



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DA CLÍNICA**



TAISMANE CLARICE COIMBRA RICCI VIEIRA SCHIAVO

**OUTROS ZADIGS E NOVOS DESTINOS:
HISTÓRIAS E MEMÓRIAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA RESIDÊNCIA MULTI
[E INTER] PROFISSIONAL PARA O SUS**

SÃO CARLOS

2023

TAISMANE CLARICE COIMBRA RICCI VIEIRA SCHIAVO

**OUTROS ZADIGS E NOVOS DESTINOS:
HISTÓRIAS E MEMÓRIAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA RESIDÊNCIA MULTI
[E INTER] PROFISSIONAL PARA O SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC), da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sueli Fátima Sampaio

SÃO CARLOS

2023

DADOS CURRICULARES DA AUTORA

Taismane Clarice Coimbra Ricci Vieira Schiavo nasceu na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, sul do Espírito Santo, em vinte e três de abril de 1985. Gradou-se em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF-Campos dos Goytacazes) no ano de 2009. Especializou-se em “Filosofia e Psicanálise” e em “Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça” pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em 2012. Desde sua formação, atua como Assistente Social em diferentes políticas públicas. Inseriu-se no SUS no final de 2010, tendo perpassado pela Atenção Primária, Secundária e Terciária. Em 2015, foi lotada em um dos hospitais psiquiátricos da Rede Estadual de Saúde do Espírito Santo, onde tem desenvolvido atividades de ensino em serviço desde 2019, na modalidade de residências em saúde. Em agosto de 2021, ingressou na Turma XI do Mestrado Profissional em Gestão da Clínica, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Taismane Clarice Coimbra Ricci Vieira Schiavo, realizada em 20/12/2023.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Sueli Fatima Sampaio (UFSCar)

Profa. Dra. Viviana Aparecida de Lima (PUCCAMP)

Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

*À Deus,
Como retribuição por todo Seu cuidado e Seu amor.*

AGRADECIMENTOS

Dizem que os atos de gratidão são capazes de muitas coisas. Para mim, são saúde para o corpo, enobrecimento para a alma e vivificação para o espírito. Uma pena que as linhas aqui conferidas são poucas para dizer de todos aqueles que me estenderam a mão [e que me deram sustentação] para que eu cumprisse mais esta etapa na minha jornada pela vida. De toda gratidão que hoje me reveste e me faz transbordar, seguem alguns dos muitos nomes que eu não poderia deixar de enaltecer e estimar:

Meu santo, eterno e poderoso Deus - Pai, Filho e Espírito Santo:

Obrigada pelo dom da vida; pelo amor e bondade inebriantes; pela paz e alegria revigorantes. Maravilhoso é poder deleitar em Sua graça e sabedoria; e usufruir de Sua presença e parceria;

Meu mui amado esposo Wagner:

Não tenho palavras para agradecer o tanto que fez e faz por mim. Você é meu melhor parceiro, meu fiel escudeiro, de quem eu nunca abro mão. Obrigada por escolher [com]partilhar o todo desta vida comigo;

Minha preciosa filha Lavinya:

Obrigada por me ensinar o amor mais puro e verdadeiro, aquele de atributo incondicional. A florzinha mais linda e colorida do jardim da mamãe está se tornando uma mulher forte, cheia de garra e de sonhos. Que meus legados também se cumpram na sua vida;

Minha vó Tita e meu pai Zaru:

Mesmo que já tenham partido deste mundo há algum tempo, minha gratidão a vocês será eterna. Sempre me fizeram acreditar que eu poderia alcançar lugares melhores e dias maiores. A aposta de vocês para a minha vida deu mais do que certo;

Minha mamãe Raquel Clarice e minhas tias Deise e Lelê:

Obrigada por todo amor e carinho desde que nasci. Vocês me deram segurança para que eu trilhasse meus caminhos em força e ousadia. Não tenham dúvidas de que as orações de vocês sempre me alcançaram e me puseram de pé;

Minha amada Diândria Clarice:

Obrigada por me acompanhar de modo surpreendentemente valioso no resgate da minha identidade e propósito em Cristo. O legado que temos compartilhado e construído será para além desta vida e desta Terra;

Minha irmãzinha do coração Yanna Soledade:

Obrigada por me entender e me aceitar antes mesmo que eu conseguisse fazê-lo. Com você aprendi a genuinidade do amor *phileo*;

Minha miglesssssssss Rachel Bicalho:

Obrigada por toda força e cumplicidade nas trincheiras do trabalho [e da vida]. Você me ajudou a construir muitos dos caminhos que me trouxeram até aqui. Obrigada por me ensinar sobre respeito, tolerância, empatia e justiça. Sem dúvidas nossa amizade é presente Divino;

Minha cunhada Kiki e meus sogros Soninha e Cirilo Schiavo:

Obrigada por cada palavra de incentivo, por cada gesto de amor e carinho, por cada comida saborosa e quentinha. Mesmo na dureza e dificuldade desses últimos anos, vocês nunca me deixaram faltar um sorriso largo e um abraço apertado;

Minhas diretoras Andréa David e Elaine Santos:

Obrigada pela acolhida e escuta. Vocês deram crédito a muitos dos meus ideais, e me ajudaram a construir possibilidades para que parte deles se tornassem reais. O apoio de vocês tem sido fundamental;

Pessoas especiais que conheci através do ICEPi [e que guardo no coração] Daniele Stange, Clarice Sampaio, Juliana Mariano e Roseli Ferreira:

Obrigada por possibilitarem que eu fosse parte “de fato”, sem muitas vezes o ser “de direito”. A construção dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Residência Médica em Psiquiatria (Cachoeiro) mudaram completamente o rumo da minha trajetória;

Minha querida orientadora Sueli Sampaio:

Obrigada por ter me escolhido primeiro. Você me conduziu em tamanha doçura, paciência, afetividade e assertividade. Quanto aprendizado! Me sinto plenamente honrada pela oportunidade da sua companhia;

Docentes do PPGGC-UFSCar e Mestrandos da Turma XI:

Quanta alegria, quanta troca, quanto crescimento! Nem nos meus melhores planos conseguiria imaginar que nossa partilha seria em tamanha beleza e intensidade. Aos colegas Aloide, Sérgio, Camila, Luana, Elízia, Marina, Flávia e Emílio, um salve por representarem tão bem a diversidade e a potência desse nosso Brasilão;

Às/aos professores Adriana Barbieri, Viviana Lima, Larissa Campagna, Inahia Pinhel, Roseli Ferreira, Aline Nordi, Wagner Figueiredo e Edson Malvezzi:

Muito obrigada pela disponibilidade, pelo tempo dispensado e por cada sugestão realizada [do projeto de pesquisa à defesa dessa dissertação]. Vocês foram fundamentais;

Aos amigos e colegas de trabalho Carminha Barbosa, Luiz Bergami, Julieta Bravim, Carol Cosati, Giovana Lorencini, Matheus Guimarães, Laura Capucho, Sylvania Damascena, Rosalina Gaspar, Karine do Amparo, Mariluci Rodrigues, Lusi Almeida, Andreia Masioli, Amanda Simonato, Meury Costa, Luana Careta e Ronaldo Felipe:

Obrigada pela companhia e desafios partilhados. Os inúmeros aprendizados com vocês e através de vocês me abasteceram de inspirações para chegar até aqui;

E, enfim, aos profissionais residentes que já estiveram e estão nos Programas de Saúde Mental e Psiquiatria (Cachoeiro) do ICEPi:

Minha gratidão pelo combinar de destinos, pelas inesgotáveis histórias e pelas enriquecedoras fontes de memória. Vocês plantaram em mim um lindo céu de cores, regaram um infinito de flores na imensidão do meu jardim!

***Que cada um de vocês possa receber em plenitude
Meus mais sinceros e profundos afetos.
Muito obrigada!***

*“No princípio, aquele que é a Palavra já existia.
A Palavra estava com Deus, e a Palavra era Deus. (...)
A Palavra se tornou ser humano, carne e osso, e habitou entre nós”.*
(João 1:1; 14a - Bíblia Sagrada, NVT)

SCHIAVO, Taismane Clarice Coimbra Ricci Vieira. **Outros *Zadigs* e Novos Destinos: histórias e memórias na construção de uma Residência Multi [e Inter] Profissional para o SUS**. 2023. 139p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão da Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, 2023.

RESUMO

Esta produção explora as memórias e histórias de uma assistente social capixaba. A autora usa como analogia o processo de uma viagem, associando elementos da pesquisa a itens como mapas, roteiros, bagagens e fotografias. Seus múltiplos encontros e interfaces têm como plano de fundo uma Residência Multiprofissional do/no/para o SUS, o Sistema Único de Saúde brasileiro. Seu disparador foram as fragilidades locais na gestão do trabalho e do cuidado a pessoas em sofrimento psíquico grave. Impulsionada pelo recém-criado ICEPi, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - a escola de saúde pública do Espírito Santo, a autora integrou suas vivências profissionais às novidades de outro universo acadêmico, o do Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da UFSCar-SP. De maneira vívida, densa, envolvente e provocadora, a pesquisadora buscou conhecer e analisar a percepção de profissionais residentes que cursaram o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi, o PRM-SM, entre março de 2021 e fevereiro de 2023. Seu enfoque foi o desenvolvimento de atributos para a competência da prática interprofissional colaborativa no SUS. Em uma proposta linguística diversificada e inovadora, a autora organizou uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, amplamente interseccionalizada por recursos narrativos, que figuraram como método, como instrumento de coleta de dados e como escrita científica. A partir de um breve levantamento documental, o estudo foi sequenciado por dois movimentos: o da produção de narrativas crítico-reflexivas, confeccionadas individualmente pelos residentes participantes da pesquisa; seguido da organização desses diferentes discursos numa única narrativa-síntese, validada pelo próprio coletivo. Ancorada sobre referenciais teóricos do Cuidado em Saúde, das Residências Multiprofissionais no SUS e da Educação Interprofissional, a autora identificou unidades de sentido em três eixos temáticos: Educação-Ensino, Trabalho-Serviço e Cuidado-Comunidade. Essa organização de dados fez emergir percepções também em três campos distintos, porém, correspondentes e complementares: o das representações, o dos aprendizados e o das contribuições. Direcionada pela análise hermenêutica-dialética, a pesquisadora desvelou potencialidades e lacunas dessa formação. Demonstrou-se tanto que o PRM-SM possui mecanismos contributivos para o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa no SUS, como a necessidade de realizar viagens científicas complementares, com vistas a afirmar a real efetividade do Programa enquanto proposta de Educação Interprofissional para o SUS. Os achados dessa pesquisa identificaram, ainda, que a interprofissionalidade, quando potencializada desde a educação/formação, sustenta, reforça e consolida os processos de trabalho e de cuidado esperados através do SUS. Em um encerramento poético e filosófico, a autora lança mão do conto *Zadig – ou O Destino*, escrito pelo iluminista francês *Voltaire*. Ao demarcar suas implicações no trabalho e na vida, a pesquisadora nos convoca a uma reflexão final: se faz urgente o resgate da essencialidade de nossa identidade humana, cujos devires e sentires emergem e convergem para um mesmo destino, o nosso *em-com-junto*.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Educação Interprofissional, Prática Interprofissional Colaborativa, Formação Profissional para o SUS.

SCHIAVO, Taismane Clarice Coimbra Ricci Vieira. **Other *Zadigs* and New Destinations: stories and memories in the construction of a Multi [and Inter] Professional Residence for the SUS.** 2023. 139p. Dissertation (Professional Master's Degree in Clinical Management) – Center for Biological and Health Sciences, Federal University of São Carlos, São Carlos-SP, 2023.

SUMMARY

This dissertation is about memories of a social worker from Espírito Santo. The author uses the process of a trip as an analogy, associating the research elements with items such as maps, itineraries, luggage and photographs. She had multiple encounters and interactions during her Multiprofessional Residency with the Brazilian Unified Health System (SUS). She researched the local challenges in management and care for people in severe psychological distress. The author was encouraged by the recently created school of public health in the State of Espírito Santo - ICEPi - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, to broaden her professional knowledge by furthering her professional experience in another academic setting as well. She pursued the Professional Master Degree in Clinical Management at The Federal University of São Carlos (UFSCar-SP). In a clear, deep, engaging and provocative way, the researcher sought to understand and analyze the perception of resident professionals who attended ICEPi's Multiprofessional Residency Program in Mental Health (PRM-SM) between March 2021 and February 2023. Its focus was the development of attributes for the competence of collaborative interprofessional practice in the SUS. In a diverse and innovative linguistic proposal, the author organized a qualitative, descriptive, and exploratory research, broadly intersected by narrative resources. She used a narrative method for her data collection instrument, and presented her writing according to scientific standards. Based on a brief survey, the study entailed the forming of critical, reflective narratives which were created individually by the residents participating in the research. It was followed by integrating these discourses into a single synthesized narrative which was validated by the collection itself. Based on this data and anchored on theoretical references of Health Care, Multiprofessional Residencies in the SUS and Interprofessional Education, the author identified three thematic axes: Education-Teaching, Work-Service, and Care-Community. She merged the data in three areas of perceptions: representations, learning, and contributions. Guided by hermeneutic-dialectic analysis, the researcher revealed potentialities and gaps in training. She pointed out that the PRM-SM has contributed to the development of a collaborative interprofessional practice in the SUS, and the need for complementary scientific research should be carried out in order to affirm the real effectiveness of the Program for Interprofessional Education for the SUS. The findings of this research also identify that interprofessionality would be enhanced through education and training because it sustains, reinforces, and consolidates the work and care processes expected through the SUS. In a poetic and philosophical closing, the author uses the short story by *Zadig*, “*Destiny*”, written by the French enlightener *Voltaire*. By demarcating its implications in work and life, the researcher calls us to a final reflection: it is urgent to rescue the essence of our human identity, whose realization is both unique to the individual and integrated with his/her community.

Key-words: Multiprofessional Residency, Interprofessional Education, Collaborative Interprofessional Practice, Professional Training for the SUS.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CAPAAC – Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Campos
CAPS/CAPS-II – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos em decorrência do uso de Álcool e outras Drogas
CAPS-ij – Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Juventude
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CIES-ES – Comissão de Integração de Ensino e Serviço do Espírito Santo
CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional
COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional
COVID-19 – Corona Vírus Disease (Doença do Coronavírus), iniciada no ano de 2019
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENARE – Exame Nacional de Residências
GT – Grupo de Trabalho
ICEPi – Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
LBA – Legião Brasileira de Assistência
MEC – Ministério da Educação
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPGGC – Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica
PRM-SM – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental
Qualifica-APS – Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
R1 – Primeiro Ano do Programa de Residência
R2 – Segundo Ano do Programa de Residência
RMS – Residências Multiprofissionais em Saúde
RAVS – Redes de Atenção e Vigilância em Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA/SESA-ES – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR – Trabalho de Conclusão de Residência
UE – Unidade Educacional
UECSI – Unidade Educacional de Cuidado à Saúde dos Indivíduos
UEGCC – Unidade Educacional de Gestão e Cuidados Coletivos
UEIS – Unidade Educacional de Investigação em Saúde
UEPP – Unidade Educacional de Prática Profissional
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
USP – Universidade de São Paulo
UVV – Universidade de Vila Velha

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diferentes formas do Trabalho Interprofissional.....	50
Figura 2 – Guernica, óleo sobre tela, 351 x 782.5 cm, Pablo Picasso, 1937.....	56
Figura 3 – Programas de Residência em Saúde do ICEPi/SESA-ES entre os anos de 2019 a 2023.....	60
Figura 4 – Vagas para residentes nos Programas de Residência em Saúde do ICEPi/SESA-ES entre os anos de 2019 a 2023.....	60
Figura 5 – Capa do livro "O Pequeno Príncipe", impressa em 2008.....	62
Figura 6 – Distribuição das Unidades Educacionais do PRM-SM/ICEPi por Carga Horária, Metodologias de Ensino e Estratégias de Aprendizagem para a turma 2021-2023, no primeiro ano da residência (R1).....	67
Figura 7 – Distribuição das Unidades Educacionais do PRM-SM/ICEPi por Carga Horária, Metodologias de Ensino e Estratégias de Aprendizagem para a turma 2021-2023, no segundo ano da residência (R2).....	68
Figura 8 – Distribuição dos profissionais residentes da Turma 2 do PRM-SM/ICEPi, por categoria profissional e município.....	70
Figura 9 – Fluxograma da relação entre a tríade da PNEPS e das Residências em Saúde, o ensino-serviço-comunidade, com o PPGGC.....	81

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos profissionais residentes da Turma 2 do PRM-SM/ICEPi, por categoria profissional e município.....	70
Quadro 1. <i>Imagem Discursiva 1:</i> Unidades Individuais de Sentido do Eixo Educação-Ensino, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023).....	82
Quadro 2. <i>Imagem Discursiva 2:</i> Unidades Individuais de Sentido do Eixo Trabalho-Serviço, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023).....	83
Quadro 3. <i>Imagem Discursiva 3:</i> Unidades Individuais de Sentido do Eixo Cuidado-Comunidade, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023).....	84
Quadro 4. <i>Imagem Discursiva 4:</i> Representações do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023).....	87
Quadro 5. <i>Imagem Discursiva 5:</i> Aprendizados no PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, extraídos das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023).....	88
Quadro 6. <i>Imagem Discursiva 6:</i> Contribuições do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023).....	90
Quadro 7. <i>Imagem Discursiva Coletiva 1.</i> Narrativa-Síntese do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023).....	92
Quadro 8. <i>Imagem Discursiva Coletiva 2.</i> Narrativa-Síntese do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023), com marcação em cores da contribuição de cada profissional residente.....	94
Quadro 9. Correlação entre os dados da pesquisa e os 12 passos introdutórios para a Educação Interprofissional, descritos no estudo de El-Awaisi et al. (2016).....	101

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1. NARRATIVAS INTRODUTÓRIAS	20
1.1 Sobre Mim.....	20
1.2 Sobre Nós.....	21
1.3 Um Entre-Nós.....	23
2. ENTRE ROTEIROS E MAPAS, DISPONTA UM ITINERÁRIO E UM DESTINO	25
2.1 Motivo: a razão de ser de uma viagem.....	25
2.2 Motivador: o despertar para a minha viagem.....	26
2.3 Motivações: diretivas de organização desta viagem.....	31
3. O QUE TRAGO NA BAGAGEM	38
3.1 Na Bagagem de Mão, o essencialmente indispensável.....	39
3.2 Na Mala Principal, peças para vestir e calçar.....	43
3.3 Na Maleta Complementar, acessório é o que não pode faltar.....	48
4. MEUS REGISTROS DE VIAGEM	55
4.1 Minhas Companhias.....	56
4.1.1 O Icepi.....	56
4.1.2 O Programa Multi de Saúde Mental.....	62
4.1.3 Residentes da Turma 2021-2023.....	69
4.2 Fotografias do Destino.....	76
4.2.1 Imagens do “Eu”.....	77
4.2.2 Retrato do “Nós”.....	91
5. TODA VIAGEM TEM SEUS SEGREDOS	96
6. O CAMINHO DE VOLTA PARA CASA	107
7. CARIMBOS NO PASSAPORTE	111
8. COMPLEMENTOS	126
a) Os Meus.....	126
b) Os de Outrem.....	132
PRÓLOGO	138

APRESENTAÇÃO

Um pequeno transbordo de ousadia: é assim que defino esta minha produção. Apesar da dureza costumeira do espaço acadêmico-científico, descobri que há um tantão de brechas e de virabrequins que nos permitem avançar na forma discursiva de uma pesquisa científica, especialmente quando esse produto é fruto do potente campo da Saúde Coletiva Brasileira. Mas antes de falar sobre meus atrevimentos, vou dizer um pouco dos caminhos que me trouxeram até aqui.

Para aqueles que [ainda] não me conhecem, eu sou a Taismane Clarice, uma capixaba que sempre morou no interior do Espírito Santo e que desde 2010 trabalha como Assistente Social no SUS. Há 5 anos fui lotada em um dos hospitais psiquiátricos da Rede Estadual de Saúde, para prestar assistência direta a pessoas adultas internadas na modalidade de curta permanência, em situação de sofrimento e adoecimento psíquico grave.

A partir de 2019, com a inauguração de nossa Escola Estadual de Saúde Pública, o ICEPi, passei também a me aventurar na formação de trabalhadores no e para o SUS, especialmente por meio de programas de residência multiprofissional e médica. À medida que tentávamos avançar pelo terreno educativo, as contramars e os desafios próprios da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial [que não são poucos], se avolumavam em grande intensidade.

Volta e meia eu me perguntava se algum dia os profissionais que se propõem a um compromisso efetivo com a integralidade no SUS conseguiriam ser, finalmente, em maioria. Volta e sempre eu me questionava sobre quando conseguiríamos dirimir os efeitos deletérios da dominação do paradigma biomédico para consolidar, de fato, o que convencionamos como paradigma do cuidado...

Como se não bastasse, assim que iniciamos nossas primeiras experiências formativas, fomos atravessados pelo cenário da COVID-19. Por mais que possa soar redundante, preciso dizer das muitas incertezas que o isolamento social, o recrudescimento das violências e vulnerabilidades, e os milhares de vidas perdidas nos convocaram. Colapsar parecia uma questão de tempo, de pouco tempo.

