz de lidar com o sofrimento que a tragédia deixou.

Os Residentes deixaram por aqui bons fluidos, novas idéias, desconfortos e um trabalho efetivo que evitou a piora das pessoas atingidas pela enxurrada. A partir de então se passou a discutir a possibilidades de disponibilizar o município como campo de inserção para a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – RIMS, com a ênfase em Saúde Mental Coletiva, considerando a histórica caminhada do município nesta área.

No segundo semestre de 2011, o diretor da ESP/RS, e sua equipe de coordenação da RIS estiveram no município para discutir sobre as nossas condições para receber a Residência. Como as duas instituições envolvidas na negociação já

tinham este interesse, e a ESP/RS havia decidido pela descentralização da RIS, passou-se já ao planejamento de como este processo se daria no município.

A princípio, ficou acordado que em 2012 seriam disponibilizados, como campo de prática, os serviços de saúde mental especializados (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS e Oficina Integrada de Reabilitação Laboral da Saúde Mental) e a gestão da Secretaria Municipal de Saúde, mais especificamente junto a Coordenação de Saúde Mental. Desta forma, receberíamos residentes de primeiro ano (R1) e de terceiro ano (R3), mas também ficou deliberado que para os próximos anos receberíamos residentes de segundo ano (R2), que atuariam no Hospital Geral, nos Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, e na Equipe de Matriciamento em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.

Definiu-se que os núcleos dos Residentes de primeiro ano seriam Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Educação Física, e o residente de terceiro ano não haveria combinação de núcleo por ser outra prova realizada e esta exigir dois anos de residência, mas não núcleo específico. Ficou estabelecido também que o município daria a contrapartida do transporte dos residentes para Porto Alegre para as aulas de núcleo e ênfase que são ministradas na ESP/RS.

Ainda em 2011, foi assinado um acordo de cooperação entre a Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul e a Escola de Saúde Pública/RS, para recepção dos residentes a partir de março de 2012.

Ao final de 2011 chegou à gestão um pedido da ESP/RS para que recebêssemos mais dois residentes, enfermeiros, de segundo ano, que solicitaram o campo em São Lourenço do Sul, o município aceitou prontamente, passando a receber, então, um total de sete residentes em 2012.

2.1 Tantas perguntas e expectativas: Como receber a Residência?

Enquanto os residentes não chegavam o município passou a se organizar para dar conta do que a Residência exige, pensando em preceptores de campo e núcleo, na discussão no colegiado de saúde mental do município sobre a condução da RIS e no trabalho com as equipes que receberiam a residência. Nossas equipes sempre receberam estagiários acadêmicos, e agora estavam frente às milhares de dúvidas em relação ao que consistiria uma residência multiprofissional, onde passariam a receber profissionais

já formados em seus núcleos profissionais, mas que buscam ainda um processo de formação para se especializarem em Saúde Mental Coletiva

A partir dessas indagações dos trabalhadores da Rede de Saúde, começou-se um exaustivo processo de esclarecimentos que não satisfaziam aos colegas, afinal, os residentes ainda não estavam no campo, então, era algo a ser visto ainda quando eles chegassem e estivessem na prática. Quando pensamos que havíamos esgotado as discussões os residentes chegaram e aí, tudo o que achávamos que sabíamos caiu por terra, e indagações mais reais e pertinentes começaram a fazer parte do nosso dia a dia.

Ser preceptor? O que é ser preceptor era uma dúvida que angustiava a todos nós, que estávamos nos preparando para nos responsabilizarmos pela formação dos colegas residentes, e que era expresso por vários a cada reunião sobre a Residência. Alguns colegas foram inscritos no Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, uma parceria entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), ESP/RS, Grupo Hospitalar Conceição (GHC), para garantir maior qualificação dos preceptores e proporcionar o aporte necessário aos residentes, mas nem todos os preceptores puderam fazer o curso o que gerou mais insegurança. Assim, começamos a realizar reuniões quinzenais de preceptores, trocando as dúvidas e multiplicando o que era visto no curso, buscando o aperfeiçoamento do processo e garantindo legitimidade aos preceptores.

Houve um momento em que foi colocada a opinião de que só poderia ser preceptor quem tivesse realizando o curso, o que foi preciso desmistificar, pois estando trabalhando naquele campo de formação o trabalhador já possui legitimidade para ser preceptor, o que diferenciaria sua atuação seria a implicação com esta função.