Foi, então, que apareceu uma “pedra no meio do [meu] caminho”. Não foi uma pedra-estaque ou um punhado de pedregulhos, derramados para impedir que meu vulcão interno entrasse em erupção. Foi, na verdade, uma pedra tipo aquelas que geralmente os construtores assentam na esquina de um edifício, para sustentar o peso e a robustez de uma nova construção.

O Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, o PPGGC, da UFSCar, foi esta minha pedra fundamental; ou também, minha pedra filosofal. Nossa Turma XI, a turma da Pandemia, uniu em diálogo um Brasil de pluralidades e diversidades. Nossas vivências nesse biênio 2021-2023 deu corpo para muitos dos nossos planos e abriu janelas para muitos novos sonhos.

Neste Mestrado Profissional pude canalizar parte das energias que me seguiam em frenesi. Dentre os incontáveis questionamentos que me obscureciam, um pulsava dominante, à espera de alguma luminosidade: *será que os profissionais residentes que estamos formando aqui no Espírito Santo, através do ICEPi, estão conseguindo desenvolver desempenhos para alcançar competência para a prática interprofissional colaborativa, tão desejada no e para o SUS?*

Trabalhar de modo interprofissional no campo da saúde é um desafio que tem sido veementemente evocado nos nossos tempos (OMS, 2010). Estudos mostram que a prática de diferentes profissões em colaboração não só aumenta a qualidade dos serviços de saúde, como melhora o custo-efetividade na experiência do cuidado e, ainda, preserva a saúde do trabalhador (Reeves *et al.* 2010; Agrelli, 2017).

Sem negar que as pressões capitalísticas estão em disputa, o fato é que a prática interprofissional colaborativa e o trabalho em equipe têm se provado como os modos de se trabalhar em saúde que mais nos direcionam para a integralidade do cuidado, que mais nos aproximam daquela atenção que se propõe centrada nas “imprevisíveis, urgentes e complexas” necessidades de saúde dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade (Reeves *et al.*, 2018; Agrelli, 2020).

Experiências dentro e fora do país apontam a Educação Interprofissional como uma via estratégica para fomentar o trabalho interprofissional, a colaboração de práticas e o trabalho em equipe. Formar juntas diferentes profissões que também trabalharão

em conjunto, e fazer isso sob a perspectiva da atenção centrada no usuário, com certeza é um grande diferencial - e um enorme desafio! (Reeves *et al.*, 2013; Peduzzi *et al.*, 2013; Reeves, 2016; Costa, 2017; Rossit *et al.*, 2018; Peduzzi *et al.*, 2020).

Estudos indicam que currículos delineados sob a perspectiva da competência, ancorados na aprendizagem crítico-reflexiva e desenvolvidos através de metodologias ativas de aprendizagem, dentre outros atributos, são fundamentais e necessários quando pensamos em desenvolver a Educação Interprofissional nos processos formativos em saúde (Lima; Ribeiro, 2022; Poletto *et al.*; 2022).

No SUS, as residências multiprofissionais, enquanto programas de pós-graduação lato sensu, na modalidade de ensino em serviço, têm avançado bastante sob esta perspectiva desde sua [recente] normatização (Calvo; Batista, 2022).

O principal objetivo das residências “multi” é formar profissionais para uma atuação conjunta, compartilhada e diferenciada, preservando as especificidades de cada profissão ao mesmo tempo em que se reconhece e reforça as áreas comuns de atuação; tudo isso com vistas a alcançar uma oferta assistencial de qualidade e em direção à integralidade do cuidado (Perego; Batista, 2016; Mello *et al.*, 2018; Lewgoy *et al.*, 2019; Nascimento; Omena, 2021).

Seguindo este caminho encontram-se as residências multiprofissionais propostas pelo ICEPi no Espírito Santo. Iniciados em 2020, esse programas são desenvolvidos no cotidiano dos serviços do SUS, integrando diferentes profissões em diferentes [e desafiadores] contextos, com vistas a proporcionar apoio na qualificação da rede de saúde, reorganização dos processos de trabalho e reestruturação dos próprios cenários de prática (Cunha *et al.*, 2022).

Além do provimento de especialistas em áreas epidemiologicamente demandantes, essas formações também buscam “exercitar a interprofissionalidade”, de modo que os profissionais em formação consigam contribuir, efetivamente, com a qualificação do cuidado e da gestão do trabalho em saúde (Espírito Santo, 2021. 2023a).

O ICEPi trouxe importantes pontos de inovação na proposta pedagógica para seus programas de residências: a formação é ancorada em teorias construtivistas sociointeracionistas, como a aprendizagem reflexiva; o currículo é orientado a partir da concepção dialógica de competência; e as metodologias ativas de ensino aprendizagem, com destaque para a espiral construtivista, se apresentam como seu principal recurso técnico-operativo (Libardi *et al.*, 2022).

Por uma série de aproximações que explorarei ao longo deste meu trabalho, estabeleci uma relação de “intimidade” com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi, o PRM-SM. Esta formação, que envolve 5 (cinco) categorias profissionais – Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional – possui turmas em três cidades da região metropolitana e também no município em que atuo, Cachoeiro de Itapemirim, no interior-sul do Espírito Santo.

Por este e por muitos outros motivos que direi mais adiante, estruturei esta minha pesquisa para o Mestrado no PPGGC/UFSCar com o objetivo principal de *[conhecer e] analisar a percepção de profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi sobre a prática interprofissional colaborativa*, a partir das vivências e experiências que tiveram nesta especialização entre os anos de 2021 e 2022.

Escolher o desenho metodológico para esta minha pesquisa não foi tarefa fácil. É complexo trabalhar e pesquisar em Saúde a partir de uma profissão nascida e nutrida no campo das Ciências Sociais Aplicadas. Mas uma questão eu já tinha por certa: de que seria uma pesquisa social, de que seria, portanto, uma pesquisa qualitativa em saúde; ademais, a Saúde Coletiva, área deste Mestrado, possui importantes pontos de intercessão [e de inflexão] com o humano e o social (Carnut, 2019).

Como o/a leitor/a já deve ter percebido, tenho certo prazer em narrar. Gosto bastante de rememorar o vivido, de transcrevê-lo o mais perto possível do modo como o sinto, de [tentar] traduzi-lo sob meus olhares, sob minhas lentes, sob aquilo que me toca, sob aquilo que me afeta (Tempiski; Mayer, 2014). Por isso esperava que neste meu estudo me fosse possibilitado carregar essa minha linguagem tão

própria, que é revestida não só do lírico e do poético, como também das minhas inebriantes *poiésis*.

Assim, ao descobrir que há muito as experiências narrativas estavam no contexto científico (Passos *et al.*, 2009; Silva, 2023) e, em especial no universo relacional das pesquisas qualitativas em saúde (Damasceno *et al.*, 2018; Sá *et al.*, 2019; Ceccon *et al.*, 2022), escolhi este método para delinear a minha pesquisa. Sim, narrativa como método, narrativa como instrumento de coleta de dados, e narrativa como a estética deste meu produto finalístico.

E como gosto de desafiar a mim mesma, escolhi uma técnica de análise pouco [ou quase nada] usual: a hermenêutica-dialética (Deslandes *et al.*, 2001; Minayo, 2014). Resumidamente, seu processo busca situar o discurso dos diferentes atores sociais na especificidade e na totalidade sócio-histórica de seu contexto, tanto de forma compreensiva quanto de maneira crítica, evocando a negação das ideias inicialmente evidentes para elaborar uma nova perspectiva de compreensão da realidade, sem, contudo, ter a necessidade de excluir o pensado anterior.

Enfim, eis o momento de dizer como organizei todo este meu enredo científico. Para mim, o ato de pesquisar é transcorrer numa grande viagem de exploração e (re)conhecimento. Então, nomeei meus capítulos considerando as etapas que geralmente cumprimos em toda importante viagem, e os correlacionei com os elementos constitutivos e operacionais necessários a uma pesquisa social em saúde (Deslandes *et al.*, 2001; Minayo *et al.*, 2022); com exceção do primeiro tópico, **1. NARRATIVAS INTRODUTÓRIAS**, em que dou asas à imaginação para que o/a leitor/a conheça um pouco mais sobre mim, sobre o ICEPi e sobre o PPGGC.

Assim, no capítulo **2. ENTRE ROTEIROS E MAPAS, DISPONTA UM ITINERÁRIO E UM DESTINO**, apresento meu *passaporte*, digo os motivos que me levaram à *escolha desta viagem*, compartilho sobre os *trajetos* que organizei e as *passagens* que comprei. Neste tópico trago os elementos pensados no projeto de pesquisa, passos que me deram condição para implementar esta viagem.

No capítulo **3. O QUE TRAGO NA BAGAGEM**, exploro sobre o que escolhi para colocar nas minhas *malas*, sobre as *peças essenciais* que selecionei para fazer uso

durante meu itinerário e também no meu destino. A correspondência deste item é o *referencial teórico*, etapa fundamental para toda pesquisa científica.

Já no capítulo **4. MEUS REGISTROS DE VIAGEM**, conto exatamente sobre o meu *destino de pesquisa* e apresento algumas *fotografias*, tanto dos *lugares* em que estive quanto das *pessoas* que conheci e escolhi seguir junto nesta viagem; aqui também digo de como foi o “nosso” *percurso* a partir dessas aproximações. Neste tópico, a referência é o trabalho de campo propriamente dito, com a identificação dos *sujeitos da pesquisa* (personagens e contextos), a execução das etapas de *coleta de dados* e a *organização* dos primeiros achados.

No capítulo **5. TODA VIAGEM TEM SEUS SEGREDOS** falo sobre as *lembranças materiais e memoriais* que adquiri com a viagem. Aqui a referência é o *processo analítico*, quando as descobertas da pesquisa são articuladas [e confrontadas] a partir do referencial teórico, em busca de respostas tanto para a pergunta quanto para as hipóteses que dispararam o estudo.

No capítulo **6. O CAMINHO DE VOLTA PARA CASA**, me preparo para *deixar o destino* e *voltar para casa*. Neste penúltimo tópico apresento minha *conclusão*, minhas últimas considerações, sintetizando as contribuições aproximativas da minha pesquisa, considerando sua provisoriedade e indicando possibilidades futuras.

No item **7. CARIMBOS NO PASSAPORTE** encontram-se todos os *referenciais bibliográficos* que compuseram este meu estudo e que, de alguma forma, passaram a compor a mim e a minha história a partir desta viagem. Por fim, no último tópico, **8. COMPLEMENTOS**, foram agrupados alguns dos elementos citados no texto, e que agregam valor para a compreensão do percurso. São produtos meus (*apêndices*) e elaborações dos profissionais residentes (*anexos*).

Portanto, daqui em diante o/a leitor verá diferentes recursos linguísticos, como crônicas, fábulas, poesias, e algumas referências artísticas e literárias, além dos tradicionalíssimos quadros, figuras e tabela, que fui tecendo e costurando para tentar alinhar [e traduzir] as minhas muitas concatenações e sentires nesta minha jornada de pesquisa. *Vamos “simbora” (re)viver esta jornada científica comigo?!*

1. NARRATIVAS INTRODUTÓRIAS

1.1 Sobre Mim

Olá, seja bem-vindo/a! Antes do/a leitor/a adentrar nestes meus manuscritos, gostaria de dizer um pouco mais sobre mim, sobre meus caminhos, sobre meus afetos.

Sou uma mulher jovem, cisgênero, hétero, branca, cristã, casada, mãe de uma filha já adulta, e com muitos sonhos para concretizar ainda nesta vida. Inclusive um deles começa a se materializar a partir deste meu constructo. O Mestrado, para mim, representa um coroamento, a conquista de um desejo pulsante que há muito me seguia guardado.

Venho de Muqui, uma cidadezinha escondida no interior-sul do Espírito Santo; um pequenino lugarejo que respira tradição, cultura e arte, com casarios históricos e café, muito café. A cidade que nasci e cresci - e que aprendi a amar - é, de certo modo, meu ponto de partida. Foi aqui que tive minha primeira experiência no SUS, pouco depois de concluir minha formação acadêmica.

Ah, preciso dizer da minha profissão, aquela que me orgulho por demais: sou Assistente Social (ou insistente social, como dizem certos amigos). Na verdade, não sei se escolhi o Serviço Social ou se foi ele que me escolheu...

Mas sei que a ideia de *cuidar* não sendo especificamente da área da saúde, de *defender direitos* não sendo necessariamente da área jurídica, e de *dar voz* ao outro [principalmente àquele que costumeiramente não é ouvido] não sendo da área da comunicação social, me contemplou e ainda me contempla bastante.

Escolhi ser assistente social quando o Brasil se abria às Políticas Sociais, num momento que marcou profundamente nossa história. E desde aquele 2003, quando entrei na academia, grande parte dos meus respiros e suspiros tem sido pela defesa de lugares ao sol.

Aliás, em se falando de lugar ao sol, preciso dizer do sol que hoje me brilha: estou na Saúde Mental, me aventurando no terreno da formação de trabalhadores para o SUS, sob as trilhas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Paradigma da Atenção Psicossocial.

Apesar do meu lugar profissional de fala ser a representação concreta de um histórico vivido e ainda não superado - o hospital psiquiátrico - pude aqui encontrar porosidades que me permitiram olhar além do muro.

Pensei em dizer que estava construindo linhas de fuga, porém, não gosto da conotação negativa disparada pelo verbo fugir. Prefiro nomear esta parte do meu percurso como um oásis, um alento no deserto, que apesar da imensa *secura* em sua volta, resiste, persiste... e floresce!

Enfim, essa sou eu: afeto, sensibilidade, força, determinação, comprometimento e fé. Mas essa também sou eu: dor, sofrimento criativo, realismo esperançoso e resposta coletiva. Ah, o coletivo! Como tenho aprendido sobre a potência do que é ser-em-coletivo!

Acredito muito no *nós* que tenho ajudado a construir, e nos *nós* que têm ajudado a me (re)construir. E é por esses muitos *nós* (coletivo) e *nós* (amarras) que estou aqui. Então, meu convite a você, caro/a leitor/a, é explorá-los juntamente comigo.

1.2 Sobre Nós

O ano era 2019. Um novo reinado havia começado. Estava eu, muro adentro do Castelo, quando vi uma criança nascer no esconderijo de um sol reluzente. Sua mãe, a dona SESA, e seu pai, um grupo ousado de gestores e trabalhadores do SUS, conceberam um lindo menino: nascia o ICEPI, que apesar de silencioso, já era bastante pretencioso.

Professores/as, pesquisadores/as, estudiosos/as e profissionais do “chão de fábrica” do SUS foram algumas das muitas amas de leite que nutriram, cuidaram e ornaram [com apreço e afeto] o pequeno menino. Em pouco tempo ICEPI já engatinhava, e

logo importantes passos arriscava. Vários deles foram numa grande floresta, chamada Formação de Trabalhadores para o SUS.

Tive o prazer de conhecer o menino ICEPi num dos bosques desta selva, o arvoredo das Residências em Saúde. Meu Castelo encontrou uma trilha até lá. Aliás, duas trilhas: uma chamada Residência Multiprofissional em Saúde Mental, e outra, construída pouco depois, chamada Residência Médica em Psiquiatria. Na verdade, fui convidada a ajudar a tecer essas trilhas, ao mesmo tempo em que caminhávamos sobre elas.

O trajeto era novo e incerto, mas muitos dos meus temores não foram vividos sozinhos, pois viajantes de impensáveis lugares estavam junto comigo. Éramos como reis magos, seguindo a estrela do oriente, para tentar encontrar o “menino” nascido na manjedoura. Ou talvez só alfaiates apressados, tentando montar as alegorias, com o baile de máscaras transcorrendo em plena epifania!

Muitas mãos compuseram esses caminhos. O estilo era “ninguém solta a mão de ninguém”. Mas algumas mãos se abriram, e outras, se partiram. Uma, no entanto, não soltou a minha mão – e eu também não soltei a dela. Construímos um laço de amizade diferente e forte, cheio de nós e entrenós. Algo tipo Samwise Gamgee e Frodo Bolseiro, da célebre obra de J.R.R. Tolkien.

Nossa dupla, nosso nós, tem brincado de vários personagens por essas veredas: já fomos tutoras, preceptoras, apoio administrativo, referência pedagógica, ou mesmo só ouvidos atentos para as muitas escutas, e ombros em alento para as muitas lágrimas.

Conduzimos bons grupos de viajantes por essas estradas. Aqueles que, apesar de estarem de passagem, “deixaram um pouco de si e levaram um pouco de nós”, como já dizia Antoine de Saint-Exupéry. Falo dos viajantes residentes. Muitas foram as histórias e memórias com esses peregrinos. Algumas boas, gostosas de serem vividas, outras nada agradáveis, difíceis de serem lembradas.

Mas o caminho era valioso, aliás, ainda o é. Valioso e sagrado. Sim, isso mesmo, um caminho sagrado, repleto de preciosos templos, conhecidos como Portfólios

Reflexivos. Tamanho é o bendito tesouro encontrado, que precisamos guardá-lo num grande relicário.

Aliás, em um não, mas em inúmeros miúdos relicários, que apesar das diferentes formas, texturas e cores, carregam um poder que lhes é bem comum: o poder das palavras, que copiosamente ressoam e ecoam, desejando um dia serem ouvidos.

E é para isso que estou aqui, para tentar dar alguma voz a esses andantes, ou melhor, a esses falantes-andantes chamados profissionais residentes. Lógico que há uma infinidade de possibilidades de ondas de rádio a serem sintonizadas a partir deste emaranhado de sons.

Mas escolhi uma em especial, e que nem é tão conhecida assim. Seu nome, Educação Interprofissional. Gostei da forma que ela vibra, do batuque que ela produz. Ela fala de coletivo, de aprender junto, de trabalhar junto, de criar junto, de produzir vida em-com-junto.

E é por essas bandas que vou narrando, caminhando e cantando, seguindo [uma nova] canção. Ah, e quanto ao menino ICEPi, não se preocupem: ele está crescendo, ele vai crescer. Como Escola de Saúde Pública e como Incubadora de Ciência e Tecnologia, ele irá crescer. E que essa minha música possa, em alguma medida, ajudá-lo a ir...

“...fluindo, evoluindo, num voo lindo”!

1.3 Um Entre-Nós

Eis que:

“...no meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho...”

A pedra que encontrei não era a mesma do versejar de Drummond, da qual o poeta nunca se esqueceu. Nem era uma pedra de tropeço, capaz de nos levar ao chão. Tampouco era uma pedra atravessada, que nos impediria de transitar por entre as ruelas de uma grande via.

Digo de uma pedra fundamental, uma pedra angular, aquela que costumeiramente é a primeira a ser assentada na esquina de um edifício, para alinhar todo o restante da construção. Minha pedra angular foi a UFSCar, mais especificamente, o Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, o PPGGC.

Apesar do nebuloso e sombrio Cenário Pandêmico da COVID-19 que nos arrefecia naquele agosto de 2021, o PPGGC abriu um amplo canal de linhas de conexão, que se espalhou Brasil a fora: do Ceará às Minas Gerais, de São Paulo a Alagoas, do Recife ao Espírito Santo, da Bahia a Goiás [e ao Distrito Federal], a Turma XI uniu diferentes culturas, histórias, vidas e trajetórias!

É fato que não tivemos os toques, os cheiros e os sabores. Aliás, nossas cores estavam a depender de pequenos quadrados, projetados em uma tela remota. Mesmo que essa ligação estivesse condicionada a uma inteligência dita tecnológica e artificial, nossas janelas nos abriram ao mundo, nossas janelas abriram diferentes mundos a nós! Uma junção repleta de concretudes, mesmo que em distâncias de tamanha extensão.

Num convite interpelador, fomos seduzidos a lançar mão do “conforto” de nossas práticas em saúde para nos aventurar a navegar em outras bandas. O oceano que nos aguardava era o da pesquisa, o famoso Mar da Pesquisa Científica.

Assombrados por este grande Leviatã (ou por apenas uma grande e “dócil” Moby Dicky), embrenhamo-nos mar adentro. Ainda bem que encontramos bons velejadores [medalhistas olímpicos inclusive], forjados nas águas revoltas da Saúde Coletiva e nas fossas abissais da luta pelo SUS e pela democracia brasileira.

Passa(re)mos pelos deságios do Triângulo das Qualificações e, mais adiante, enfrenta(re)mos o Cabo da Boa Defesa. Daí, por então, estaremos mais próximos de algum um novo porto, de algum novo cais. E que este ancoradouro nos traga paz, alento, força, possibilidade de novos encontros e reflexões, e incontáveis e destemidos movimentos e conexões.

2. ENTRE DESEJOS E MAPAS, DISPONTA UM ITINERÁRIO E UM DESTINO

2.1 Motivo: a razão de ser de uma viagem

Viajar: lançar-se em viagem; percorrer caminhos; transitar por estradas; pass[e]ar por diferentes lugares (Michaellis, 2023). Essas são algumas das definições encontradas na formalidade dos dicionários para designar aquilo que convencionamos ser a ação de quem se propõe a ir de um lugar para o outro, próximo ou distante, para fins de trabalho, estudo, lazer, ou só mesmo para rever pessoas.

Só que viajar, em seu sentido *ipsis litteris*, requer tempo, dinheiro e disposição, algo cada vez mais raro e caro, especialmente na liquidez¹ característica dos nossos tempos. Mesmo com o “*viaje, sorria e poste*” alcinchado na maioria das redes virtuais, ditas sociais, uma grande parcela da sociedade nunca conseguiu ou conseguirá, de fato, *viajar* [com exceção das viagens de devaneio provocadas pelas substâncias alucinógenas, ou das viagens de pensamento, próprias da nossa capacidade humana de imaginação].