Fui uma das indicadas para a realização do curso, e conforme eu e minhas colegas trocávamos os saberes apreendidos no curso com os demais colegas do município, mais dúvidas surgiam e a ansiedade aumentava. A pergunta de ordem era: será que estamos fazendo certo?

Era a Educação, a formação ensino-serviço adentrando as práticas instituídas, afinal não somos do campo da Educação, somos da Saúde e esta relação é extremamente segregada, como ficou muito claro diante de nossas incertezas. Era a insegurança do novo, do desafiador e da dificuldade de nos reinventarmos.

Um processo foi se constituindo e se revelando algo a ser pensado em suas minúcias e particularidades. Logo percebemos que não havia formula pronta de fazer

preceptoria, passamos a nos orientar pela definição apontada por Meira, Martins e Martins (2010) que colocam:

“... os preceptores atuarão como referência para o residente, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e os demais serviços com os quais estabelecerão relação durante o desenvolvimento da Residência. São responsáveis pela orientação dos residentes nos conhecimentos relativos a campo e núcleo em sua área de atuação, bem como com relação às ações interdisciplinares” (p.211).

A cada reunião de preceptores discutíamos se estávamos conseguindo contemplar os apontamentos feitos pelas autoras acima.

Quem são os preceptores? Todos os residentes possuem um preceptor de campo, em cada serviço que é espaço de formação para a Residência, e um preceptor de núcleo de sua mesma profissão. Destes, seis colegas estavam realizando o curso de Especialização e outros três não estavam, todos são trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde.

Belas redes de formação/atenção/cuidado começaram a se formar, nem tão belas em suas divergências, mas com um fim que justificava os meios, visto que o resultado passou a se revelar sempre em aprendizagem mútua.

Foi feita uma organização para a recepção dos Residentes e distribuição nos campos de formação e logo nos demos conta que havíamos feito uma “pseudo-mínima organização”.

Organizamos-nos para receber os residentes estruturando uma semana de acolhimento de forma que eles conhecessem todo o nosso sistema de saúde do município, com a intenção de que eles pudessem se situar quanto ao território que estavam se inserindo.

Treinamos muito para não tratarmos os residentes como estagiários e sim como colegas em formação e estávamos com o ensaio afiado. Mas, eis que começa a semana e o que era algo preparado e pensado previamente, nos exige o imprevisto.

Nos primeiros dias os residentes já identificaram entraves na rede e dificuldades na forma como organizamos suas estadas nos serviços e de imediato nos procuraram para refazer os combinados. Aí se inicia o processo de considerar necessidades individuais e grupais e tentar satisfazer a todos. Identifico neste momento o início do cuidado com o residente - ser humano – indivíduo - profissional.

3. DEPOIS DO OLHAR NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E DOS MOVIMENTOS COLETIVOS: AS MINHAS SENSAÇÕES

Começo minha jornada como preceptora da Residência estudando as particularidades da organização da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS, a iniciar pelo regulamento e currículo da mesma, seguindo pela busca de maneiras de ser uma preceptora capaz de dar o continente necessário aos residentes sob minha responsabilidade.

Comecei a pensar em alguma situação específica de preceptoria com os residentes, na qual ficasse clara a prática pedagógica, colocada como necessária para esta relação. Mas é difícil lembrar alguma situação específica, talvez por ser uma profissional da saúde que se coloca tão distante da educação, ou por ter entendido ao longo das preceptorias e trocas, que toda relação com o residente é uma prática pedagógica. Ou ainda, por ter percebido o lógico para muitos, mas ainda não para mim: que educação e saúde, ensino e formação são responsabilidades sanitárias de quem atua no Sistema Único de Saúde.

Foi uma mistura de sentimentos e incertezas que podem parecer desconexos, mas que me levaram sim, a lugar nenhum até encontrar algum lugar. E aí, que alívio! Este parecia o lugar certo: não me cobrar perfeição, mas me cobrar muita análise dos processos e auto-análise do andamento da preceptoria.