Mas, para a sorte de muitos de nós, ao longo da história da humanidade poetas e filósofos têm se debruçado para apresentar novas possibilidades para o verbo *viajar* e suas muitas substantivações. Victor Hugo, romancista francês do século XIX, por exemplo, afirmou que “*a vida é a viagem*”. Já Fernando Pessoa, grande poeta português da contemporaneidade, quase que numa paráfrase ao escritor francês assegurou que “*para viajar basta existir*”.

Confesso que gosto bastante dessas analogias. Na minha visão de mundo, cada um/a de nós é um/a pequeno/a viajante, desafiado/a a percorrer inúmeras estradas por esta grande viagem chamada Vida. Ou melhor, pequenas muitas viagens que, combinadas, se revelam em unicidade e grandeza nessa inusitada bricolagem que é o viver.

¹ Digo aqui do conceito de *liquidez* atribuído por Zygmunt Bauman (2001).

No intervalo entre o nosso ponto de partida [o nascer] e o nosso ponto de chegada [o morrer], uma infinidade de caminhos são desbravados. Eles nos ajudam a compor nossa trajetória, que é sempre única e singular - não na ideia de se estar só, mas no sentido de singularidade, de particularidade.

Sim, por mais que experimentemos situações de solidão ou de solitude, nunca estamos de todo sozinhos nessa nossa viagem. Inúmeros são os lugares e viajantes que nos entrecruzam, que interseccionam seus caminhos com os nossos. Ademais, somos seres que dependem uns dos outros, este é o meio para sermos e para nos satisfazermos. Sem sombra de dúvidas, somos seres relacionais, que se fazem em coletividade (Ayres, 2009).

São enredos com experiências boas e ruins; com vivências rasas ou em profundidade. Ora os itinerários são programados; ora são trajetos inesperados. Por vezes malas prontas; em alguns momentos, malas perdidas ou malas por fazer. Hora somos nós quem pilotamos; hora somos passageiros de alguém.

Essas tantas vivências, ao serem cooptadas e catalisadas pela memória, nos permitem atribuir diferentes sentidos e significados durante a vida. Nossas infindáveis percepções se transmutaram em muitas bagagens, que vamos renovando, ajustando e até mesmo abandonando a cada nova estação do percurso, a cada nova ancoragem da vida.

E isso é justamente o que me proponho a apresentar aqui: o resultado de um trilhado profissional e acadêmico recente, que me possibilitou chegar até este meu atual ponto de ancoragem, a minha dissertação de Mestrado.

2.2 Motivador: o despertar para a minha viagem

Há pouco convidei o/a leitor/a para embarcar comigo numa viagem, mas até agora só apresentei conotações e literalidades. Perdoai-me! É que tenho alguns extravasamentos, que acabam me colocando em excesso... Pois bem, como mencionei, a trajetória que venho lhes apresentar é uma produção científica, que nasceu dos encontros entre duas imbricadas e interseccionadas partes de mim.

Uma destas revela a profissional de Serviço Social e servidora de carreira da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, a SESA, que atua num hospital psiquiátrico de pequeno porte em Cachoeiro de Itapemirim-ES; e que desde 2019 tem se aventurado na formação de profissionais residentes para o trabalho no Sistema Único de Saúde, o SUS, por intermédio das ações implementadas pelo recém-criado Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, o ICEPi.

A outra traz à cena a estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, o PPGGC (Mestrado Profissional), da Universidade Federal de São Carlos, a UFSCar, que ingressou na Turma XI em agosto de 2021, e que se movimenta para apresentar os achados dessa desafiadora experiência em pesquisa científica, sendo este um dos muitos requisitos para a titulação.

O que me permitiu toda essa vivência, mesmo separada territorialmente por quase mil quilômetros, foi não apenas o avanço tecnológico, mas principalmente o nebuloso e doloroso cenário pandêmico. Apesar dos milhares de vidas perdidas neste período (e de algumas bem próximas, que se partiram do meu jardim), foi justamente o contexto da COVID-19 que garantiu que eu permanecesse no interior do Espírito Santo e, ainda assim, conseguisse viver uma importante experiência formativa no interior de São Paulo.

Mas de onde surgiu meu desejo em analisar a percepção de profissionais residentes sobre a prática interprofissional colaborativa no SUS, e fazê-lo na Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi? Responder a esta questão não é tão simples quanto parece. Inúmeros são/foram os disparadores, mas dois se mantiveram evidentes quando faço meus resgates de memória. Ei-los aí:

O primeiro pulsar do meu local de atuação, o Centro de Atendimento Psiquiátrico Dr. Aristides Alexandre Campos, o CAPAAC, um dos hospitais psiquiátricos da Rede Estadual de Saúde do Espírito Santo, localizado no município de Cachoeiro de Itapemirim-ES, e onde estou lotada desde 2018.

O hospital psiquiátrico conserva, de largo, as características de instituição total, conforme descrito por Goffman (1992), e os aspectos manicomiais e biomédicos, como desvelado por Foucault (1978; 2015), Rotelli *et al.* (1990), Basaglia (2005),

Amarante (2007) e tantos outros pesquisadores que sustentaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira e estruturaram o Paradigma da Atenção Psicossocial.

O que mais me saltava [e ainda me salta] aos olhos neste local são as fragilidades inerentes à gestão do cuidado (Mattos, 2006; Ayres, 2009). Destaquei apenas algumas delas, para facilitar a compreensão do/a leitor/a:

- a pessoa em amplo sofrimento e adoecimento psíquico dificilmente é considerada a partir de suas necessidades de saúde ou colocada no centro do componente assistencial e terapêutico;
- em geral, os processos de trabalho e de cuidado são pensados/implementados para o próprio universo hospitalar, com acionamentos intra e intersetoriais bastante pinçados e reduzidos;
- a integralidade do cuidado escapa substancialmente às mãos, escorre fugazmente por entre os dedos.

Além dos muitos atravessamentos macro políticos, organizacionais e gerenciais, também observei que a grande maioria dos profissionais ali atuantes não haviam sido formados/as para trabalhar no SUS (Ceccim, Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005; Feuerwerker, 2014; Makush; Zagonel, 2017).

E isso igualmente se aplicava à conjuntura da Saúde Mental no SUS, que tem uma série de especificidades e nuances, como o próprio modo psicossocial de cuidado. Poucos foram (e ainda são) os profissionais em meu entorno que se mobiliza(ra)m para buscar aproximações e formações específicas nesta área.

Também observei que havia (e ainda há) um imaginário coletivo sobre o trabalho em equipe (Peduzzi *et al.*, 2020). Diz-se que a equipe assistencial é quem organiza e coordena o cuidado, e que o faz em ampla colaboração. Contudo, o que realmente se destacam são as inúmeras ilhas, os grandes silos profissionais, que pouco se comunicam, se conversam, se interagem e se integram com/pelo/para o usuário, sua família e a comunidade (Costa, 2017).

Esse cenário me trouxe a um lugar de muito sofrimento, beirando a um processo de adoecimento. Foi quando [quase que magicamente] novas luzes se acenderam: no início de 2019, a mesma SESA que abarcava um cenário com tantas fragilidades no cuidado, deu um robusto e importante passo em direção ao SUS: a criação do ICEPi.

O ICEPi é uma Instituição de Ciência e Tecnologia que também coaduna no território capixaba o reconhecimento de Escola Estadual de Saúde Pública [Escola de Governo]. Seu principal objetivo é estruturar um ecossistema de inovação em saúde que seja capaz de impulsionar políticas e ações para o fortalecimento do SUS. E de fazê-lo sem perder de vista a sensibilidade humana e social, apesar dos incontáveis desafios da nossa era (Espírito Santo, 2023a; Mariano, 2023).

As Residências em Saúde do ICEPi priorizam o contexto real do trabalho e vislumbram a integração ensino-serviço-comunidade, conforme previsto na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a PNEPS. São especializações lato sensu que dedicam até 80% da carga horária para atividades práticas e até 20% para atividades teóricas (Mariano, 2023; Espírito Santo, 2023b).

O currículo proposto para essas Residências é dialógico e orientado por competência, o que rompe com a dialética de formação tradicionalmente dominante na Educação Brasileira. Através de processos educacionais (e avaliativos) sociointeracionistas, ancorados na aprendizagem crítico-reflexiva, prioriza-se o uso das metodologias ativas de aprendizagem enquanto instrumentais de excelência para o protagonismo do educando em seu processo de construção do conhecimento (Espírito Santo, 2021; Espírito Santo, 2023b; Libardi *et al.*, 2022).

Uma das grandes metas destas formações é a provisão de profissionais especialistas em áreas epidemiologicamente demandantes no Espírito Santo. E naquele 2019, a Saúde Mental com certeza era uma delas. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, o PRM-SM, surgiu já no início do espraiamento das residências pelo ICEPi, em março de 2020.

Tive a oportunidade de participar desta gênese, pensando em coletivo [no nosso GT de Saúde Mental] sobre todo o movimento pedagógico-educacional, que também

deveria seguir com/no/para o coletivo. A minha segunda inquietação surgiu justamente neste setting de criação. O principal objetivo do PRM-SM citava de uma tal “interprofissionalidade”, que até aquele momento eu não fazia ideia do que realmente era:

2.0 OBJETIVO GERAL

Desenvolver nos profissionais competências em cuidado, gestão do trabalho, educação em saúde e investigação em saúde, no campo da saúde mental, aprimorando habilidades técnicas, socioemocionais e político-humanista para atuar no cuidado integral em saúde, em conformidade com a lógica da atenção psicossocial, de **maneira interprofissional**.

2.1 Objetivos Específicos

(...)

- Exercitar a **interprofissionalidade** através da integração dos diversos campos de saber;

(...)

- Favorecer o desenvolvimento de habilidades técnicas para a gestão da clínica e do cuidado, através de ferramentas de co-participação e co-responsabilização, de **modo interprofissional** e em equipe;

(...)

- Produzir projetos integrados de ensino, pesquisa e extensão em diferentes áreas e territórios do cuidado em saúde mental no SUS no Espírito Santo, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, **interprofissional** e interdisciplinar.

(Espírito Santo, 2021, p.4-5, **grifo meu**).

Após sucessivas aproximações teórico-conceituais, pude entendê-la como a relação de interdependência que ocorre mediante a colaboração de profissionais no ambiente de trabalho, com a finalidade de se alcançar objetivo(s) em comum, com vistas a melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços (OMS, 2010; Peduzzi *et al.*, 2020).

Para mim, essa compreensão foi como encontrar um dos nós críticos do problema que eu visualizava no meu local de trabalho: faltava (e ainda falta), em muito, essa tal interprofissionalidade. Mas, como alcançá-la? Será que é possível ensinar a interprofissionalidade, ensinar o trabalho em equipe ou, pelo menos, proporcionar condições para que a colaboração entre os profissionais ocorresse de maneira mais preponderante, com foco nas necessidades de saúde dos sujeitos?

Como fazer para que as pessoas conseguissem, de fato, integrar seus saberes e práticas e atuem em-com-junto em prol do usuário, trazendo-o para a centralidade do cuidado, e considerando suas imprevisíveis, urgentes e complexas necessidades

de saúde? Como concretizar o princípio- meta da integralidade [do ser, do cuidado, da atenção] no SUS? Eis aí minhas primeiras e intermináveis reflexões...

2.3 Motivações: diretivas de organização desta viagem

Estávamos cheios/as de sonhos e planos ao iniciarmos a primeira turma do PRM-SM; mas naquele março de 2020, fomos brutalmente atravessados pela obscuridade da Pandemia da COVID-19, o que trouxe uma infinidade de medos e incertezas. Freamos, mas não podíamos parar. Começamos a recalculas as rotas e, então, seguimos, mesmo sem saber por quais outros mares iríamos navegar.

Naquele ano atuei como coadjuvante junto a minha parceira de trabalho, a amiga Rachel Bicalho. Estive com ela nas funções de preceptoria, de tutoria e de apoio pedagógico do PRM-SM. Em 2021, assumi formalmente a função de facilitação de um dos grupos de tutoria, mas tive que encerrar a atividade em agosto daquele ano, para iniciar este tão esperado Mestrado.

Enquanto os encontros da Atividade Curricular de Metodologia Científica do PPGGC iam se avançando, fervilhavam em meus pensamentos as inúmeras possibilidades de pesquisa que havia no cotidiano do meu trabalho. De todas, a que permaneceu efervescente, palpitante, reluzente, foi a bendita da interprofissionalidade:

Será que a formação que temos empreendido no PRM-SM do ICEPi é, de fato, interprofissional? Será que os profissionais residentes conseguem “sentir” isso? Será que conseguem perceber interfaces desta interprofissionalidade, como descrito nos objetivos finalísticos do Programa? Como eu poderia organizar uma pesquisa científica para descobrir isso?

Atravessada por este turbilhão de questionamento, utilizei a estratégia *PICO-População/Problema, Intervenção, Comparação e Outcomes/desfecho* (Santos *et al.*, 2007), em sua variação *PICo-População/Problema, Interesse e Contexto* (Araújo, 2020), para refinar e estruturar a minha **Pergunta-Tema da Pesquisa**:

“Como os profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi/SESA-ES têm percebido em sua formação o desenvolvimento de competência para a prática interprofissional colaborativa no SUS?”.

Partindo desta dúvida, levantei duas **Hipóteses**:

- de que o PRM-SM possui mecanismos que contribuem para desenvolver nos profissionais residentes desempenhos para a prática interprofissional colaborativa no SUS;
- de que o PRM-SM corresponde a uma proposta efetiva de Educação Interprofissional no SUS.

Para explorar essas minhas proposições, defini como **Objetivo Principal** da minha pesquisa:

“Conhecer e analisar a percepção de profissionais residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi/SESA-ES sobre a relação entre este processo formativo e o desenvolvimento de competência para a prática interprofissional colaborativa no SUS”.

Em adendo, atribuí um **Objetivo Secundário**: “Reconhecer as potencialidades e lacunas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi/SESA-ES à luz do referencial teórico da Educação Interprofissional”.

Pelas questões que pontuei brevemente no item da **APRESENTAÇÃO**, estruturei o **Desenho Metodológico** deste meu estudo enquanto pesquisa *qualitativa, descritiva, exploratória*, delineado sob o *método das narrativas*.

A abordagem *qualitativa* aqui defendida é aquela que se aplica “ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões” (Minayo, 2014 p.57) para compreender o significado das experiências vivenciadas pelos indivíduos.

Já os atributos *descritivo* e *exploratório* provêm da classificação sugerida por Gil (2010), que está relacionada aos objetivos da pesquisa. Assim, a investigação é descritiva por buscar identificar personagens, cenários e contextos da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi/SESA, e por se dispor a conhecer, de maneira aprofundada, as características desta formação que a aproximam à interprofissionalidade.

O predicado *exploratório* se relaciona ao fato de que tanto a educação e as práticas interprofissionais, quanto a correlação destas com as residências em saúde e com o SUS, serem temáticas ainda com escassez de estudos, necessitando, portanto, de ampliação e aprofundamento. Este ponto consiste, inclusive, na **Relevância Científica/Intelectual** desta pesquisa (Batista, 2012; Peduzzi, *et al.*, 2013; Miranda Neto *et al.*, 2015; Costa, 2016; Perego; Batista, 2016; Ferla; Toassi, 2017; Rossit *et al.*, 2018; Nascimento; Omena, 2021; Batista; Uchôa-Figueiredo, 2022).

Já sua **Relevância Social** está associada às possibilidades trazidas pelo (re)conhecimento dessa formação enquanto estratégia de desenvolvimento do/no/para o SUS. A prática interprofissional colaborativa, quando desenvolvida, abre caminhos para a resolutividade da atenção nos serviços, contribuindo para uma melhor experiência no trabalho, um melhor custo e uma melhor saúde para a população (Gontijo *et al.*, 2019; Nascimento; Omena, 2021).

A **Relevância Política**, por sua vez, está prospectada nas possíveis ressonâncias de fortalecimento do SUS e da PNEPS. Trazer cientificidade e reconhecimento social às mais singelas experiências deste campo é robustecer a própria política de saúde pública brasileira, é reconhecê-la enquanto estratégia de elevada importância para a concretização do projeto societário brasileiro, tão duramente rechaçado e ameaçado nestes últimos anos (Brasil, 2018a; 2021a).

A *pesquisa narrativa* por ser uma construção social, dialogava em muito com esses três fundamentos de defesa e com a intencionalidade da pesquisa como um todo. Uma pesquisa narrativa parte de histórias singulares para entender determinado fenômeno. E ao mesmo tempo que analisa e compreende os discursos e acontecimentos, produz a própria história (Gomes; Mendonça, 2002; Lira *et al.*, 2003; Muylaert, 2014; Azevedo; Gomes, 2019; Ceccon *et al.*, 2022).

Compreender práticas sociais pressupõe que os sujeitos da pesquisa se envolvam com a própria pesquisa. Assim, essa metodologia participativa exige colaboração entre pesquisador e pesquisado, e implicação coletiva, impossibilitando a adoção de posturas neutras ou imparciais (Ceccon *et al.*, 2022).

Além disso, os efeitos da narratividade criam pontes entre o agir e o pensar, modificando não só os sujeitos da pesquisa, como o próprio pesquisador e o contexto em que estão inseridos (Passos *et al.*, 2012; Ceccon *et al.*, 2022). Foi a partir deste princípio que defini os profissionais residentes da turma II do PRM-SM como os ***Sujeitos desta Pesquisa***.

Esta turma, que esteve no Programa de março de 2021 a fevereiro de 2023, foi a que obteve maior proximidade, tanto no campo de prática (o hospital em que trabalho é um dos cenários desta Residência), quanto no campo das reflexões da prática e construção do saber teórico (esta foi a única turma com a qual desenvolvi uma função formalizada junto ao ICEPi, a de facilitadora de uma das Unidades Educacionais obrigatórias).

Para serem incluídos na pesquisa os profissionais residentes deveriam ter cursado o segundo ano (R2) do PRM-SM no ano de 2022, além de acordarem com a participação através do TCLE. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: profissionais residentes que estivessem desligados do Programa, que não realizassem o aceite do TCLE, ou que não elaborassem a narrativa proposta no instrumento de coleta de dados.

Por se tratar de um pequeno grupo, 11 (onze) profissionais residentes, não foi aplicado índice de saturação, objetivando o maior número de participantes quanto fosse possível. Como pontua Minayo (2014, p. 197-8), na abordagem qualitativa o número é o que menos importa, desde que a amostragem reflita “*múltiplas dimensões do objeto de estudo*”, que possibilite “*enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista*”.

A ***Coleta de Dados*** foi organizada para decorrer em ambiente virtual, considerando 3 movimentos distintos, sendo dois sequenciados e um concomitante:

- Movimento 1: aplicação de formulário eletrônico contendo o aceite para a pesquisa, através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o TCLE, (Complementos Meus 1), seguido do instrumental de coleta de dados misto, com questões objetivas iniciais, para caracterização do perfil social e de formação profissional, finalizado com uma consigna, para nortear a construção da narrativa crítico-reflexiva.

Fortuna *et al.* (2012), com base nos estudos de Roseli Silva e Idália Sá-Chaves, descrevem a narrativa crítico-reflexiva como aquela que:

(...) tem como característica geral a descrição mais detalhada que interroga o cotidiano e estranha as certezas. Há diálogo do estudante consigo, com o grupo, com os docentes e com os autores. Outro aspecto interessante é a retomada de fatos narrados anteriormente, da relação com outras vivências e com outras disciplinas (p. 456).

Os profissionais residentes do PRM-SM já possuíam familiaridade com esse tipo de narrativa, que é utilizada como recurso pedagógico para as atividades teóricas do Programa (Espírito Santo, 2021), especialmente nas Unidades Educacionais que discutem o núcleo do saber profissional e o campo da Atenção Psicossocial.

- Movimento 2: validação da narrativa-síntese pelos profissionais residentes participantes da pesquisa, em ambiente coletivo virtual, de acesso remoto síncrono. Esta etapa é condicionada ao Movimento 1.

A exemplo do estudo de Damasceno *et al.* (2018), a proposta foi de categorizar e reorganizar as narrativas coletadas em uma narrativa-síntese, a ser apresentada, discutida e validada pelos participantes da pesquisa, contemplando a ideia de “oficinas” de construção de consenso indicada por Onocko-Campos (2011) para as pesquisas qualitativas em saúde coletiva.

- Movimento 3: Dissociado de seus anteriores, por poder ser realizado em qualquer momento da coleta de dados, esse movimento é considerado uma fonte secundária de coleta de dados, e se refere ao levantamento documental sobre o PRM-SM.

Trata-se de cadernos temáticos, planejamentos pedagógicos e curriculares, relatórios de atividades, que geralmente demandam autorização da Coordenação do

Programa para acesso. Inclui-se aqui o Projeto Político-Pedagógico (PPP), que é de domínio público, através do sítio eletrônico do ICEPi/PRM-SM.