Foi apresentada a mim a necessidade de disponibilizarmos preceptores de campo e de núcleo aos residentes. Ficava claro que o preceptor de campo deveria ser alguém que trabalha no serviço em que o residente está, mas teria que ser da mesma profissão? Aí entendi que o preceptor de núcleo era um trabalhador da mesma profissão e o de campo alguém que estivesse mais implicado⁵ com a atenção necessária ao residente no local de trabalho, não necessariamente precisando ser da mesma profissão. Isso pode parecer óbvio para muitas pessoas que estão no meio das Residências, mas para mim ainda não

⁵ Uso a palavra implicado no sentido do comprometimento do trabalhador, que será preceptor de campo, em dar o suporte necessário solicitado pelos residentes que estiverem naquele campo, entendendo como responsabilidade sua, de trabalhador do SUS, a formação ensino-serviço. A responsabilidade é de toda a equipe, mas o preceptor se envolve mais com a atenção aos residentes.

era. Não me esqueço das caras de “paisagem” de alguns colegas (exatamente iguais a minha), ou seja, sem saber

exatamente como isso funcionava, mas com vergonha de demonstrar que não sabia, perante aqueles que sabiam, ou pelo menos nos parecia que sabiam.

A partir daí fui ler sobre os assuntos que me causavam estranheza, para não travar discussões sobre o que não tinha propriedade. Aliás, este é um hábito que desenvolvi desde que comecei a trabalhar na Saúde Pública e precisei estudar muito, como continuo estudando, para acompanhar a dinâmica dos espaços em que estou inserida e aprimorar meu fazer. Meira, Martins e Martins (2010) referem que o residente, com sua presença tácita, fazem movimentar a vida profissional do preceptor, que terá que ler mais e estudar mais para se instrumentalizar nos desafios que acompanham cada novo residente que chega.

Ao estar em contato com os residentes, meu ritmo de estudo passou a ser diário, pois sempre nos demandam assuntos e situações que exigem a busca de maiores conhecimentos.

Senti-me mais tranqüila à medida que entendi serem os Residentes profissionais, com suas especificidades de núcleo já constituídas (assim como eu) e que eles vêm para a Residência buscar algo mais, que a teoria solitária não pode lhes dar. Mas a experiência única, focada na Saúde Mental Coletiva, bem acompanhada das teorias que trazem pela vida e de novas teorias, podem complementar seus aprendizados à medida que trilham este caminho acompanhados por preceptores, tutores da ESP/RS, professores das aulas que freqüentam semanalmente e dos demais colegas dos serviços que zelam também por sua formação, garantindo aperfeiçoamento ao longo de suas ações.

Por diversas vezes me questioneei sobre as experiências anteriores de trabalho dos residentes que acompanho, tendo em vista que todos vieram com larga experiência em serviços de saúde mental de outros lugares. Perguntava-me de que maneira eu poderia oferecer maior conhecimento do que já possuíam, pois, os três residentes que eu acompanho são extremamente qualificados em seu saber. Nestes momentos relembro o escrito por Jorge Larrossa Bondía (2002): “Se o par ciência/técnica remete a uma perspectiva positiva e retificadora, o par teoria/prática remete, sobretudo, a uma perspectiva política e crítica” (p.20). Percebi que precisava trabalhar com os residentes

para que fizessem reflexões críticas sobre as ações vivenciadas, reforçando suas capacidades de emitirem posicionamentos e opiniões.

Visto e analisado isso, percebi que cada prática é única e por isso, nós preceptores não temos que ter mais ou melhores experiências que eles. Até porque, a experiência se daria nesta relação de agora, naquele território, com aquela pessoa, naquela intervenção e na posterior discussão sobre o que realizamos, estabelecendo-se aí a tão procurada “prática pedagógica mais rica”. Porque o lugar é singular, assim como aquele indivíduo e aquela intervenção. Por mais que utilizassem conhecimentos prévios, a ação se revelava única e passaria a compor o rol de experiência dos residentes a ser acessado em outra e outra ação. Tudo isso se aplicava a mim, e aí constato que os residentes estão aprendendo e me ensinando a aprender e ensinar.

A partir dessas reflexões me sinto mais segura para a relação preceptor-residente/residente/preceptor, pois compreendo que: “É incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre.” (Bondía, 2002, p 25).

Ajudou-me muito, também, saber que o currículo da Residência (que coloca os temas a serem estudados pelos residentes) pode ser “desengessado” quando percebemos a necessidade de abordar o que não está contido em suas linhas, mas está em suas entrelinhas. Por fim, hoje vivo este processo com liberdade e com prazer, zelando pela organização institucional, mas não me detendo somente a ela.