Num reforço dos meus processos de ousadia, selecionei uma **Técnica Analítica** pouco explorada: a hermenêutica-dialética (Minayo, 2014). Para a autora, esta forma de análise é a que mais possibilita o pesquisador a se aproximar da realidade. Isso porque, enquanto a hermenêutica oferece condições para compreender o sentido da comunicação entre os seres humanos (entender o outro no outro), a dialética estabelece uma atitude crítica, com a finalidade de esclarecer as condições historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias sob as quais surge determinada fala.

Esse método possui dois pressupostos básicos: 1) de que “*não há consenso nem ponto de chegada no processo de produção de conhecimento*”; e 2) de que “*a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta*” (Deslandes *et al.*, 2001, p.77).

Trata-se, portanto, de uma aproximação com a realidade social para a busca de sentidos, para a compreensão dos pressupostos emolológicos de determinada realidade. Para isso, são atribuídos dois *níveis interpretativos*: um referente às determinações fundamentais, à conjuntura sócio-histórica; e o outro relacionado à articulação dos achados da investigação com os referenciais teóricos alcinados pelo/a pesquisador/a.

Portanto, elementos de contexto são encontrados ao longo de todo o trabalho, representando o primeiro nível interpretativo. Já os dados coletados receberão tratativa específica nos capítulos 4 e 5. Assim, a organização e classificação das categorias analíticas, seguida pela reflexão e interrogação dessas categorias, representa o segundo nível interpretativo do método hermenêutico-dialético.

O **Cronograma** inicialmente previsto decorreria de março de 2022, quando apresentei meu projeto ao PPGGC-UFSCar, até julho de 2023, quando pretendia defender os resultados da minha dissertação. Acontece que, mesmo com todo meu planejamento, não foi possível conter alguns atravessamentos e intempéries, sendo meu percurso finalizado poucos meses depois, em novembro de 2023.

Em termos éticos, minha pesquisa esteve alicerçada nas normativas nacionais vigentes (Res. CNS nº 466/2012 e nº 510/2016 e Carta Circular CONEP/SECNS/MS nº 1/2021) e na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Esse aparato legal corrobora para a compreensão técnica de que os **Aspectos Éticos** e os referenciais bioéticos devem permear as relações estabelecidas entre pesquisador e todos os atores, cenários e processos envolvidos (Schramm *et al.*, 2005; Silva *et al.*, 2012).

Por se tratar de estudo com seres humanos, minha proposta foi inserida na Plataforma Brasil, para avaliação pelo Sistema CEP-CONEP de Ética em Pesquisa. Foi inicialmente aprovada pelo CEP UFSCar (CAAE nº 58769722.7.0000.5504) e, meses depois, pelo CEP UVV (CAAE nº 58769722.7.3001.5064), este último localizado no Espírito Santo e, portanto, mais próximo de mim e do ICEPi.

Esta etapa me fez sentir na pele a alcunha popularizada de que não é fácil ser pesquisador/a no Brasil. Foram 217 (duzentos e dezessete) dias de espera somente para as aprovações éticas. Isso mesmo: quase sete meses para auferir tais condicionantes e autorizar, de fato, a execução do meu estudo. E olhe que os riscos imputados eram mínimos, conforme descrevi no TCLE (Complementos Meus 1).

Minha pesquisa não recebeu financiamento. Apesar de relativamente baixos, os custos materiais previstos em **Orçamento**, como uso de computador, internet, impressora, dentre outros, foram subsidiados por mim. Um ponto que este tópico sempre me faz refletir é sobre os custos humanos. Quem se submete a fazer pesquisa científica sabe o real custo deste processo! valor financeiro algum conseguiria recompensar as inúmeras questões emocionais e relacionais envolvidas.

Portanto, este é meu percurso inicial, é de onde parti e para onde rumo tentando chegar. Muitos contratemplos me paralisaram; outros, me fizeram esfriar. A escrita não fluía, as ideias teimavam em debandar. Mas se cá estou, é porque persisti, resisti; e minha viagem, finalmente, consegui granjear.

3. O QUE TRAGO NA BAGAGEM

Tenho certo apreço por organizar malas; não apenas pela expectativa da viagem em si, mas principalmente pelo enorme desafio que me é tentar fazer caber num espaço específico [e geralmente diminuto] o tantão de coisas que costumo considerar importantes.

Apesar desse limitador, tenho compreendido que há elementos essenciais em toda mala, independentemente se a viagem é de fim de semana ou se é um tour de férias por estradas longínquas. Nossos documentos de “identidade” e alguns elementos para o cuidado de nossa “intimidade”, por exemplo, são “coisas” que precisam nos acompanhar sempre, quase que invariavelmente. Afinal, é justamente para isso que as malas servem: para carregar elementos próprios ao nosso “cuidado de si”².

Costumo começar esse processo verificando a previsão do tempo; mudanças no clima podem ser um elemento surpresa bastante constrangedor. Em seguida, seleciono as roupas, os calçados e os acessórios que acredito estarem o mais adequados possíveis ao contexto do destino. Testo exaustivamente diferentes combinações e posições para as peças, até que finalmente não me restem dúvidas de que organizei tudo da melhor forma possível.

Com o passar do tempo, aprendi o valor enorme de poder fazer as malas com antecedência. Gozar de algum tempo para refletir sobre o que separei inicialmente, contribui para eu consiga distinguir, com maior clareza, o que realmente é relevante no momento, daquilo que certamente poderia ser deixado para trás. Ademais, coisas em excesso só servem para diminuir espaço, aumentar peso à carga e reduzir possibilidades para novas aquisições.

Acontece que finalizar minhas malas, deixá-las “conclusas para despacho” é algo que me coloca em certa vulnerabilidade: por mais que eu compreenda que

² A referência aqui é o resgate realizado por Túlio Batista e Emerson Merhy da significação trazida por Foucault (2004) acerca da expressão grega *epimeleia beautoû*, que significa “cuidado de si mesmo”: “*A epimeleia beautoû é uma atitude – para consigo, para com os outros, para com o mundo. Cuidar de si mesmo implica que se converta o olhar, do exterior, dos outros, do mundo, etc. para “si mesmo”. Também designa sempre algumas ações, ações que são exercidas de si para consigo, ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos*” (Franco; Merhy, 2013, p. 355).

bagagens são um espaço finito e que se destinam a um recorte de coisas, a possibilidade de eu não estar preparada para as imprevisibilidades me desconforta – e o faz um tanto mais do que eu realmente gostaria.

Pois bem, essa é a representação a partir da qual organizei este meu **Referencial Teórico**. Esta seção agrega não só elementos que fizeram parte do meu movimento de entrada e permanência no Mestrado, mas outros, muito anteriores, que demarcaram de algum modo minha formação profissional, minha inserção de trabalho no SUS e minha trajetória de vida.

3.1 Na *Bagagem de Mão*, o essencialmente indispensável

Quando comecei a trabalhar como assistente social no SUS, lá em 2010, me percebi diante de uma defasagem de conhecimentos que me pareciam intermináveis. Na graduação tive alguma noção da Política de Saúde Pública, mas nada que se aproximasse dos meus desafios cotidianos na Atenção Básica, no apoio a equipes de Saúde da Família.

Numa mobilização muito pessoal, fui buscando aportes teóricos, legais e normativos para tentar compreender melhor o que eu deveria fazer ali, qual seria o meu papel e meu espaço com os usuários, com suas famílias, com os demais profissionais de saúde, com os gestores e com os serviços da rede intersetorial, os quais eu já dispunha de alguma afinidade devido minhas experiências anteriores de trabalho.

Fui percebendo que a cada novo acontecimento, a cada nova urgência de vida, eu precisava ajustar o meu fazer. Era um enorme hiato entre o trabalho “prescrito” nos livros, o “contexto” com o qual eu me deparava para exercer meu trabalho, e o trabalho “real” que eu finalmente conseguia executar (Fonseca, 2014).

Sempre busquei um norte teórico-conceitual, um destino pensado sob o qual deveria ancorar o meu fazer; mas as durezas do cotidiano me impeliam a outros decursos. No começo da minha carreira, eu não tinha muita ideia de que havia essa lacuna quase que insuperável [por não dizer insustentável] entre o que aprendi na minha *alma mater* e o que eu tinha que enfrentar a cada novo dia no meu trabalho.

Por muitos anos cedi às pressões e acabei por seguir uma resposta muito plausível à lógica gerencialista (Gaulejac, 2007), que também tem capturado os modos de ser e de fazer do trabalho em saúde (Chiavegatto Filho, Navarro, 2012). Eu era protocolar e muito mais próxima de uma cumpridora de tarefas, do que de uma profissional comprometida com a criação de espaços promotores de **cuidado**.

Pensar em cuidado não é algo simples. O conceito predominante por séculos na área da saúde foi o de “procedimentos técnicos” para “tratar”, “controlar” e “curar” doenças (Sá *et al.*, 2019). Sem dúvidas, um efeito da racionalidade biomédica, hospitalocêntrica e flexneriana, que em muito contribuiu para a fragmentação e compartimentalização das práticas, assim como para a resignação e objetificação dos sujeitos (Scherer *et al.*, 2005).

No século XX, com a emergência de novos paradigmas epistemológicos, sociais, políticos e culturais (Santos, 2003), houve um consequente resgate filosófico acerca da concepção do cuidado em saúde, (re)aproximando-o à natureza relacional do ser humano. Foi justamente sob este contexto que o SUS foi pensado e seus princípios e diretrizes foram sendo estruturados (Mendes, 1996; Paim; Almeida Filho, 2000).

José Ricardo Ayres (2009), um dos grandes nomes da Saúde Coletiva Brasileira, fundamenta-se na leitura de Heidegger sobre o mito romano de *Higino*, e na concepção de poder estabelecida por Foucault, para (re)afirmar o cuidado em saúde [e no SUS] enquanto uma autocompreensão existencial da condição humana, que não pode nem deve ser reduzido ao fazer capitalístico.

Para Ayres (2009), este constructo deve ser entendido enquanto prática compreensiva voltada à presença do outro, com vistas a otimizar a interação entre os pares para promover em, com, e junto o enriquecimento de horizontes - interpessoalmente, interdisciplinarmente, interprofissionalmente e intersetorialmente.

Portanto, o cuidado em saúde não pode [nem deve] ser reduzido a uma sinonímia de nível de atenção, ou a um conhecimento técnico, ou a um fazer clínico [apesar dessas serem ferramentas para sua potencialização] (Pinheiro; Guizardi, 2006). Cuidado é processo de agenciamento, de (trans)formação dos sujeitos para a (re)construção de projetos de vida:

Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser. (...). Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, entre o corpo e a mente (Ayres, 2009, p. 36-37).

Laura Feuerwerker (2014) nos ajuda a perceber a profundidade dessas discussões na Saúde Pública Brasileira. Vejamos:

[Merhy, Campos, Cecílio e outros autores importantes da saúde coletiva brasileira] (...) formularam a ideia de tomar como centrais – na produção do SUS – a defesa da vida, a participação ativa de trabalhadores e usuários, a necessidade de inovar no olhar e nas ferramentas para produzir não somente intervenções no coletivo, mas também no cuidado individual, tomando as necessidades de saúde como referência (p.36).

Para almejar e conseguir tanto, [o] trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e antiprodutivos e tem que permitir que vida produza vida. Sua “alma”, portanto, tem que ser a produção de um cuidado em saúde dirigido a propiciar ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Esse é um trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional (p. 54).

[Ora] (...) alguém que está sendo cuidado [por mim, pela equipe, pelo serviço e pelo território] em que atuo, está ampliando ou diminuindo suas redes de conexões existenciais? Se o acesso ao cuidado amplia as redes de conexão existenciais, então há produção de mais vida. Se não, então há que reconhecer que o acesso a esse cuidado está produzindo barreiras para um viver mais qualificado (p. 58).

Por isso o cuidado (...) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para a defesa da vida (p.62).

Olhar para além do processo de adoecimento, para além daquilo que os usuários e suas famílias conseguem expressar como queixa ou demanda nos serviços de saúde, é elementar quando falamos de cuidado, quando defendemos o agenciamento de vida (Cecílio, 2006; Merhy, 2013; Feuerwerker, 2014). Captar e decodificar essas **necessidades de saúde** é o ponto de partida; alcançar o cuidado é, sem dúvidas, ponto de encontro e de chegada.

Por isso Luiz Carlos Cecílio (2016) afirmou o cuidado em saúde com “*ato político*”, ou melhor, ato ético-político que irrompe as dimensões do individual e do privado, para convocar um fazer integrado, coletivo, promotor do social e do societário. Uma relação articulada, complementar e dialética entre profissionais, equipes, serviços e redes - na saúde e com políticas e setores a ela contíguos.

Esse entre-relações necessário para o cuidado acontecer nada mais é do que a **integralidade** que defendemos no SUS. Integralidade enquanto dispositivo ético, político, democrático, de crítica aos saberes e poderes instituídos. Integralidade enquanto práticas que habitam os sujeitos nos serviços públicos, para engendrar novos arranjos sociais e institucionais de cuidado (Pinheiro; Guizardi, 2006):

Em sua pluralidade e dialogismo, a integralidade produz relações, signos e significados. Um princípio que ao mesmo tempo é uma prática, com efeitos de polifonia que impulsionam respostas positivas por parte de quem demanda o cuidado em saúde (Pinheiro; Guizardi, 2006).

Nesse sentido, um cuidado dito integral demandará ações tanto no *plano individual*, com movimentos internos, intrasetoriais e micropolíticos, quanto no *plano ampliado e sistêmico*, com movimentos externos, intersetoriais e macropolíticos (Cecílio, 2006; Merhy, 2013; Feuerwerker, 2014; Stotz, 2016; Makush; Zagonel, 2017).

Para alcançar tanto, se faz peremptório que as diferentes profissões e equipes que compõem o campo da saúde atuem de forma coletiva, integrada e colaborativa. O destaque, aqui, é para o **trabalho em equipe**, arranjo essencialmente necessário quando pensamos na integralidade do cuidado em saúde (Ceccim, Feuerwerker, 2004; Mattos, 2006; Peduzzi *et al.*, 2013; Feuerwerker, 2014).

Marina Peduzzi e outros autores (2020) concebem o trabalho em equipe como o “*trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos*” (p.7-8). Algo que a PNEPS concebeu em elevada importância para a formação de profissionais do/no/para o SUS:

O efetivo trabalho em equipe, dessa forma, precisa ser compreendido para além de diferentes sujeitos ocupando um mesmo espaço. É um processo permanente de colaboração sustentado pela parceria, interdependência, sintonia de ações e finalidades, e equilíbrio das relações de poder, possibilitando potencializar a atuação do usuário/paciente/sujeito, das famílias e comunidades na tomada de decisões e na elaboração de ações e políticas que possam dar respostas às suas demandas. Também se constitui em um instrumento poderoso para garantir a segurança do paciente, ao possibilitar uma comunicação produtiva entre os profissionais, pela diminuição da hierarquia, aumento da possibilidade de escuta e atenção compartilhada para as necessidades das pessoas no processo de saúde-doença (Brasil, 2018a, p.46).

As iniciativas de reorientação do modelo uniprofissional e biomédico de formação em saúde no Brasil são recentes e, apesar das resistências de diversas ordens, têm avançado nas últimas duas décadas (Batista, 2012; Peduzzi *et al.*, 2013; Miranda Neto *et al.*, 2015; Costa, 2016; Perego; Batista, 2016; Nascimento; Omena, 2021).

Como exemplo, temos a já citada PNEPS; o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde, desenvolvido de 2005 a 2007; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde, com edições de 2008 a 2018; e às novas Diretrizes Curriculares Nacionais, as DCN, definidas para o curso de Medicina em 2014, e em discussão para as demais graduações da saúde desde 2017 (Brasil, 2004; Brasil, 2018a; Costa *et al.*, 2018; Costa *et al.*, 2022).

É justamente nesse cenário que ocorre a consolidação e a expansão das **Residências Multiprofissionais em Saúde**, as RMS, uma das principais estratégias de formação profissional do, no e para o provimento e fortalecimento do nosso SUS (Brasil, 2005; Peduzzi *et al.*, 2013; Freire Filho; Silva, 2017; Nascimento; Omena, 2021).

Ops, acredito que minha *Bagagem de Mão* chegou em sua capacidade máxima! Avancemos, então, para a próxima bagagem, para a minha *Mala Principal*...

3.2 Na Mala Principal, peças para vestir e calçar

Não me recordo com clareza sobre a primeira vez que ouvi falar das residências em saúde. A memória que conservo é de que, durante um considerável lapso de tempo, acreditei que esse “padrão ouro” de especialização fosse possível apenas aos profissionais da Medicina. Talvez isso tenha decorrido porque essa modalidade de formação tenha iniciado justamente a partir das experiências na categoria médica.

O termo “residência” surgiu no hospital universitário norte-americano John Hopkins, em 1889, em referência ao formato das especializações médicas em Cirurgia Geral e Clínica Médica então desenvolvidas naquele serviço. No Brasil, a primeira proposta semelhante foi realizada no hospital da Universidade de São Paulo, a USP,

na década de 1940, através do Programa de Ortopedia (Martins *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2021).

Os primeiros registros no país de residências em outras categorias profissionais foram o Programa de Aperfeiçoamento em Pediatria para Enfermeiros, do Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, datado de 1961, e o Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Federal da Bahia, a UFBA, inaugurado em Salvador no ano de 1973 (Martins *et al.*, 2016; Carneiro *et al.*, 2021).

Já o nosso pioneirismo multiprofissional foi conferido à Residência em Medicina Comunitária da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, hoje Residência Integrada em Saúde Coletiva.

Este programa foi desenvolvido a partir de 1976, em parceria com o Centro de Saúde Escola São José do Murialdo. Inicialmente, foi destinado a profissionais médicos; dois anos mais tarde, integrou assistentes sociais, enfermeiros/as e médicos/as veterinários/as, alcançando, assim, o promissor adjetivo multi (Brasil, 2006; Silva, 2018; Carneiro *et al.*, 2021; Teixeira *et al.*, 2022).

Algumas finalidades dessa formação merecem destaque, como o desenvolvimento de profissionais com perfil “humanista e crítico” e “visão integrada” em “saúde clínica, saúde mental e saúde pública”; e a busca pela a resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade na própria comunidade (Silva, 2018; Carneiro *et al.*, 2021; Teixeira *et al.*, 2022).

Em 1977, as residências médicas começaram a ser regulamentadas no país; porém, para as demais categorias de programas, este avanço só ocorreu quase 30 anos mais tarde. Motivos para tamanha diferença? Vários, inúmeros, tantos que eu não daria conta de elencá-los aqui [afinal, o espaço nas malas é sempre de finitude]. Mas alguns aspectos carecem destaque; vejamos:

Mesmo com o avanço cinquentista no pós-guerras mundiais, persistia no Brasil o cenário de “inchaço das periferias urbanas”, “precárias condições sociais e de saúde” e “eclosão de doenças endêmicas”. As respostas tecnológicas e científicas

que a saúde disponha à época reforçavam, principalmente, a tríade médico-remédio-hospital (Silva *et al.*, 2022; Teixeira *et al.*, 2022).

Seriam essas, portanto, heranças do modelo biomédico e flexneriano? Sim! Ou seriam influências do mercado internacional e da indústria farmacêutica? Também! Alguma interferência em relação à Ditadura? Sem dúvidas! Ademais, todo contexto agrega uma infinidade de influências e atravessamentos!

Em consequência, os programas médicos galgaram um maior investimento, além de um destacado processo de reconhecimento (Peduzzi *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2022; Teixeira *et al.*, 2022).

O positivo dessa história é que a regulamentação das residências uni e multiprofissionais foi permeada por outro contexto, o Brasil pós Constituição de 1988, que respirava abertura política, reformas sociais e econômicas, e movimentos em prol da cidadania e da democracia. Daí o compromisso legalmente declarado dessas formações para com a Reforma Sanitária Brasileira e o próprio SUS (Brasil, 2006).

Portanto, as chamadas **Residências Uni e Multiprofissionais em Saúde** foram reconhecidas em 30 de junho de 2005, através da Lei Federal nº 11.129, enquanto estratégia vinculada e integrada ao Programa Nacional de Inclusão de Jovens:

Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.

§ 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo 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 Sistema Único de Saúde.

§ 2º A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Art. 14. Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde.

Art. 15. É instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 (vinte e nove) anos, e aos trabalhadores da área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional, como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (Redação dada pela Lei nº 12.513, de 2011).

(BRASIL, 2005).