Certa vez me peguei pensando: “E agora? Os residentes vão chegar e verão que São Lourenço do Sul tem uma Rede de Saúde bem completa, mas que existem muitas dificuldades. Como vou agir em relação a isso?”. Bastou a primeira semana de acolhimento para começarem os apontamentos quanto aos serviços e quanto à organização da Residência, o que se estendeu pelo seis meses subseqüentes. Logo passou a minha apreensão, pois reconheci esse movimento como potente para as mudanças que eles apontavam como necessárias e com as quais eu muitas vezes concordava, e já havia pensado sobre, antes mesmo da chegada deles. Resolvi assumir nossos problemas e buscar engajá-los na busca por possibilidades de transformações. Passei a encorajá-los a falar tudo o que estavam percebendo, mesmo que isto fosse trazer um “efeito dominó” nas equipes, porque elas/nós (faço parte “delas) passariam a pensar em seus processos de trabalho, desacomodando alguns de seus membros, desencadeando conflitos e produzindo mudanças (Meira, Martins e Martins, 2010).

Alguns residentes não precisaram ser encorajados, pois sabiam exatamente o lugar protegido que a residência lhe proporcionava. Protegido porque não tinham vínculo profissional ou não ficarão para sempre nos locais de formação, caso tivessem que enfrentar conflitos mais fortes. E também porque tinham plena consciência política e social das causas que defendiam. Desse modo, houveram residentes rechaçados, outros compreendidos e outros ainda mais inseridos pela equipe nas ações do cotidiano. O resultado disso em seis meses foram importantes mudanças na maneira de respeitar as necessidades do usuário; pensar em rede de atenção psicossocial; promover ao usuário cidadania, liberdade para a volta ao seu território através das altas; entre tantas outras coisas tão importantes quanto as já citadas.

Talvez a mudança mais significativa tenha sido movimentar nós trabalhadores a “Desacomodação Permanente”, em analogia ao conceito de Educação Permanente que é esclarecido por Ceccim e Feuerwerker (2004) quando dizem que a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Preocupava-me muito com o cuidado com os residentes, com as pessoas residentes, afinal eles vinham de outras cidades, estavam longe dos seus, a cultura é diferente, as relações também. Enfim, procurei, juntamente com minhas colegas, acolhe-los de maneira que sentissem poder contar conosco para a organização de suas vidas nessa nova fase, dispondo de espaço para falarem, se assim desejassem, de sua adaptação nesse novo lugar. Foi bom ter o feedback deles quando colocaram que a nossa postura acolhedora foi muito importante no processo em que estavam vivendo. Penso que não poderíamos fazer diferente porque se estamos trabalhando com o cuidado das pessoas, isso é extensivo a quem cuida. Tivemos cautela para não transformar o espaço de preceptoria em local para trazer demandas pessoais, mas os escutávamos em outros momentos sempre que nos solicitavam.

Como preceptora, senti muitas dificuldades. Parecia reviver a época em que saí da academia e comecei a trabalhar. Dei-me conta que o trabalho prescrito nem sempre era o real, e no contato com os residentes precisei pensar nisso novamente. Por vezes me traziam situações ocorridas no cotidiano do trabalho relacionando com alguma

teoria, propondo que fizéssemos algo diferente para enquadrar a situação à teoria, entretanto, que nem sempre isso se fazia possível, devido às particularidades do caso, inerentes ao usuário ou a atravessamentos institucionais. Então, se fazia necessário repensar e encontrar outra saída.

É necessário reinventar, pois o que está prescrito como trabalho de cada profissional torna-se falho em meio a tantas demandas que tem características particulares e precisam ser vistas de uma forma mais ampliada, de acordo com cada indivíduo e com o ambiente em que ele vive. Quase na totalidade das situações de trabalho, esses contrastes são geridos ativamente pelos trabalhadores e sua natureza pode ser remodelada parcialmente no decorrer do tempo (SHERER e PIRES, 2009).

Acredito que a visão do residente é a ideal, mas ainda não é a real. Em muitos serviços de saúde, porém, só teremos o olhar integral ao nosso usuário se trabalharmos de forma multiprofissional e interdisciplinar, sempre de forma intersetorial, ocupando todos os espaços de promoção de saúde que houver no território. Assim, se faz necessário que as equipes se engajem em uma luta pelo cuidado de excelência que parta do reconhecimento das potencialidades de cada profissional a serem utilizadas no coletivo, em equipe. Um colega complementando as potencialidades do outro colega e criando um novo modo de cuidado que não está prescrito, mas que é o real para aquele sujeito, naquele momento, naquela rede de saúde, vislumbrando sempre o usuário como protagonista de seu cuidado, que tem como direito a cidadania.

A avaliação do residente é mais uma das responsabilidades do preceptor e, desde o início da Residência, em meu campo de trabalho, venho pensando sobre como avaliar a atuação dos residentes.

Atribuo a dificuldade inicial que tive de visualizar a forma de avaliação, às experiências trazidas da escola regular e da academia, as quais julgo extremamente reducionistas, sem propósito, engessadoras da capacidade de criação e nada propícias a reflexões críticas. Ao mesmo tempo não via outras formas que pudessem corresponder à “prova do saber”.

Em certo momento nos foi apresentado pela ESP/RS o instrumento de avaliação dos residentes, que me deixou ainda mais desconfortável, pois era composto de itens amplos que banalizavam as características individuais que só seriam levadas em conta se pudséssemos fazer uma avaliação tomada de empatia e com um olhar extremamente singular ao ser humano/residente que atuava em determinado campo, sem a preocupação de preencher somente alguns requisitos. O instrumento era uma forma de

guia para o preceptor, mas poderíamos ficar livres para fazer a avaliação da maneira que quiséssemos como foi esclarecida em uma reunião na ESP/RS, onde foi inclusive repensado esse instrumento.

Durante o curso de Especialização de Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde realizamos um debate sobre as formas de avaliação e ali surgiram muitas coisas que me inquietavam e que ainda não havia compartilhado com ninguém. Neste momento, percebi que várias colegas tinham as mesmas questões e senti que não estava sozinha.

Vejo a educação tradicional como um processo de formação em “linha de produção”, sendo a instituição que ensina o local que testa, pune e desqualifica, a medida que faz prova (tenho que provar que sei, porque?), reprova e estigmatiza quem apresenta dificuldades. Isso me faz sentir uma revolta visceral, pois, como vamos formar protagonistas, capazes de identificar nós críticos, problematizá-los e buscar soluções na construção da sociedade se seguirmos operando deste modo nos processos de formação. Por ser contra essa rigidez, desejava fazer do espaço de formação um lugar livre, onde pontos e contrapontos fossem democrática e respeitosamente desenvolvidos.

Perguntava-me: se não somos capazes de ouvir a opinião dos residentes considerando as suas viagens e bagagens, a estação em que se perdeu e a que chegou, ou a qual almejam chegar, queremos formar, deformar ou “enformar”? O que vem ao encontro do que José Dias Sobrinho (2004) coloca, quando refere que a avaliação deve ser um processo social, que colocam em questão, os sentidos da formação.

Após essas reflexões, eu e os residentes que acompanho adotamos a prática de nos avaliarmos mutuamente, em um processo contínuo ao longo da Residência e das preceptorias. Assim, tornamos a avaliação mais leve, rica, construtiva, impulsionadora, afastando o reducionismo que assola culturalmente a avaliação como “tribunal julgador do saber”.

Ao final do primeiro semestre saio mais forte e confiante na formação ensino-serviço que São Lourenço do Sul está buscando oferecer, na qual se busca trabalhar com a autonomia e com o cuidado e respeito ao residente. Sinto-me também mais confiante em mim mesma, por estar correspondendo às expectativas dos residentes que acompanho, visto a satisfação deles na atuação nos campos em que sou responsável, aos retornos semanais que me deram, e ao grande aprendizado que foi o exercício de receber críticas construtivas, quando tive que ouvir deles as minhas falhas e

dificuldades, e transformar isso em potencialidades na minha atuação profissional e no andar pela vida.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das dificuldades, e de ter por objetivo principal registrar aqui como se deu o processo de implantação da RIS em São Lourenço do Sul, não posso deixar de falar deste processo no presente, seis meses depois das atividades iniciadas.

Apesar de todas as dificuldades que enfrentei e que ainda enfrentarei considero que avancei muito pessoalmente e que São Lourenço do Sul também avançou, a medida que vem conseguindo se adequar as particularidades que o Programa de Residência nos exige.