Do aparato legal e normativo constituído desde 2005 – que se encontra disponível no sítio eletrônico do Ministério da Educação, o MEC, (Brasil, 2023) – organizei um breve compilado com as características que considero primordiais para uma compreensão geral sobre essas formações. Ei-lo aí:

- Têm como princípio basilar a formação no e pelo trabalho, articulando-se teoria e prática, ensino e serviço, experiência e convivência;
- Têm os serviços de saúde como os principais cenários formativos, com possibilidade de inclusão de pontos de atenção intersetoriais e comunitários;
- Se fundamentam na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (clínica ampliada), sendo a educação permanente seu eixo pedagógico estruturante.
- São destinados a profissionais das áreas de: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional;
- Correspondem à modalidade de ensino no nível de pós-graduação *latu sensu*;
- Têm duração mínima de 02 (dois) anos e carga horária anual de 2.880h (duas mil, oitocentos e oitenta horas), com jornada semanal de 60h (sessenta horas);
- A carga horária deve ser distribuída em até 80% (oitenta por cento) de atividades práticas e até 20% (vinte por cento) de atividades teóricas ou teórico-práticas;
- A carga horária das atividades práticas deve ser cumprida na integralidade e das atividades teóricas ou teórico-práticas em, no mínimo, 85% (oitenta e cinco por cento);
- Os programas devem ser apoiados por coordenadores, tutores, preceptores e docentes, que são profissionais especialistas e com experiência prévia na área da formação, cujas funções se distinguirão entre coordenação, suporte teórico-científico e acompanhamento das atividades práticas
- O acesso a esses programas deve ocorrer por processo público de seleção;

- Para concorrer às residências, o/a profissional deve ter concluído sua graduação e estar devidamente vinculado ao respectivo órgão de classe, quando a lei assim o exigir;
- Após ingressar no programa, o/a profissional em formação recebe a identificação de “residente”;
- O vínculo do/a residente é de dedicação exclusiva;
- A residência é modalidade reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, o INSS, perfazendo ao/à residente a obrigatoriedade de contribuição previdenciária mensal, assim como a possibilidade de acessar alguns seguros sociais, como a licença à maternidade e a licença para tratamento de saúde;
- É assegurado ao/à residente descanso semanal obrigatório de 01 (um) dia, e repouso remunerado anual de 4 (quatro) semanas;
- O/a profissional residente faz jus ao recebimento mensal de bolsa de estudo, que conforme reajuste em 1º/01/2022 é de R\$ 4.106,90 (quatro mil, cento e seis reais e noventa centavos);
- O/a residente é isento/a do pagamento de Imposto de Renda à Receita Federal;
- Coordenadores, tutores, preceptores e docentes também podem fazer jus ao recebimento de bolsas de incentivo financeiro.
- A Comissão de Residência Multiprofissional, a COREMU, é o colegiado local de caráter deliberativo responsável pela coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento dos programas de residência uni e multiprofissionais;
- A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, a CNRMS, é a instância nacional responsável, dentre outros atributos, pelo credenciamento, acompanhamento e avaliação dos programas de residência uni e multiprofissionais;

(Excerto extraído de anotações pessoais, com referência em Brasil, 2023).

Considera-se, num recorte ainda mais específico, que as **Residências Multiprofissionais em Saúde**:

(...) surgem como resposta às novas necessidades de pensar e agir em saúde. (...) Ao se estabelecerem como campo de mediação entre a academia e os serviços, tornam possíveis a construção de práticas e conhecimentos que podem alterar ou tencionar significativamente a lógica dos serviços (Mioto *et al.*, 2012, p.185).

E quais seriam essas novas necessidades de pensar e agir em saúde? Que lógica é essa dos serviços que precisa ser significativamente alterada ou tencionada?

3.3 Na Maleta Complementar, acessório é o que não pode faltar

Os avanços no campo da saúde foram inegáveis nos últimos tempos. O “*completo bem-estar físico, mental e social*”, expressivamente difundido no século passado, tem sido progressivamente ampliado, dando espaço a outros aspectos da vida humana, como sua totalidade, sua complexidade e sua natureza [inter]relacional (Merhy, 2002; OMS, 2007).

Um evento convocatório desse processo é o próprio perfil epidemiológico da contemporaneidade. A elevação da expectativa de vida, associada à prevalência das doenças crônico-degenerativas, tem desafiado a lógica dos serviços de saúde. Isso porque tais condições exigem um acompanhamento sistêmico, contínuo e prolongado, o que irrompe, inclusive, os limites do setor-saúde (OMS, 2007; Mendes, 2011; Peduzzi *et al.*, 2013).

Nesse contexto, a busca por alternativas capazes de melhorar a qualidade, a resolutividade e o acesso à saúde, tem se tornado cada vez mais premente. Os modelos de prática e de organização dos serviços de saúde, ainda um tanto quanto arraigados na enfermidade e no saber-fazer médico, têm sido convocados a outros arranjos, ainda mais implicados com a vida (Mendes, 2011; Paim; Almeida-Filho, 2014).

Essa nova forma[ta]ção têm impulsionado, dentre outros quesitos, o repensar dos processos formativos. Como as diferentes profissões que compõem o campo da saúde atuarão de forma diversificada, coletiva, integrada e colaborativa, se historicamente são “formados” em separado? (Peduzzi *et al.*, 2013; Feuerwerker, 2014; Costa, 2017).

O padrão isolado e independente da educação profissional para o trabalho na saúde [que no Brasil é tradicionalmente uniprofissional], reflete expressivamente na fragmentação das práticas, tornando a integralidade do cuidado um princípio-objetivo cada vez mais utópico (Peduzzi *et al.*, 2013; Feuerwerker, 2014; Costa, 2017).

Já nos primeiros decênios do século XXI, inúmeros estudos têm provado que equipes compostas por categoriais profissionais diversificadas - quando centradas no paciente e em suas necessidades, e direcionadas a atuarem de forma *interprofissional* colaborativa - são muito mais eficazes do que “prestadores de serviço” atuando isoladamente (OMS, 2010; Reeves *et al.*, 2013; Barr *et al.*, 2016; Gontijo *et al.*, 2019; Nascimento; Omena, 2021):

(...) para alcançar o sucesso de uma prática de cuidado ou prática terapêutica, temos de lançar mão de saberes e fazeres não disciplinarizados em nossa profissão, mas configurados em domínios de saber de outras profissões da Saúde, assim como de saberes interdisciplinares de outros campos de ciência e populares. Falamos, então, de “saberes interdisciplinares” e “competências interprofissionais”; é inescapável (Ceccim, 2018, p. 1740).

Os termos *interprofissional / interprofissionalidade* são dificilmente encontrados nos verbetes dos clássicos dicionários. Na informalidade [do universo] seu significado é um tanto quanto genérico: diz respeito àquilo que envolve duas ou mais profissões, algo que se realiza por meio de dois ou mais profissionais de diferentes áreas (Dicio, 2023).

Essa definição pouco específica pode nos trazer um entendimento inicial [e por não dizer, superficial] de que qualquer grupo de trabalhadores - ou de estudantes - quando constituído por profissionais de categorias diversas, é um coletivo de atributo interprofissional. Entretanto, como vimos nas minhas **Motivações**, isso não é via de regra.

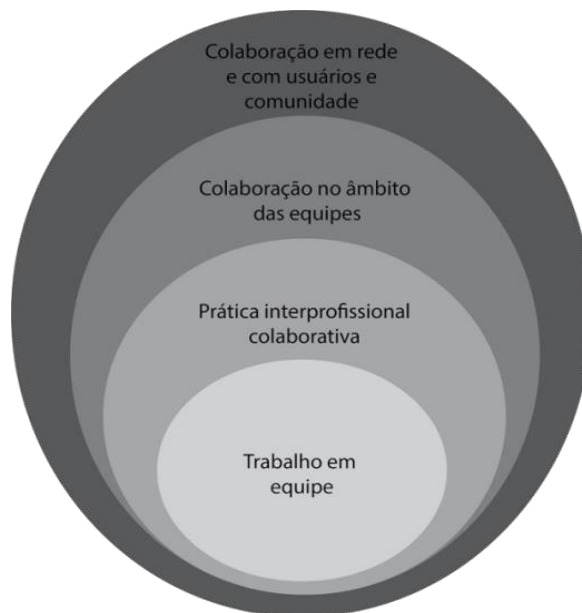
Através do pesquisador britânico Scott Reeves [e de suas ressonâncias na produção científica brasileira], descobri que o sentido da interprofissionalidade é sociológico, está impresso na sociabilidade das relações, ou seja, nas inúmeras possibilidades geradas a partir de sucessivos encontros profissionais (Reeves *et al.*, 2010).

Nessa acepção se incluem os inúmeros arranjos entre os trabalhadores, e destes com seus pares, ou seja, com gestores, educadores, usuários, famílias, comunidade e sociedade (Agrelli, 2017; Ferla; Toassi, 2017; Peduzzi *et al.*, 2020). Trata-se das reverberações da ação dos coletivos de profissionais sobre os diferentes modos de andar na vida, das diferentes formas do humano ser-no-mundo.

Para Reeves *et al.* (2010), quando profissionais e equipes articulam seus diferentes saberes e práticas de forma colaborativa, a partir das “*imprevisíveis, urgentes e complexas*” necessidades de saúde dos usuários, suas famílias e comunidades, suas ações avançam em termos de qualidade e resolutividade, aproximam-se da tão sonhada [e por vezes, desacreditada] integralidade da atenção e do cuidado (Reeves *et al.*, 2010; Reeves *et al.*, 2013; Reeves, 2016; Agreli, 2017; Peduzzi *et al.*, 2020).

Segundo Reeves *et al.* (2010; 2018), há 4 (quatro) tipos de TIP, o Trabalho Interprofissional: a organização em redes; a coordenação [do cuidado] entre equipes; as práticas colaborativas e o trabalho em equipe propriamente dito. Peduzzi *et al.* (2020) organizaram essas modalidades num diagrama, destacando a interdependência que cada nível estabelece com os demais:

Figura 1. Diferentes formas do Trabalho Interprofissional



(Fonte: Peduzzi *et al.*, 2020, p.14)

Em linhas gerais, o trabalho interprofissional congrega 6 (seis) atributos relacionais: objetivos comuns, compartilhamento de responsabilidades, compartilhamento de identidade, clareza de papéis, interdependência das funções e integração de ações (Reeves *et al.*, 2010; Peduzzi *et al.*, 2020, Agreli, 2017; 2020).

A maior ou menor preponderância desses predicados evidenciará o tipo de trabalho interprofissional que está sendo desenvolvido por determinada equipe ou serviço. Vejamos: quando os seis elementos se mostram presentes, provavelmente o trabalho que se tem é em equipe; quando um ou mais elementos se sobressaem, a atuação pode ser uma prática interprofissional colaborativa, uma coordenação entre equipes, ou uma colaboração em rede.

Porém, como ressalta Heloíse Agreli (2020), “*não basta colocar profissionais juntos e esperar que eles colaborem*”. Diversas questões interferem no TIP, como as alianças [ou dissensões] estabelecidas entre os profissionais; a organização das rotinas de trabalho; a ambiência dos serviços e as inferências do contexto macro (D’amour *et al.*, 2008; Reeves *et al.*, 2010; Agreli, 2017; 2020; Peduzzi *et al.*, 2020).

Das inúmeras expressões sociais, políticas, econômicas e culturais possíveis, dois fatores merecem destaque: a comunicação e as relações de poder. A primeira deve ser clara e responsável, despida ao máximo de ruídos; a segunda deve perseguir o objetivo da excelência da autonomia decisória, que é materializado na cogestão da atenção e dos serviços (D’amour *et al.*, 2008; Reeves *et al.*, 2010; Agreli, 2017; 2020; Peduzzi *et al.*, 2020).

Uma estratégia que surgiu para o avanço do trabalho interprofissional colaborativo é a Educação Interprofissional, a EIP. Nessa proposta, “*duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados*” (Barr *et al.*, 2005 apud Peduzzi *et al.*, 2013, p. 979 – em tradução livre).

Os debates sobre a EIP deram início no Reino Unido nos anos 1960, ganhando força através das experiências canadense e norte-americana entre os anos 1970 e 2000. Mas foi a partir de diretivas da OMS [e do seu braço nas Américas, a OPAS], que a EIP alcançou visibilidade no cenário internacional (Peduzzi *et al.*, 2013; Gontijo *et al.*, 2019; Braatz Petermann; Basso Miolo, 2021).

No final do século passado, recomendações da OMS no Relatório Mundial “*Aprendendo juntos para trabalhar junto*” indicavam a necessidade de ações integradas e articuladas entre saúde e educação, de modo que estudantes e trabalhadores em saúde pudessem aprender a trabalhar juntos e de forma

colaborativa, com vistas a uma maior resolutividade nos serviços (Gontijo *et al.*, 2019).

Já em 2010, com o “*Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*”, a OMS foi ainda mais taxativa: desse ponto em diante, os processos de trabalho e de formação em saúde deveriam verter seus enfoques a partir da interprofissionalidade e da colaboração, justificando, para isso, as incitações mercadológicas quanto à eficiência e produtividade (OMS, 2010).

Em linhas gerais, a EIP pode ser entendida como a tentativa de sintonizar, ainda na formação, a teoria e a prática. Ao aprenderem sobre e entre si, profissionais de diferentes áreas são impulsionados a juntos alavancarem seus conhecimentos e habilidades, desenvolvendo um saber-fazer integrado, coletivo, interdisciplinar, colaborativo e, conseqüentemente, mais efetivo (OMS, 2010; Batista, 2012; Peduzzi *et al.*, 2013; Casanova *et al.*, 2018).

Com esse intento, a EIP tem se consolidado como uma importante estratégia de formação de profissionais para a atuação na perspectiva da integralidade do cuidado e da atenção (Ferla; Toassi, 2017). Em linhas gerais, pode-se dizer que o maior objetivo da EIP é promover o trabalho [interprofissional] em equipe genuíno (Brasil, 2018a; Peduzzi *et al.*, 2020).

Sem me adentrar nas discussões sobre o tanto que o setor saúde vem sendo espremido [e rechaçado] para otimizar sua relação custo-efetividade, quero parar por aqui para destacar o pioneirismo do SUS na interprofissionalidade.

Num mundo em que as disputas são uma constante, quase que próprias da realidade e do existir, o SUS se demarca em contraponto, cujo lugar é de cuidado e de proteção da existência humana (Soares, 2021). Nosso SUS não é só um sistema de saúde: ele é a base consistente da democracia brasileira, como já afirmavam Sérgio Arouca e os/as célebres sanitaristas da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Mesmo com suas precariedades quase que inatas, com diversos ataques de desfinanciamento e subutilização, com inúmeras tentativas de deformação de seus valores, o SUS segue resistindo e persistindo. Ele “*vem com bravura (...) assumindo*

seu compromisso em defesa da vida, do cuidado individual e coletivo” (Souza et al., 2022, p. 9).

Ao longo do tempo, a história do SUS se revela, se interpela, paralisa, retrocede, se adapta, progride, se renova e se transforma – e nossas respostas à Pandemia da COVID-19 foram uma grande prova disso.

A presença da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação popular diz muito sobre o ponto de partida no qual o SUS se firma e se projeta para constituir o cuidado. Sua ação contínua em prol do coletivo, a partir do ser em-com-junto, gera um saber-fazer próprio, integrado, cujas relações de poder se intencionalizam [com]partilhadas e horizontalizadas.

Mesmo que à época da Reforma Sanitária Brasileira o texto Constitucional e a legislação *matter* da saúde pública brasileira não declarassem fielmente o termo *interprofissionalidade*, sua conceituação já se fazia revelada na própria essência do SUS. Por isso mesmo que a célebre pesquisadora brasileira Marina Peduzzi (2016) não hesitou em afirmar a alcunha de que o SUS é, de sobremaneira, interprofissional.

Apesar da fragmentação persistente no cotidiano das [nossas] práticas, apesar das iniciativas [ainda tímidas e recentes] de reorientação do modelo uniprofissional e biomédico de formação em saúde no país, eu creio que a interprofissionalidade pode, sim, ser impulsionada do/no/para o SUS, principalmente através das Residências Multiprofissionais em Saúde:

(...) a residência multiprofissional é o espaço por meio do qual a educação interprofissional se efetiva, através da formação de profissionais preparados para o trabalho interprofissional, cujas práticas terão um planejamento integrado e participativo, alinhando os princípios da EIP e as diretrizes do SUS de modo harmônico, com vistas a oferecer o atendimento qualificado e alcançar a integralidade do cuidado, sem que seja necessário perder a identidade profissional, mas com a oportunidade de se melhorar a cada dia, aprendendo em conjunto com profissionais de diferentes áreas do conhecimento em saúde (Nascimento; Omena, 2021, p. 14).

Eu tenho fé na interprofissionalidade, eu acredito [muito] nas residências, eu confio na força propulsora do SUS. Essa é, em amplitude, a minha principal aposta; isso é o que esse meu estudo [em sua frágil singularidade] objetiva provar.

4. MEUS REGISTROS DE VIAGEM

Diversos elementos podem ser utilizados para registrar uma viagem. Tickets ou passagens; diários de bordo ou pequenas cadernetas; filmagens ou fotografias; presentes ou souvenirs. Do mais simples ao mais complexo, muitos objetos nos podem conferir algum nível de demarcação e recordação.

Há, porém, outro mecanismo de registro, este, histórico e milenar, de acesso livre, porém, particular: a [quase infalível] memória. Quantas histórias nos foram contadas e recontadas pelos modestos “registros de memória”. Das pinturas rupestres aos livros mais bem redigidos, nossa fonte primária de compilação e catalogação de dados é, sem dúvidas, a nossa reminiscência.

Portanto, além dos muitos cadernos, apostilas, relatórios, rascunhos, formulários, artigos e livros, utilizei bastante do meu pensar e do meu rememorar para organizar este que considero um dos itens mais importantes nessa minha viagem. Foram inúmeros exercícios mentais e emocionais para que eu conseguisse, enfim, organizar os dados coletados na pesquisa e transformá-los numa enorme em narrativa.

Porém, acabei descobrindo nesse caminho, que o processo de narrar não só favorece a lembrança, não só incide a necessidade de escolha do que manter vivo ao ser registrado. O narrar também favorece a possibilidade do esquecimento:

(...) a memória se produz, em parte, também para produzir esquecimento. O esquecimento não surge aqui como oposto à lembrança, mas como parte do processo de produção de memória. Esquecer determinadas passagens da vida e “ser esquecido” (por situações, pessoas e lugares) é parte inerente do processo de lembrar e produzir memórias. Não há lembranças sem esquecimento.

(...) Mais do que a negação de algo, o esquecimento pode ser pensado como a afirmação de um novo caminho (...).

(Carvalho; Costa, 2011, p. 68-69)

Assim, ao mesmo tempo em que fui trazendo à vida situações e experiências, possibilitando que estas sejam revividas de novas e diferentes formas, produzi,

também, inúmeros silenciamentos e esquecimentos. Mas este “apagar” de memórias é justamente o que afirma a potência do que restou, o que reforça as possibilidades de transformação do que ficou.

Assim, dividi esta seção em dois grandes blocos. No primeiro, recheei de elementos memoriais e documentais, com o objetivo de apresentar melhor ao/à leitor/a as **Minhas Companhias** de viagem, a saber: o ICEPi, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e as/o residente da Turma 2021-2023.

No segundo, conferi espaço de maior protagonismo aos residentes. Aqui é onde apresento os dados extraídos de suas narrativas individuais e o produto final do nosso trabalho coletivo. Essas são as principais **Fotografias do [meu] Destino**.

4.1: Minhas Companhias

4.1.1 O ICEPi

Talvez a melhor obra para apresentar o contexto do ICEPi seja a famosa *Guernica*, de Pablo Picasso, produzida em 1937, nos entremeios da Guerra Civil Espanhola:

Figura 2. *Guernica*, óleo sobre tela, 351 x 782.5 cm, Pablo Picasso, 1937.



(Fonte: Google Images®)

Guernica retrata a destruição e o caos da Europa no período entre as duas Grandes Guerras. Denuncia os regimes políticos extremistas da época, que ceifaram muitas vidas e trouxeram intensa dor e sofrimento.

Mas *Guernica* também faz referência ao olhar divino e a uma chama de esperança, colocada no alto para alumiar o futuro. Acho que essa obra retrata, em muito, o panorama sob o qual o infante ICEPi nasceu e tem se desenvolvido.

Em 2019, o contexto brasileiro conservava-se bastante desfavorável para o fomento das políticas públicas. Desde 2016 seguia em vigor a Emenda Constitucional nº 95, que estabeleceu um teto máximo de gastos e congelou os investimentos públicos por cerca de 20 anos.

Também avançava nesse contexto o desmonte das muitas coordenações federais do SUS e de outras instâncias políticas. Além disso, a guerra ideológica entre “fascismo” e “socialismo” se efervescia e se materializava em diversos confrontos, tanto no ambiente virtual das redes sociais, quanto na concretude do mundo real.

Chegamos ao ponto de que o óbvio sobre ciência, democracia e direitos humanos precisasse ser veementemente (re)afirmado, para que estes permanecessem em garantido. Diferentemente do cenário federal, o Espírito Santo vivenciava uma gestão estadual de cunho social-democrata, com uma maior atenção às políticas públicas.

Foi sob essas intensas disputas que o ICEPi, então, nasceu:

Art. 1º Fica instituído o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, ***unidade administrativa integrante da estrutura da Secretaria de Estado da Saúde – SESA, caracterizado como Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação*** nos termos da Lei Federal nº 10.973, de 02 de dezembro de 2004, e da Lei Complementar Estadual nº 642, de 15 de outubro de 2012, e como Escola de Governo em Saúde, nos termos do § 2º do art. 39 da Constituição Federal, ***cabendo-lhe a formação, o desenvolvimento de pessoal e a pesquisa básica ou aplicada, de caráter científico e tecnológico, destinados a aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS*** (Espírito Santo, 2019a, grifo meu).

Na experiência da SES/ES [Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo], a aposta da mudança deu-se por meio da criação do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, um espaço da gestão da saúde que colocou como prioridade dentro do Sistema de Saúde Local a Educação na Saúde, compreendendo nessa a ***inovação*** e pesquisa. A

partir desse espaço aconteceram inúmeras e infinitas possibilidades de construção de fazeres de saúde, permitiu o encontro de atores desejantes com as mesmas apostas (Rocha et al., 2022, p.12, grifo meu).

É difícil descrever o tanto e quanto o ICEPi tem “inovado”. E inovar nem sempre é “inventar a roda”, mas criar soluções simples, eficazes e estratégicas. É tipo o que Nobert Hirschhorn fez no século passado, ao ajustar as medidas do “soro caseiro” e possibilitar que mais de 50 milhões de pessoas tivessem suas vidas preservadas.

O ICEPi veio afirmar o fortalecimento da gestão, do trabalho e da educação na Saúde como pilar estratégico para a qualificação do cuidado, a modernização das práticas e a ampliação e garantia do acesso da população aos serviços do SUS capixaba (Queirós *et al.*, 2022).

Nesse mote, ICEPi tem se organizado a partir de 06 (seis) grandes frentes de trabalho: a **formação** e fixação de **profissionais**; a gestão do acesso [e da qualidade] aos serviços de saúde; as práticas gerenciais ligadas à inovação; as tecnologias de inovação aplicadas à saúde; a expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, o SAMU, para todos os municípios capixabas; e o apoio a projetos de pesquisa (Espírito Santo, 2023c).

Além das questões de ordem administrativa, organizacional e gerencial, o ICEPi também ateu-se aos aspectos econômicos em sua criação. Sem a garantia de recursos financeiros seria quase impossível viabilizar o tanto de programas, projetos e ações pensados:

Art. 10. Fica criado o Programa Estadual de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde, a seguir denominado **PEPiSUS, como instrumento de incentivo** à produção, agregação e disseminação de conhecimento científico e tecnológico, à pesquisa em serviço e à geração de inovações em ambientes produtivos do setor da saúde.

Art. 11. O PEPiSUS apoiará projetos e atividades desenvolvidas no escopo da Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde previstas no âmbito do iNova-Saúde, por meio da **concessão de bolsas** das seguintes modalidades e respectivas atividades principais:

(...) III - Bolsa de Formação: vinculada a projetos que estimulem o desenvolvimento de habilidades e competências, sendo:

- a) Formação Técnica;
- b) Residências em Saúde;**
- c) Aperfeiçoamento;
- d) Pós-graduação; (...)

Parágrafo único. Os Programas e Projetos beneficiados com quaisquer modalidades de bolsa prevista no caput deste artigo deverão conter Plano de Trabalho, que contemplará os objetivos, metas, atividades, campo de prática, indicadores para monitoramento e cronograma de atividades.

(Espírito Santo, 2019a, grifo meu).

O Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, o Qualifica-APS, foi organizado para consolidar o primeiro grande eixo de trabalho do ICEPi. Instituído também em 2019, o Qualifica-APS tem atuado para qualificar e aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde, a APS, através do recrutamento, da formação, da remuneração e da supervisão de profissionais (Espírito Santo, 2019b).

O Qualifica-APS é, portanto, um macro-programa que prevê a cooperação técnica, financeira e/ou gerencial entre o Estado e os municípios capixabas, desenvolvido através de 3 (três) principais componentes estratégicos (Espírito Santo, 2023d):

- 1) o *Provimento*: provimento e fixação de profissionais para atuarem diretamente na APS, especialmente nas equipes de Saúde da Família;
- 2) as **Residências em Saúde**: formação de especialistas para o SUS através de residências médicas e multiprofissionais; e
- 3) o *Apoio Institucional*: estratégia de gestão para organizar e promover as Redes de Atenção e Vigilância em Saúde, as RAVS.

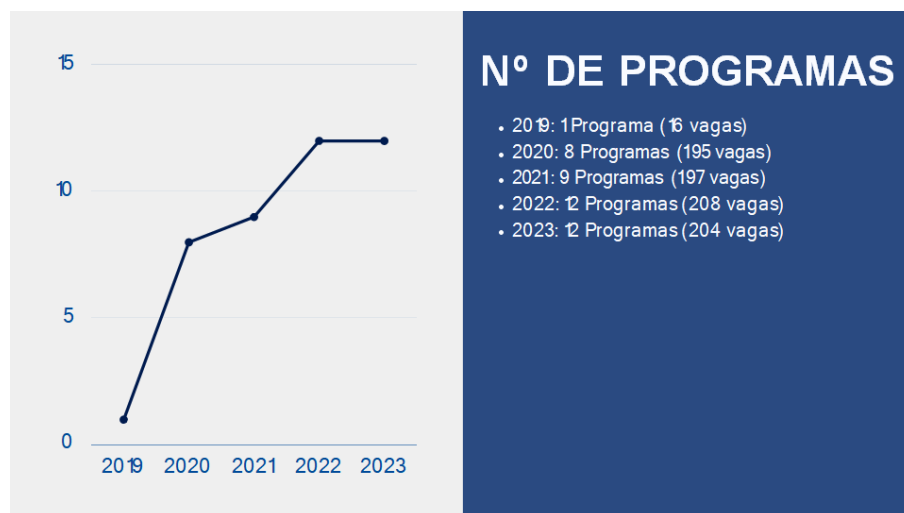
Para que as ações do Qualifica-APS pudessem ser cobertas, todas as unidades administrativas, diretas ou indiretas, da gestão estadual do SUS, foram reconhecidas como “*espaços de educação contextualizada*” e de “*desenvolvimento profissional*” (Espírito Santo, 2019c).

Ao correr os olhos sobre essa organização normativa pode-se ter a ideia de que os processos de criação do ICEPi se deram de forma alinhada e organizada. Enquanto profissional que, naquele 2019, saía quase que semanalmente de seu local de trabalho, no interior do Estado, para participar de grupos de discussão na sede administrativa da SESA, em Vitória-ES, posso dizer que é muito diferente viver essa história e poder recontá-la hoje, em que seus elementos já se encontram mais assentados.

O ICEPi se expandiu velozmente, quase que assustadoramente. A sala única no 1º andar da SESA, com um pequeno espaço para reuniões [que era disputado a laço], em menos de 2 (dois) anos se transformou num grande prédio, gerenciando mais de 1.600 (hum mil e seiscentos) profissionais espalhados pelos 78 (setenta e oito) municípios capixabas (Espírito Santo, 2023a).

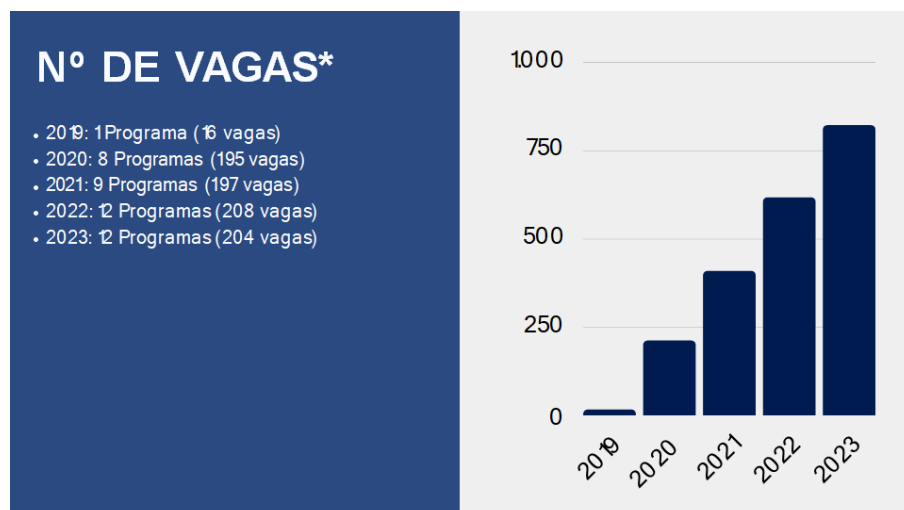
O salto dos programas de residência foi digno de medalha olímpica: de uma única residência médica para 12 (doze) novas formações, sendo 04 (quatro) delas multiprofissionais. De pouco mais de uma dúzia, para 70 (setenta) dezenas de profissionais residentes em campo – e tudo isso em menos de 04 (quatro) anos:

Figura 3. Programas de Residência em Saúde do ICEPi/SESA-ES entre os anos de 2019 a 2023.



(FONTE: MARIANO, 2023, frame 14)

Figura 4. Vagas para residentes nos Programas de Residência em Saúde do ICEPi/SESA-ES entre os anos de 2019 a 2023.



(FONTE: MARIANO, 2023, frame 15)

Com certeza esse “*crescer tanto em tão pouco tempo*” teve custos: políticos, financeiros, sociais, culturais e humanos. Mais do que isso: uma fama cada vez mais disseminada no imaginário coletivo de que “as coisas” no ICEPi são *desorganizadas, atropeladas, excessivas* [e, por vezes,] *impositivas*.

As constantes intempestividade das muitas ações e decisões, as falhas nos processos de comunicação, as mudanças de atividades previamente planejadas e em pleno decurso, foram algumas das marcas “consagradas” pelo ICEPi - e que novamente nos remetem à *Guernica*. *Mas o que tomei por base para proferir tão chocante afirmação?*

Muito do que se permeia no imaginário coletivo não é captado nas pesquisas científicas. O que acontece nas conversas de corredor, nos bastidores, no cotidiano dos cenários de prática, os muitos registros nos relatórios de atividades de profissionais bolsistas e nos portfólios reflexivos dos/as residentes, nem sempre chegam aos espaços da pesquisa acadêmica. Por isso que, mesmo de modo gotejado e simplificado, eu quis trazê-los aqui...

Mas, as ideias de caos, dor e sofrimento de *Guernica* também podem representar outra parte do cenário de criação do ICEPi: a pandemia da COVID-19. Se à época questionávamos como sustentaríamos a vida, imagino as indagações sobre como tentar manter de pé [e em franca expansão] uma recém-criada escola de governo e incubadora tecnológica.

Parte dessas inquietações, incertezas, desafios, dificuldades, avanços e potencialidades foi registrada pelo ICEPi em publicação recente. E é com um dos esperanças trazidos nesse livro, que encerro a apresentação deste meu querido companheiro de viagem:

(...) mesmo em um cenário com dificuldades e estrangulamento das políticas sociais e de Pandemia, [as vivências aqui relatadas] nos faz acreditar nas possibilidades e constrói tessitura para novos tempos na política de saúde e em nosso País (Rocha *et al.*, 2022, p. 12).

4.1.2 O Programa Multi de Saúde Mental

Quando penso no PRM-SM, o que de imediato me vem à memória é uma literatura infantil, também antiga, que tem sido eternizada ao longo das décadas. Falo de *O Pequeno Príncipe* [*Le Petit Prince*], obra escrita em 1943 pelo aviador francês Antoine de Saint-Exupéry, quando este se encontrava exilado nos Estados Unidos, devido à II Guerra Mundial.

Na descrição de vendas do grande atacadista virtual Amazon®, *O Pequeno Príncipe* é “o livro mais traduzido da história, depois do Alcorão e da Bíblia Sagrada”. Para mim, esse livreto, que tem até miúdas versões de bolso, demonstra sua potência atemporal por falar do poder das amizades, dos propósitos da vida e dos caminhos que escolhemos durante a nossa breve passagem por este mundo.

Figura 5. Capa do livro "O Pequeno Príncipe", impressa em 2008.



(Fonte: Acervo Pessoal)

Acho que *O Pequeno Príncipe* diz muito mais da minha relação com o PRM-SM do que do próprio Programa... *Por que eu fui parar no Grupo de Trabalho que pensou o PRM-SM? Eu não era especialista em Saúde Mental, eu não tinha Mestrado e eu*

sequer tinha experiência na Atenção Psicossocial... Como e porque cheguei até lá – e permaneci?

Eu tinha pedido transferência há menos de 1 (um) ano para o hospital psiquiátrico em que trabalho. E não o fiz por desejar atuar na área, mas por uma necessidade pessoal, devido à interdição total da estrada em que eu transitava até chegar ao outro hospital, àquele que eu havia, de fato, escolhido trabalhar quando ingressei na SESA.

Realmente não consigo compreender os motivos que me levaram até o coletivo do Grupo de Trabalho (GT) do PRM-SM se não for pelas forças do destino, ou melhor, pelas direções do Divino.

A gestão do hospital psiquiátrico me fez a proposta, e a equipe com a qual eu trabalhava referendou minha representação. E lá fui eu, acompanhada da Rachel Bicalho, que também estava recém-chegada no hospital, e aquela que futuramente seria uma grande amiga e parceira do trabalho e da vida.

Estar no GT do PRM-SM me aproximou em muito dos princípios basilares do SUS, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Atenção Psicossocial. Me debrucei a consumir [quase que num frenesi] uma série de textos, artigos, livros e filmes, dos quais nunca tinham me interessado. Estava eu como o príncipezinho, “*visitando os asteroides para se instruir*”.

Eu temia por demais a Saúde Mental. Já convivía com muitos familiares em sofrimento e grave adoecimento psíquico. Eu não queria que meu trabalho fosse uma extensão do que eu vivia “em casa”. E, assim como o príncipe pequenino, eu tentei me aproveitar de uma “*migração de pássaros selvagens*” para fugir. Mas não pude controlar, e logo estava eu de volta ali, naquele universo que eu insistia em acreditar que não me pertencia.

De fato há uma força desbravadora em mim, algo muito característico da minha personalidade, que me ajudou bastante neste processo. Assim como o príncipezinho, propus a mim mesma a aprender em cada lugar, com cada ser, com cada palavra, com cada gesto – fossem eles bons ou não tão bons assim.

E ainda tive que me embrenhar por outro terreno movediço, sob o qual eu também não havia pensado em pisar: o terreno do Serviço Social na Saúde Mental.

Sempre procurei compreender as especificidades da minha profissão em todas as políticas públicas e serviços nos/pelos quais trabalhei. Mas aquele espaço era diferente: eu precisava pensar e organizar o perfil de competência desejado para o/a assistente social especialista em Saúde Mental do ICEPi, e deveria fazê-lo em pouquíssimo tempo.

Me indicaram alguns possíveis apoiadores, porém, uns não me abriram as portas, e outros, as fecharam antes mesmo que eu pudesse me apresentar. Entendi pouco daquele mundo; eu não tinha condições de continuar; eu pensei em desistir.

Mas, ainda bem que temos amigos! Me de alguns bons, que havia feito em outros momentos, por outros caminhos. Os chamei [ou talvez, clamei] e fui prontamente atendida. Pude, enfim, com eles/as partilhar.

Após rascunhos, ligações telefônicas e chamadas de vídeo, após choro, desespero e algumas boas risadas, consegui finalmente concluir o prospecto com os desempenhos esperados para o Serviço Social, que foram integrados ao Perfil de Competência do PRM-SM e seguem em uso até os dias de hoje.

Dali por diante, foram muitos outros espaços, muitas outras experiências com o PRM-SM...

Participei de formações docentes no ICEPi [e fora deste]; segui integrada aos espaços de planejamento do PRM-SM [onde estou até hoje]; participei de mesas de negociação com gestores [nos serviços da SESA e do município de Cachoeiro de Itapemirim]; atuei como apoiadora na facilitação de pequenos grupos de tutoria e na preceptoria do meu cenários de prática.

Enfim, foram diversos momentos, funções, doações e emoções. Foram e ainda são. Como disse a raposa ao *Pequeno Príncipe*: “*Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas. Tu és responsável pela tua rosa...*”. É assim que eu me sinto em relação ao PRM-SM: eternamente grata e responsável por ele.

Ditas estas tantas coisas sobre mim, vou agora dizer sobre ele, o protagonista da vez, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi.

O PRM-SM segue com a mesma coordenação desde o GT de 2019. A presença da terapeuta ocupacional Daniele Calente Stange enraizou no programa a essência da força feminina, a beleza da arte e do lírico nos processos de ensino e aprendizagem, e a importância de mantermos vivos [e quentes] os espaços coletivos de luta e resistência pelo SUS e pela Saúde Mental.

Conforme pensado naquele 2019, o PRM-SM mantém-se em 4 (quatro) municípios capixabas, três na região metropolitana, Cariacica, Vitória e Vila Velha, e um na região sul do Estado, em Cachoeiro de Itapemirim.

Em 2020 e 2021 foram ofertadas 20 (vinte) vagas anuais de ingresso, sendo 5 (cinco) para cada município, 01 (uma) em cada categoria profissional: Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. A partir de 2022, Cariacica conseguiu ampliação de suas vagas, passando a ofertar uma vaga a mais em cada profissão.

Em nenhuma das quatro edições – 2020, 2021, 2022 e 2023 – conseguiu-se completar o total das vagas ofertadas para o Programa. Até ano passado, os processos de seleção dos alunos eram realizados pelo próprio ICEPi e, por vezes, com parcerias institucionais externas.

Neste ciclo de 2023, com a adesão do ICEPi ao Exame Nacional de Residências, o ENARE [que é gerenciado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSEH, e pelo MEC], foi possível chegar mais perto das 25 (vinte e cinco) vagas disponibilizadas, totalizando 19 (dezenove) profissionais residentes matriculados.

Assim como as demais residências do ICEPi, o PRM-SM intencionaliza desenvolver competência para 04 (quatro) grandes áreas do trabalho em saúde: o cuidado (individual e coletivo), a gestão (do cuidado e do trabalho em saúde), a investigação e a educação.

Entendendo a educação [em e na saúde] como eixo transversal, as atividades do programa têm sido organizadas também em 04 (quatro) Unidades Educacionais, as UE, que se repetem nos dois anos da formação (Espírito Santo, 2021):

- **Unidade Educacional de Cuidado à Saúde dos Indivíduos, UECSI:** contempla atividades teóricas e teórico-práticas sobre o cuidado e a clínica em Saúde Mental.

Subdivide-se em **Tutoria de Campo**, com encontros semanais de pequenos grupos, integrando residentes de todas as categorias profissionais do programa; e **Tutoria de Núcleo**, com encontros mensais em pequenos grupos, porém, contemplando apenas profissionais de uma mesma categoria, tanto do PRM-SM, quanto de outros programas de residência do ICEPi;

- **Unidade Educacional de Gestão e Cuidados Coletivos, UEGCC:** contempla atividades teóricas e teórico-práticas sobre a gestão do cuidado e a gestão do trabalho em Saúde e em Saúde Mental.

Nesta unidade os residentes elaboram um Projeto de Intervenção [Projeto Aplicativo] a partir do referencial teórico do Planejamento Estratégico Situacional, de Carlos Matus.

A operacionalização do projeto acontece nas unidades básicas de saúde, juntamente com residentes de outros programas do ICEPi. Os encontros de tutoria também são em pequenos grupos, com periodicidade quinzenal no primeiro ano (R1) e mensal no segundo ano (R2).

- **Unidade Educacional de Investigação em Saúde, UEIS:** contempla atividades teóricas e teórico-práticas de pesquisa aplicada em Saúde e em Saúde Mental.

Os encontros de tutoria ocorrem em grupos de até 05 (cinco) participantes, com periodicidade mensal no primeiro ano (R1) e quinzenal no segundo ano (R2), integrando preferencialmente residentes de um mesmo programa.

Tem por objetivo a construção do Trabalho de Conclusão de Residência, o TCR, que até podem ser desenvolvidos individualmente, mas a diretiva principal é de produções coletivas.

- **Unidade Educacional de Prática Profissional, UEPP:** contempla todas as atividades práticas do programa.

É dividida em 04 principais contextos: saúde mental da pessoa adulta, saúde mental na infância e adolescência, saúde mental para usuários de álcool e outras drogas e internação hospitalar especializada.

Os rodízios se alternam a cada 6 (seis) meses e contemplam duplas ou trios de residentes, chegando a quantidades maiores nos cenários hospitalares. As unidades básicas de saúde também são cenários do estágio prático, porém, durante toda a residência (R1 e R2).

Figura 6. Distribuição das Unidades Educacionais do PRM-SM/ICEPi por Carga Horária, Metodologias de Ensino e Estratégias de Aprendizagem para a turma 2021-2023, no primeiro ano da residência (R1)

Quadro 17: Unidades Educacionais R1.

Unidade Educacional	CH	Metodologia	Estratégias
UE de Prática Profissional em Saúde Mental I - UEPP	2304	Aprendizagem Baseada na Prática	Estágio supervisionado
UE de Cuidado à Saúde dos Indivíduos I - UECS	288	Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP	Simulação da prática (atores, laboratórios de simulação) Situações da prática: situações-problema, história clínica, narrativas TBL
UE de Gestão em Saúde e Cuidado Coletivo I - UEGSC	196	Planejamento estratégico situacional - PES	Oficina de Trabalho Seminários TBL Cine-viagem
UE de Investigação em Saúde I - UEIS	92	Aprendizagem Baseada em Projeto (ABPj)	Construção do Projeto de Pesquisa
Total R1	2880		

(Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2021, p. 29)

Figura 7. Distribuição das Unidades Educacionais do PRM-SM/ICEPi por Carga Horária, Metodologias de Ensino e Estratégias de Aprendizagem para a turma 2021-2023, no segundo ano da residência (R2)

Quadro 18: Unidades Educacionais R2.