Tivemos afinidades grandiosas com alguns residentes, antipatia e dificuldade com outros, os residentes tiveram dificuldades em se situar com as propostas dos serviços, mas com implicação, estudo e ajuda, estamos vencendo esses obstáculos. Preciso citar aqui a grande importância dos tutores da coordenação da Residência da Escola de Saúde Pública que nos ofereceram todo o apoio que precisamos e solicitamos em vários momentos, confiando no potencial do município e nos munindo de conhecimentos que, tenho certeza, qualificarão cada vez mais o nosso campo de formação e, por consequência, a descentralização da residência para municípios do interior do estado, como o nosso.

A presença de um residente de terceiro ano, que tem em seu Plano Político Pedagógico a atribuição de trabalhar com Educação em Saúde, se revelou primordial no auxílio as dúvidas sobre a residência. A residente inserida neste campo realizou acompanhamentos com as equipes dos serviços, esclarecendo o papel de cada um dentro do Programa de Residência.

A Residência revelou-se uma aliada forte na reavaliação dos processos de trabalho das equipes de saúde, retirando-os do lugar de instituídos, e reativando sua potência instituíste, realizando interfaces com os novos momentos que vivemos na Política de Saúde Mental em nível federal, estadual, regional e municipal.

A Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS implantada em São Lourenço do Sul, com ênfase em Saúde Mental Coletiva vem se consolidado com a tendência de cada vez crescer mais. Ainda temos mais seis

meses para o final dessa primeira experiência, mas já pactuamos para o ano de 2013 mais dois núcleos profissionais para os residentes de primeiro ano, passando a incluir Terapia Ocupacional e Artes.

A garantia da continuidade do programa de Residência, com qualificação em suas exigências, é o objetivo pelo qual viemos trabalhando. A perspectiva é que possamos ampliar as vagas e os núcleos de formação e quem sabe organizar uma estrutura que contemple atividades teóricas e práticas no município mesmo, sem que os residentes precisem se deslocar a Porto Alegre para assistirem as aulas e, além disso, podermos continuar qualificando a nossa Rede a partir dos movimentos feitos pela inserção dos residentes.

5. REFERÊNCIAS

- BENJAMIN, Walter. **O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov.** In: *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.* São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.
- BONDÍA, Jorge Larrossa. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência.** Universidade de Barcelona, Espanha tradução de João Wanderley Geraldi, Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Linguística, *Revista Brasileira de Educação*, Jan/Fev/Mar/Abr 2002 nº 19, p. 20 - 28.
- BRASIL. Decreto nº 80281, de 5 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF, 1977.
- BRASIL. Lei Federal nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun 2005.
- BRASIL. Portaria Interministerial n.º 1.077 de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2009.
- CECCIM, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004.
- DALLEGRAVE, Daniela, SILVA, Quelen Tanize Alves da. **Residência Integrada em Saúde (trans)formação (inter)disciplinar. Monografia (Curso de Residência Integrada em Saúde).** Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2006, p.1 - 35.
- DUTRA, Elza. **A Narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica.** *Estudos de Psicologia*, 2002, 7(2), 371 – 378.
- FIGUEIREDO, Antonio Macena. **Breve Histórico da Residência no Brasil.** Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/.../apres_anahaddad_151008.pdf
- FERREIRA, Silvia Regina; OLSCHOWSKY, Agnes. Residência: uma modalidade de ensino. In: *Residências em Saúde: saberes e fazeres na formação em saúde.* Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 23 – 34.
- MEIRA, Ana Cláudia Santos, MARTINS, Anisia Reginatti, MARTINS, Milene Calderaro. **Relação entre Preceptores e Residentes: Percursos e Percalços.** In:

Residências em saúde fazeres e saberes na formação em saúde, Porto Alegre, Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., 2010, p. 211 - 223

- RIO GRANDE DO SUL. Site da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Disponível em <http://www.esp.rs.gov.br/>, Quem somos, 2012, acessado em 24/10/12.

- SCHERER, M. D. A. e PIRES, D. **A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde.** Tempus – Actas de Saúde Coletiva, vol. 3, n. 2, p. 30 – 42 abr/jun 2009.

- SOBRINHO, José Dias. **Avaliação ética e Política em Função da Educação como Direito Público ou como Mercadoria?** Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n. 88, p. 703-725, Especial, Out. 2004 Disponível em: www.cedes.unicamp.br.