Unidade Educacional	CH	Metodologia	Estratégias
UE de Prática Profissional em Saúde Mental II - UEPP	2304	Aprendizagem Baseada na Prática	Estágio supervisionado
UE de Cuidado à Saúde dos Indivíduos II - UECS	288	Aprendizagem Baseada em Problemas - ABP	Simulação da prática (atores, laboratórios de simulação) Situações da prática: situações-problema, história clínica, narrativas TBL
UE de Gestão em Saúde e Cuidado Coletivo II - UEGSC	92	Planejamento estratégico situacional - PES	Oficina de Trabalho Seminários TBL Cine-viagem
UE de Investigação em Saúde II - UEIS	196	Aprendizagem Baseada em Projeto (ABPj)	Construção do Projeto de Pesquisa
Total R2	2880		

(Fonte: Espírito Santo, 2021, p. 29)

Os cadernos específicos para cada Unidade Educacional do Programa não foram apresentados para a turma de 2021-2023. Alguns ainda seguem em construção (UECSI e UEPP), enquanto outros já foram finalizados (UEGCC e UEIS). O Caderno do Residente também sofreu alterações nesse período; por isso, optei utilizar somente as publicações que estiveram disponíveis para a Turma 2021-2023.

Bem, acredito que posso encerrar por aqui a apresentação de mais este meu companheiro de viagem por aqui. Ainda há muitos detalhes conservados na minha memória; mas entendo que essa é a parte que cabe no recorte dessa minha história.

4.1.3 Residentes da Turma 2021-2023

Por pouco achei que não conseguiria manter a estética lúdica e literária da minha narrativa para a apresentação desta última – e protagonista – companhia de viagem: *os/as profissionais residentes do PRM-SM*. Pensei em fazer referência a algum desenho, filme ou musical; também pensei em livros, poesias e romances. Mas, o que me restou, foi apenas um pequeno poema autoral:

Encontros

Encontrar é ver-se frente a frente com

É deparar-se

É achar [e também ser achado]

É conhecer, é descobrir, é revelar.

Encontrar é aceitar

É acolher

É abraçar

Mas também é refletir

É intervir

É descontinuar.

Encontrar é adotar

É receber

É (com)partilhar.

É acreditar, é permitir e vislumbrar.

É reconhecer

Que apesar dos desencantos e desencontros

A vida sempre tem

Muito mais a dar.

Taismane Clarice

04.05.2022

Há muito, Vinícius de Moraes afirmava a vida como “a arte do encontro”; eu, porém, acrescento: a arte dos muitos encontros! Encontros podem ser bons, efêmeros ou inoportunos. Também podem ser desafiadores, leves e atemorizantes. Mas independentemente do adjetivo que utilizamos para defini-los, os encontros sempre

serão únicos. E com os profissionais residentes da Turma 2021-2023 não foi diferente disso!

Esta é a Turma 2 do PRM-SM. Suas atividades foram iniciadas na primeira semana de março de 2021, quando o Espírito Santo vivia o auge das mortes pela COVID-19, e eu acabava de perder uma pessoa muito próxima, da minha família, para esta terrível Pandemia.

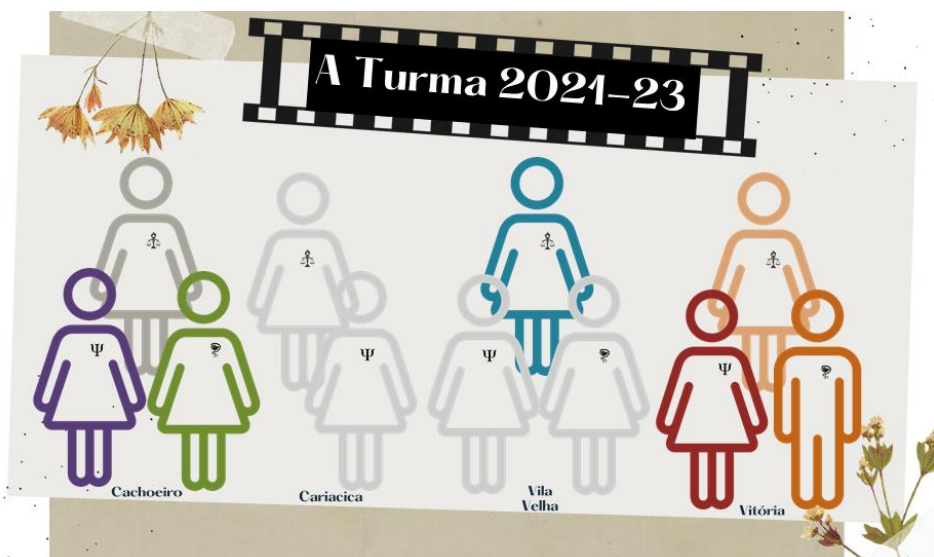
A turma, composta por 10 (dez) mulheres e 01 (um) homem, manteve essa mesma configuração até o final da especialização, sem desistências ou afastamentos prolongados. Fiz duas alegorias para apresentá-los; ambas considerando o município de atuação e a categoria profissional. Primeiro organizei uma tabela, cumprindo o tradicional; depois utilizei recursos de design gráfico, dando espaço para o eventual:

Tabela 1. Distribuição dos profissionais residentes da Turma 2 do PRM-SM/ICEPi, por categoria profissional e município

PROFISSIONAIS	MUNICÍPIO DE INSERÇÃO			
	Cachoeiro de Itapemirim	Cariacica	Vila Velha	Vitória
ASSISTENTE SOCIAL	01	01	01	01
FARMACÊUTICA/O	01	-	01	01
PSICÓLOGA	01	01	01	02

(Fonte: a autora)

Figura 8. Distribuição dos profissionais residentes da Turma 2 do PRM-SM/ICEPi, por categoria profissional e município



(Fonte: a autora)

Provavelmente o/a leitor/a deve estar se perguntando a respeito das diferentes cores. Peço que aguarde só um pouco mais até que eu possa revelar meus motivos.

Na primeira semana de janeiro/2023, todos os residentes do PRM-SM foram convidados a participar dessa minha pesquisa - por e-mail e por divulgação em rede social (whatsapp). Porém, vários deles estavam de férias e, a maioria, em finalização dos produtos da Residência [Relatório Final do Projeto Aplicativo e TCR].

Dois meses se passaram e eu não havia recebido resposta alguma. Como os residentes encerraram a especialização em 28/02/2023, resolvi fazer uma nova chamada, por rede social (whatsapp) no início de março/2023, com a expectativa de que estariam mais disponíveis para participação. Porém, tive pouco retorno.

A opção foi, então, emitir um terceiro convite, já no final daquele mês. O recurso novamente foi a rede social. Assim, o formulário eletrônico esteve disponível aos profissionais residentes até a última semana de abril/2023, quando encerrei, de fato, o meu período da coleta de dados. Dos 11 (onze) residentes da Turma 2 do PRM-SM, 7 (sete) responderam à pesquisa. Nessa etapa, porém, aconteceram duas situações que considerei como incidentes críticos. Vejamos:

Na primeira resposta que recebi, o campo destinado à narrativa foi preenchido com apenas uma frase, ou melhor, com uma oração de menos de 10 (dez) palavras. A profissional residente havia assentido ao TCLE e respondido ao questionário para o levantamento do perfil profissional, mas o preenchimento do principal dispositivo da pesquisa fugia totalmente ao que havia sido indicado!

O que fazer, então? Seria um erro no formulário? Seria uma “pane” ou uma instabilidade no sinal da internet no momento do envio? Será que a profissional residente fazia ideia de que isso havia acontecido? Ou será que por algum outro motivo ela optou em não seguir com a construção de sua resposta?

Um milhão de possibilidades passou pela minha cabeça. Não sabia se deveria fazer contato ou não com a profissional, afinal, a resposta dela foi efetuada [e recebida] dentro dos trâmites propostos para a coleta de dados. *Em termos éticos, qual seria o caminho?*

Depois de fervilhar em muitos questionamentos, optei por prosseguir como estava, e aguardar se a residente faria contato, ou se haveria algo semelhante com as demais respostas. Mas nada disso aconteceu e eu permaneci sem compreender o ocorrido ou sem intervir sobre ele.

Semanas depois, em meados do mês de abril/2023, recebi uma narrativa por e-mail. Estranhei o feito, até porque esse caminho não havia sido o indicado no convite da pesquisa! Fui verificar as respostas no formulário eletrônico e, para a minha surpresa, descobri que essa profissional residente não havia utilizado o instrumental.

Apesar de ter enviado o elemento-chave da coleta de dados, ela não havia assentido ao TCLE, e nem respondido às questões para levantamento do perfil profissional. Isso me fez arder num dilema ético: *o que eu deveria fazer, então, com aquela narrativa recebida por e-mail?*

Eu deveria retornar o contato e ratificar à residente o “caminho correto”? Ou deveria ignorar o fato e usar a narrativa assim mesmo? Isso não seria legal... Acho que seria mais fácil somente avisá-la por rede social, para que pelo menos ela assentisse ao TCLE e respondesse às questões do perfil, uma vez que a narrativa já estava e minhas mãos...

Diferentemente da outra profissional, esta eu conhecia de antes do PRM-SM; sabia onde poderia encontrá-la e como poderia acioná-la. Quando finalmente decidi que o melhor caminho seria respondê-la por e-mail, indicando que ela utilizasse o formulário eletrônico, percebi que o prazo que eu mesma havia estabelecido para a coleta de dados estava encerrado. Como dizia Drummond, “e agora, José?”.

Eu poderia ter ignorado o fato, sinalizado por e-mail, reaberto o formulário e estabelecido um novo prazo para resposta. Ninguém saberia se eu assim o fizesse. Mas, por algum motivo, não consegui mudar as regras do jogo. Para alguns, isso pode soar como inflexibilidade; para mim, foi uma resposta em integridade.

Pode parecer simples e bobo, mas essas questões me trouxeram um estremecimento. O tempo todo eu buscava uma pesquisa em que eu, a pesquisadora, não só me entendesse como parte do estudo, mas que eu pudesse

agir como tal. Porém, me vi impelida pelos convencionados éticos de que toda pesquisa “tem seus limites”.

Mas que limitador é esse que me paralisou em algo relativamente simples, como avisar um dos sujeitos da pesquisa, que não me era desconhecido, com quem eu já possuía algum vínculo, de que a participação dele não estava atendendo à proposta?

Ao mesmo tempo, eu também me questionava se não estava querendo ser uma “controladora de destinos”, tentando exigir que tudo seguisse em “plena ordem”, conforme eu havia previamente programado...

Alguns vão dizer que isso decorreu pela minha falta de experiência e expertise em pesquisa. Outros vão se perguntar onde estava minha orientadora nessa altura do campeonato. Para esses últimos, eu já aviso e comunico: ela estava bem aqui, me conferindo *holding* e *containing*³, para que eu mesma pudesse assentar minhas reflexões e gerenciar minhas decisões.

Achei importante trazer isso aqui porque dificilmente encontramos registros desses tipos de dilemas éticos [aparentemente simples] nas publicações das pesquisas científicas. Geralmente nos é exigida tanta objetividade, que poucos são os espaços em que possamos nos ancorar para tais discussões. Ainda bem que tive essa oportunidade por aqui.

Enfim, voltemos à questão das cores. Depois desse tanto de ponderações, eu estava com sete respostas em mãos. Num reflexo bem cartesiano, minha primeira ação foi numerá-las de 1 (um) a 7 (sete), em ordem sequenciada. Eu entendi que

³ Ao discutirem sobre os “Desafios do Cuidado e da Formação em Saúde”, Sá (et al., 2019) retomam outros autores para indicar algumas funções essenciais àqueles considerados “agentes do cuidado”- pessoas com presença implicada e comprometidas para com o desenvolvimento do outro. São características observadas nos pais, professores, amigos, profissionais de saúde, e outros, no exercício de sua “ação cuidadora” ao longo da vida. Dentre essas funções, duas aparecem em destaque: a de **holding** (sustentação e contenção; “segurar a barra”); e a de **containing** (continência). A **função de holding** nos garante a continuidade, as referências simbólicas; nos dá condição de que sejamos reconhecidos como parte de um determinado coletivo, ao mesmo tempo em que nos possibilita reconhecer nossas próprias singularidades, identificando aquilo que nos diferencia uns dos outros e que nos garante um lugar [único] no mundo. Já a **função de containing** se refere às condições para “crescer”, para transformar afetos, sensações e vivências, geralmente fragmentadas e não articuladas, em experiências de integração, que são a base para a constituição da nossa subjetividade.

todos os envios deveriam ocupar um espaço na cena desta minha pesquisa, mesmo que a primeira resposta não fosse bem uma narrativa, e que a sexta narrativa não pudesse ser utilizada como resposta, pela ausência do consentimento ético.

Quando me debrucei para ler exaustivamente cada uma das linhas dos profissionais residentes, comecei a me sentir muito incomodada por atribuir-lhes apenas um indicativo numérico. Eu não estava falando de objetos, de coisas, de seres inanimados. Eram [e são] pessoas, seres únicos, dotados de saberes e querereres, de diferentes identidades, propósitos e significância.

Foi, então, que decidi apresentar cada profissional residente de uma forma mais “orgânica” e “simbólica”. E como gosto do lúdico, parti das minhas percepções sobre cada um/a deles/as para relacioná-los a algum elemento da/na Natureza. Assim, defini seus codinomes e acrescentei-lhes uma indicação em cores, formando um lindo e singelo *jardim à beira do mar*.

RESIDENTE 1 [Narrativa 1] – Onda do Mar

Gênero feminino, cor branca, 28 anos, solteira, assistente social, graduada em 2019, com experiência anterior de formação no/para o SUS (residência multiprofissional em outro Estado) e com experiência anterior de trabalho no SUS (atuação em hospital de reabilitação, no mesmo Estado da residência já cursada).

RESIDENTE 2 [Narrativa 2] – Beija-Flor

Gênero masculino, cor branca, 27 anos, solteiro, farmacêutico, graduado em 2020, sem experiência formativa para o trabalho no SUS e com experiência anterior de trabalho na profissão, porém, no setor privado.

RESIDENTE 3 [Narrativa 3] – Borboleta

Gênero feminino, cor parda, 23 anos, solteira, assistente social, graduada em 2020, com experiência anterior de formação para o SUS (PET Saúde Interprofissionalidade), mas sem experiência de trabalho anterior.

RESIDENTE 4 [Narrativa 4] – Campo de Lavanda

Gênero feminino, cor parda, 28 anos, casada, psicóloga, graduada em 2019, sem formação para o trabalho no SUS e com experiência anterior de trabalho, porém, não foi nem na profissão, e nem no SUS.

RESIDENTE 5 [Narrativa 5] – Cerejeira

Gênero feminino, cor branca, 33 anos, casada, psicóloga, graduada em 2021, sem formação para o trabalho no SUS e sem experiência anterior de trabalho.

RESIDENTE 7 [Narrativa 7] – Meu Limão, Meu Limoeiro

Gênero feminino, cor preta, 26 anos, solteira, farmacêutica, graduada em 2021, sem formação para o trabalho no SUS e sem experiência anterior de trabalho.

Para identificar os profissionais residentes que não participaram da pesquisa, optei por utilizar a cor cinza. Na minha imaginação, o tom de cinza é uma incógnita, ou melhor, uma cor de transição. Deixa eu explicar melhor:

Apesar de eu conhecer praticamente nada de colorimetria, sei que o cinza pode ser obtido não somente da combinação entre o preto e o branco, mas de misturas entre vermelho e verde, amarelo e roxo, azul e laranja, vermelho, amarelo e azul... Em outras palavras, nem tudo o que parece cinza é cinza [preto com branco], pois há muitas cores que podem estar escondidas ali, no todo cinzento.

Quando decidi pelo cinza também me lembrei do curta de animação “*Alike*” (2015), que conheci numa das minhas primeiras formações junto ao ICEPi e que também tive oportunidade de apresentar à Turma 2 do PRM-SM numa das tutorias. Em “*Alike*”, o tom cinza é utilizado numa referência à intoxicação pela dureza de certas rotinas, que furtam de nós muito da nossa capacidade criativa, das asas da nossa imaginação e da singeleza dos nossos afetos.

Mas minha referência ao curta-metragem foi justamente no ponto de que alguém “cinza” pode vir a desvelar suas lindas cores, principalmente quando se abre ao outro, para ver com o outro, para sentir com o outro, para (com)partilhar a vida com o outro.

E é exatamente sob este ângulo que vejo os profissionais residentes que não participaram dessa minha pesquisa: pessoas que hoje estão em “cinza”, mas que podem, um dia, revelar a beleza de suas lindas cores em algum outro jardim da vida.

Assim, utilizei o cinza em **tonalidade mais clara** para os profissionais residentes que não se aproximaram em nenhum momento do meu estudo, e a **tonalidade mais escura** para aquela que enviou a 6ª (sexta) narrativa reflexiva. Essa residente esteve quase lá: iniciou aquecimento e quase entrou na partida, mas não conseguiu figurar em campo, tendo que permanecer no banco de reservas.

Enfim, caso o leitor/a se sinta instigado a conhecer um pouco mais sobre cada um/a dos/as profissionais residentes, meu convite é que deem um pulinho até o final dessa minha narrativa, no item **COMPLEMENTOS, b) De Outrem**, para desfrutarem de cada uma dessas 7 (sete) maravilhas, digo, dessas sete narrativas, em seu inteiro teor.

4.2 Fotografias do Destino

Fotografar destinos de viagem se tornou algo bastante costumeiro, seja pela facilidade alcançada através dos nossos inseparáveis *smartphones*, seja pela exposição venerada dos prazeres da vida, atualmente nutrida e convocada no ambiente virtual das famosas redes sociais.

Para muitos, a inserção [e a popularização] da fotografia no cotidiano decorreu de modo gradativo, num processo relativamente tranquilo, cadenciado ao avançar da tecnologia nesse nosso espaço-tempo. Para mim, no entanto, essa história teve um outro desenrolar, um enredo um tanto quanto diferente. Deixa eu tentar explicar:

Quando eu ainda era criança, me percebi desenvolvendo uma relação dolorosa com a fotografia. As lágrimas e o choro me eram certos quando eu percorria as páginas dos antigos álbuns de família! Eu chorava porque minha vida estava passando rápido demais... Eu me emocionava porque as vulnerabilidades do meu lar eram expostas em várias daquelas figuras.

Com o passar dos anos, fui deixando de me reconhecer na maioria das fotos. Não pelos quilos a mais ou a menos, ou pelos cabelos ora mais claros ora um pouco mais escuros. O sentimento que me invadia era de que aquela *menininha de bochechas redondas e cabelinho dourado* precisava ser superada [e deixada para trás] para dar lugar a um *Eu* muito mais forte, robusto e maduro.

Só que eu não queria me perder daquela *menininha*! E como eu não sabia o que fazer, acabei abandonando quase que de vez as fotografias. Isso me fez aflorar um sentimento de completa indiferença para com os registros fotográficos, que foi sendo

frequentemente reforçado e autojustificado pela afirmativa de que “*o mais importante da vida é aproveitar o momento*”.

Essa percepção equivocada me fez deixar de armazenar e de emoldurar muitos dos momentos alegres, divertidos, engraçados, emocionantes e revigorantes da minha história. Passei a delegar o ofício da lembrança unicamente a minha memória, confiando e acreditando que isso seria o mais acertado a se fazer.

Essa minha decisão foi um deveras negligente - e um tanto egoísta. Afinal, as fotografias não são apenas para nós: elas servirão principalmente àqueles/as que virão depois de nós. Isso porque, ao revelarem o passado, os registros fotográficos também nos projetam para o futuro, conservando memórias, resgatando legados e inspirando muitas outras novas histórias.

Hoje não tenho dúvidas de que a *menininha de bochechas redondas e cabelinho dourado* sempre esteve e estará por aqui, em mim e comigo. E é justamente a capacidade imaginativa plantada naquela menininha que agora cresce e floresce em mim, conferindo a possibilidade de eu fotografar o destino dessa minha pesquisa num ato puramente simbólico, numa transferência completamente metafórica.

Sigamos, então, para conhecer esse meu mais novo intento!

4.2.1 Imagens do “*Eu*”

A fotografia é uma obra imagética; e como toda produção artística, requer uma série de ferramentas e técnicas para ser executada. Um instrumento fundamental para sua fabricação é a câmera. A configuração de seu sistema e a resolução de suas lentes são capazes de ampliar [ou de reduzir] o foco da imagem, dando contornos diferenciados para uma mesma cena.

Outro ponto importante é a organização e a iluminação do cenário. A disposição dos elementos e a incidência [ou não] de luz sobre eles contribuem para revelar contrastes ou apurar a nitidez, criando diversos ângulos de percepção da fotografia.

Mas o que mais me impressiona nesse ofício são a posição e o olhar do fotógrafo. Não digo apenas da conjugação postural e da visão enquanto ações organicamente executadas pelo corpo. O que quero destacar aqui é a projeção visual nascida no nosso posicionamento mais interior, cujo ponto de inflexão transcende o corpo, perpassa a alma e penetra no espírito.

É a partir da profundidade do espírito que conseguimos emanar aquilo que nos é mais puro e valioso. E ao transportá-lo para fora do corpo, em direção ao outro e ao todo, [con]figuramos o nosso *eu-no-mundo*⁴. Essa é uma ação criativa, contributiva e transformadora, tanto para o si, como para o nós.

O que estou tentando dizer converge com as preocupações filosóficas que há muito Mário de Andrade dissertara. Em “*O Artista e o Artesão*” (1938), o poeta reforçou a ideia de que toda arte demanda uma atitude estética, um compromisso ético [e político] por parte do criador, que é revelado através do [bem] social, coletivo e humano de sua obra.

Clareada a partir dessas perspectivas, passei a me indagar sobre qual seria o meu posicionamento ético, estético e político para a captura das minhas primeiras imagens. Sendo o meu narrar produto de vivências e experiências numa residência multiprofissional do/no/para o SUS, escolhi por concatenar minhas ideias a partir do entendimento que alcancei a respeito dessa modalidade formativa.

Se eu tivesse a liberdade de definir o termo “*residência multiprofissional no SUS*” eu diria algo mais ou menos assim: *Trata-se de um **processo educativo** em que o aprendizado é proporcionado a partir das nuances do **real do trabalho**, e cujos movimentos tentam recuperar o sentido original do **cuidado em saúde**, devolvendo à sociedade algo que é parte de sua própria transcendência: a vida humana, sua diversidade de relações e o ser-em-coletivo.*

Por mais que esse conceito possa soar deverasmente romantizado, eu muito me agrado por assim fazê-lo. Talvez essa seja a forma do meu esperar neste mundo, do meu agir prospectado e projetado em um SUS que não será, porque ele já o **é** [e precisa continuar sendo]; em uma democracia que não virá, porque ela **aqui**

⁴ A referência aqui é o conceito de “*ser no mundo*” de Martin Heidegger.

já está; e em uma sociedade que ainda tem muito a transmutar, mas que no **agora** já podemos então começar.

Semelhantemente a Voltaire em "*Zadig ou O Destino*" (1747), acredito que as sortes e os azares da vida não são coincidências ou ironias. Creio num caminho que é Divinamente arquitetado, previamente programado [para o bem comum], porém, muitas vezes reajustado, pois sua gestão depende de escolhas.

Sim, acredito que nossas escolhas, assim como as dos outros, reverberam em maior ou menor grau de intensidade na coletividade, pois não há humanidade sem que uma decisão pese sobre si, sobre o outro e sobre o todo.

Um ponto interessante sobre as minhas escolhas e o meu destino é justamente o meu ingresso nesse Mestrado. Nos primeiros anos após minha formação acadêmica, ensaiei participar de algumas seleções *stricto sensu*; porém, não segui adiante - por questões financeiras, por questões familiares, ou por aspectos de logística em relação aos meus locais de estudo, trabalho e moradia.

Já em 2019, 10 anos após minha colação de grau, fui sutilmente apresentada ao PPGGC pela professora Roseli Ferreira. À época, era humanamente impossível me candidatar nesse Mestrado. Se já me era difícil residir menos de 200km de onde eu vislumbrava estar anos atrás, imagina de me aventurar numa formação há quase 1.000km de distância da minha residência.

Quando o cenário pandêmico trouxe o PPGGC à minha porta [muito obrigada, Douglas Jacob, pelo compartilhamento daquele "zap"], eu não pude acreditar no que vi: o lugar no qual me era completamente improvável de estar foi disponibilizado aqui, dentro da minha própria casa!

Tive menos de uma semana para organizar toda a documentação e escritas para a seleção, e em 09/08/2021 iniciei a minha jornada na UFSCar. Mesmo sem nunca ter ido lá fisicamente, guardo a certeza de que consegui captar a essência dessa formação. Creio q esse meu estudo seja uma grande prova disso.

E o que tanto me deslumbrava [e ainda me deslumbra] em relação ao PPGGC é o fato dele ter tido o seu nascedouro numa residência multiprofissional do/no/para o

SUS. Esse Mestrado é a projeção de algo bastante semelhante com a formação que estávamos criando; sem dúvidas eu desejava muito beber dessa fonte, eu queria muito mergulhar nesse rio.

Uma coisa no Programa que me fez apreciá-lo ainda mais se refere à maneira com que o **ensino-serviço-comunidade** tem sido empregado. Essa tríade, que ancora a PNEPS e alicerça as residências na saúde pública, é aprofundada ainda mais ao se atribuir uma interconexão com os eixos da Gestão da Clínica⁵. Vejamos:

O Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) é um programa (...) voltado para profissionais que atuam na área da saúde ou áreas afins, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde, seja no cuidado, na gestão ou na educação em saúde. (...) a articulação entre teoria e prática é um dos eixos estruturantes da proposta educacional (...) busca estimular a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe, a postura ética, colaborativa e compromissada com as necessidades da sociedade (p.6).

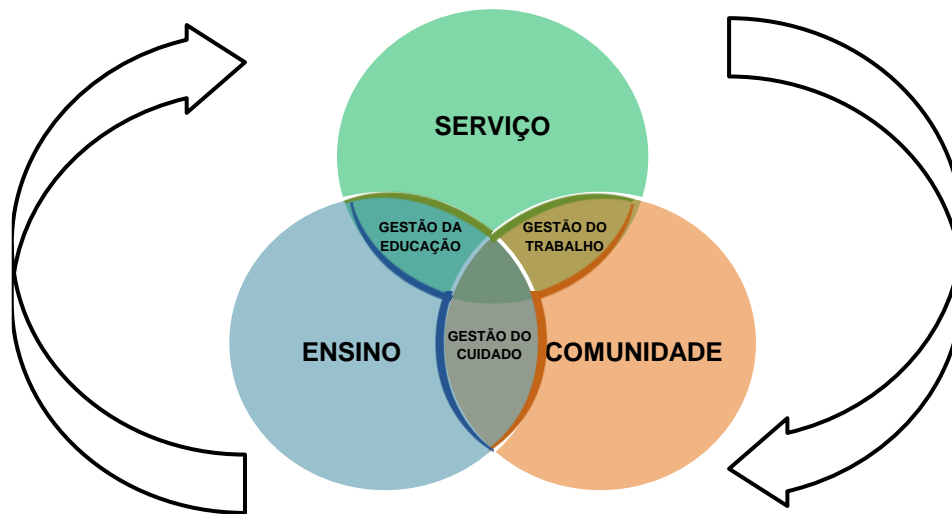
O PPGGC está organizado em uma linha de pesquisa (...) [que] possui três ênfases: (...) **Gestão do Cuidado** em Saúde (...) **Gestão do Trabalho** em Saúde (...) **Gestão da Educação** na Saúde (p. 20)

(Feliciano *et al.*, 2020, grifo meu)

Processo educativo, real do trabalho e cuidado em saúde... Ensino, serviço e comunidade... Gestão da Educação, Gestão do Trabalho e Gestão do Cuidado... Quantos trinômios, quantas perspectivas, quanta [co]incidência! Sei que ainda é extremamente simplório, mas tentei representar essas relações através de um pequeno fluxograma:

⁵ Conforme Padilha *et al.* (2018, p. 4250), “o termo *gestão da clínica* foi empregado por Mendes em 2001. Esse autor utilizou elementos da governança clínica e da atenção gerenciada, definindo-a como um conjunto de tecnologias de microgestão que, a partir de diretrizes clínicas visa prover: ‘uma atenção à saúde de qualidade; centrada nas pessoas; efetiva; estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos aos pacientes e profissionais; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de modo a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada.’” Porém, abordagem de gestão da clínica defendida por esses autores [e empregada no PPGGC] dá maior ênfase aos sujeitos envolvidos nas relações estabelecidas no cuidado integral à saúde e nos consequentes processos de aprendizagem, concebidos no trinômio atenção à saúde-gestão-educação. “Nesse sentido, gestores e profissionais de saúde deveriam construir objetivos comuns, para os quais compartilham conhecimento e esforço profissional e se implicam igualmente. Nesse contexto, a criticidade e o comprometimento são vetores na construção de um metaponto de vista. Assim, a gestão da clínica (...) tem como centralidade a produção de uma atenção integral à saúde, com qualidade e segurança, orientada às necessidades de saúde das pessoas e populações, por meio da transformação de práticas de atenção, gestão [do trabalho e do cuidado] e educação.” (idem, com acréscimos meus).

Figura 9. Fluxograma da relação entre a tríade da PNEPS e das Residências em Saúde, o ensino-serviço-comunidade, com o PPGGC



(Fonte: a autora)

Olhando para esse desenho, três binômios se mostram evidentes: *Educação-Ensino*, *Trabalho-Serviço* e *Cuidado-Comunidade*. Esses se tornaram os eixos sobre os quais posicionei o meu ponto interior de inflexão para [tentar] capturar as minhas tão desejadas fotografias.

Num primeiro momento, distribuí cada uma das seis narrativas validadas em cena e ajustei o foco da minha câmera em direção às unidades de sentido⁶ nelas contidas. Meu objetivo foi encontrar pequenos elementos nesses discursos que nutrissem alguma referência [direta ou indireta] com cada um dos três binômios.

⁶ A referência aqui é o início do processo de unitarização e definição das unidades de análise conforme descrito por Moraes (1999, p. 12): “Uma vez devidamente preparados, os dados serão submetidos ao processo de “unitarização”. Isso consiste no seguinte: 2.1 - Rerler cuidadosamente os materiais com a finalidade de definir a unidade de análise. Também denominada “unidade de registro” ou “unidade de significado”, a unidade de análise é o elemento unitário de conteúdo a ser submetido posteriormente à classificação. Toda categorização ou classificação necessita definir o elemento ou indivíduo unitário a ser classificado. (...) A natureza das unidades de análise necessita ser definida pelo pesquisador. As unidades podem ser tanto as palavras, frases, temas ou mesmo os documentos em sua forma integral. Deste modo para a definição das unidades de análise constituintes de um conjunto de dados brutos pode-se manter os documentos ou mensagens em sua forma íntegra ou pode-se dividi-los em unidades menores. A decisão sobre o que será a unidade é dependente da natureza do problema, dos objetivos da pesquisa e do tipo de materiais a serem analisados.”

Mesmo com a enormidade de recursos gráficos disponíveis nos dias de hoje, não consegui abrir mão dos tradicionalíssimos quadros, pois sua estruturação simples e objetiva me possibilitou, ao mesmo tempo, apresentar as singularidades de cada profissional residente e organizá-las na perspectiva do todo, destacando o coletivo. Portanto, sem mais delongas, eis aí minhas três primeiras imagens discursivas:

Quadro 1. Imagem Discursiva 1: Unidades Individuais de Sentido do Eixo Educação-Ensino, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023):

<u>EIXO EDUCAÇÃO-ENSINO</u>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
1	<i>Onda do Mar</i>	-
2	<i>Beija-flor</i>	“[meus] conhecimentos” “[aprender com] residentes de outras categorias profissionais” (a; b) “ser, ao mesmo tempo, o professor e o aluno” (a; b) “interface entre ensino e serviço” (a; b) “formação e qualificação de recursos humanos na prática” (a; b)
3	<i>Borboleta</i>	“graduação em Serviço Social” “aprofundar sobre as especificidades da saúde mental” “várias áreas do saber” (a; b) “processo formativo” “processo de ensino” “período formativo” “[aprendizado] com diversas profissões” (a; b) “[aprendizado] baseado em trocas de experiências” (a; b) “aprendizado baseado na prática” (a; b) “aprendizado (...) de forma (...) colaborativa” (a; b) “pensamento em conjunto” (a; b) “conceito de interprofissionalidade”
4	<i>Campo de Lavanda</i>	“processo de formação” “espaço de troca e conhecimento entre os profissionais” (a; b) “estudo em equipe” (a; b) “formação teórica através das tutorias” (b) “base teórica e científica para (...) atuação” (a; b) “Política de Educação Permanente em Saúde no SUS” (a)
5	<i>Cerejeira</i>	“meu saber” “processo de formação” “formação em saúde” (a; b) “questões formativas”
7	<i>Meu Limão, Meu Limoeiro</i>	“graduação” “minha formação” “formação do (...) trio furacão” [residentes de Cachoeiro] (b; c; d)

<u>EIXO EDUCAÇÃO-ENSINO</u>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
		“refletir sobre como estamos trabalhando” (a; b) “sentido de multi” (a; b)

(Fonte: a autora)

Quadro 2. *Imagem Discursiva 2: Unidades Individuais de Sentido do Eixo Trabalho-Serviço, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023):*

<u>EIXO TRABALHO-SERVIÇO</u>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
1	<i>Onda do Mar</i>	“crescimento profissional”
2	<i>Beija-flor</i>	“colegas residentes” “participação multiprofissional” (a; c) “arranjos colaborativos de trabalho” (a; c) “lógica interprofissional” (c) “prática do trabalho interprofissional em saúde” (c) “trabalho fragmentado e compartimentalizado”
3	<i>Borboleta</i>	“campos de prática” “experiência profissional na minha área de formação” “diversas profissões” / “profissionais” “trabalho de profissionais de saúde” “trocas de experiências entre (...) profissionais” (a; c) “equipe profissional” (a; c) “residente na equipe profissional” (a; c) “interprofissionalidade (...) no trabalho de profissionais da saúde” (c)
4	<i>Campo de Lavanda</i>	“campo” / “cenário” / “CAPAAC” “categoria profissional” / “profissional” / “profissionais” “serviço social” / “assistente social” “psi” / “psicóloga” / “atuação da psicologia” “farmacêutica” “grupo de residentes” “práticas multiprofissionais e integradas” (a; c) “trabalho multiprofissional” (a; c) “equipe multiprofissional” (a; c) “trabalho interprofissional” (c) “trabalho em equipe” (a; c; d)
5	<i>Cerejeira</i>	“diferentes cenários” / “cenários de prática” “minha prática” “outros profissionais”

<u>EIXO TRABALHO-SERVIÇO</u>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
		“profissional de saúde” / “trabalhadores da saúde” / “residentes” “terapeuta ocupacional” / “assistente social” / “arte-terapeuta” / “enfermeira” / “fonoaudióloga” “trabalho cotidiano” (a; c) “planejamento, (...) execução e avaliação [de atividades]” (a; c) “troca de experiência” (a; c) “[atividades] em conjunto com outros profissionais” (a; c) “equipe” / “equipes” (a; c) “discussão coletiva entre a equipe” (a; c) “reuniões de equipe” (a; c) “trabalho (...) das equipes” (a; c) “resolutividade (...) das equipes” (a; c) “matriciamento” (a; c; e) “colaboração” / “prática colaborativa” (a; c) “interprofissionalidade” (c) “prática interprofissional e colaborativa no SUS” (a; c) “trabalho colaborativo e interprofissional no SUS” (a; c) “rede intra e intersetorial” (a; c; e) “[problemas de] gestão” “reuniões de colegiado gestor” “produção de números (produtivismo)” “práticas fragmentadas médico-centradas” “postura distanciada do (...) fazer”
7	<i>Meu Limão Meu Limoeiro</i>	“campos” / “cenário de prática” “CAPS” / “CAPAAC” - “último recurso da saúde mental” “profissional” / “caminho do profissional” “profissional farmacêutico” “maneira multiprofissional” (a; c) “trabalhar e refletir” (a; b; c) “trio furacão” [residentes de Cachoeiro] (c; d) “preceptoras” (a; b) “profissional que faz apenas o (...) conveniente”

(Fonte: a autora)

Quadro 3. *Imagem Discursiva 3: Unidades Individuais de Sentido do Eixo Cuidado-Comunidade, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023)*

<u>EIXO CUIDADO-COMUNIDADE</u>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
1	<i>Onda do Mar</i>	-
2	<i>Beija-flor</i>	“paradigma biomédico”

<u>EIXO CUIDADO-COMUNIDADE</u>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
3	<i>Borboleta</i>	<p>“cuidado integral [do] usuário” (a; b; c; d; e)</p> <p>“estratégias de promoção de cuidado aos usuários, à comunidade e ao território assistidos” (a; b; c; d; e)</p> <p>“especificidades da saúde mental” (e)</p>
4	<i>Campo de Lavanda</i>	<p>“concepção da loucura” (e)</p> <p>“estigma” / “tabu” (e)</p> <p>“louco” / “desorientado” / “perigoso” (e)</p> <p>“lógica biomédica”</p> <p>“Saúde Mental” (e)</p> <p>“aspectos psicossociais” (a; e)</p> <p>“sujeito em sua singularidade” (a; b; c; d; e)</p> <p>“cuidado ampliado em saúde” (a; b; c; d; e)</p> <p>“cuidado psi” / “cuidado psi no SUS” / “atendimento psicológico”</p> <p>“atendimento multidisciplinar” (a; c; e)</p> <p>“grupos terapêuticos” (a; e)</p> <p>“estudos de casos” (a; b, c, e)</p> <p>“visitas domiciliares” (a; c; e)</p> <p>“articulação de rede” (a; b; c; e)</p> <p>“crianças com demandas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde”</p> <p>“Projeto Aquarela” (a; b; c; d; e)</p> <p>“melhorias e qualidade na atenção à saúde” (a; b; c; d; e)</p>
5	<i>Cerejeira</i>	<p>“encontros”</p> <p>“ações de cuidado” (a; b; c; d; e)</p> <p>“ações desenvolvidas diretamente com os usuários”</p> <p>“grupo de fala” (e)</p> <p>“atendimento compartilhado” (a; c; e)</p> <p>“atividade coletiva” (a; b; c; e)</p> <p>“roda de conversa” (a; b; c; e)</p> <p>“oficina [de crianças]” (a; b; c; e)</p> <p>“problemas percebidos” (...) “problemas enfrentados” “obstáculos”</p> <p>“questões estruturais das políticas públicas”</p> <p>“práxis humanizada e integral” (a; b; c; d; e)</p>
7	<i>Meu Limão Meu Limoeiro</i>	<p>“tabu” (e)</p> <p>“institucionalização” (e)</p> <p>“Saúde Mental” (e)</p> <p>“cuidado em liberdade” (e)</p> <p>“autonomia de escolha [do paciente]” (a; b; c; d; e)</p> <p>“vida de um usuário” / “vida do paciente”</p> <p>“ações (...) que mudam vidas” (a; b; c; d; e)</p> <p>“atendimento aos pacientes”</p> <p>“escuta qualificada” (a; b; c; d; e)</p> <p>“grupo terapêutico” (a; e)</p> <p>“problema” / “inquietações”</p>

<u>EIXO CUIDADO-COMUNIDADE</u>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
		“tempo e estresse” “governantes” “potência do SUS” (a)

(Fonte: a autora)

De pronto, essas primeiras películas me trouxeram bons elementos, que certamente servirão de alicerce para a definição de “*residência multiprofissional no SUS*” que arrisquei parágrafos atrás.

Esses dados iniciais também me ajudaram a evidenciar alguns aspectos: **(a)** da educação, do trabalho e do cuidado no SUS; **(b)** da Educação Interprofissional; **(c)** dos diversos níveis do Trabalho Interprofissional, inclusive **(d)** do trabalho em equipe; e, ainda, da Saúde Mental / Atenção Psicossocial **(e)** (atributos teórico-metodológicos, especialmente).

Num passo de avanço, redirecionei meu posicionamento para tentar adentrar no campo das percepções⁷, que é um dos terrenos preditos nos objetivos dessa minha pesquisa. Aqui ampliei o limite das unidades de sentido⁸, resgatando alguns períodos e orações mais completas.

A partir desse novo ângulo, relacionei a cada um dos binômios um campo de percepção, atribuindo questionamentos a mim mesma [porém, como seu eu os

⁷ Para este conceito me vali das proposições de Linda L. Davidoff (2001): “A percepção é o processo de organizar e interpretar os dados sensoriais recebidos para desenvolver a consciência de si mesmo e do ambiente”, acrescidas das considerações de Marilena Chauí (1999, p.154) de que o “*mundo percebido é qualitativo, significativo, estruturado e estamos nele como sujeitos ativos, isto é, damos às coisas percebidas novos sentidos e novos valores, pois as coisas fazem parte de nossas vidas e interagimos com o mundo*”.

⁸ A referência aqui é ao termo *unidades de contexto*, definida por Moraes (1999, p.14) como: “*uma unidade, de modo geral mais ampla do que a de análise, que serve de referência a esta, fixando limites contextuais para interpretá-la. Cada unidade de contexto, geralmente, contém diversas unidades de registro. A justificativa para a proposição das unidades de contexto se fundamenta na convicção já manifesta de que, ainda que se possa dividir uma mensagem em unidades de significado independentes, as unidades de análise, sempre se perderá significados neste processo. Por isto é importante poder periodicamente retornar ao contexto donde cada unidade de análise provém, para assim poder explorar de forma mais completa todo seu significado*”.

tivesse direcionado aos profissionais residentes] para conseguir ordenar os achados. Vejam:

- *Educação-Ensino*: Aqui meu foco foi encontrar a **representação**, ou seja, a imagem que os profissionais residentes atribuíram à experiência no PRM-SM, enquanto formação do/no/para o SUS. Para esse quesito, elaborei o seguinte questionamento: “Para você, o que foi [ou o que representou] a experiência no PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, enquanto processo educativo do/no/para o SUS?”

Para encontrar as respostas, busquei por verbos relacionados ao sentido de existência e à ideia de observação dessa existência, como: *ser, ver, considerar, perceber* e *compreender* (este último somente quando utilizado no sentido de seu anterior).

Quadro 4. Imagem Discursiva 4. Representações do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023):

<u>EIXO EDUCAÇÃO-ENSINO</u>		
<u>PERCEPÇÃO 1: CAMPO DAS REPRESENTAÇÕES</u>		
<i>“Para mim, a experiência no PRM-SM do ICEPi/SESA-ES foi...”</i>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
1	Onda do Mar	“uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal”
2	Beija-flor	[uma] “oportunidade de trabalhar nessa lógica interprofissional”
3	Borboleta	“uma grande oportunidade de obter uma experiência profissional na minha área de formação, bem como aprofundar sobre as especificidades da saúde mental” “uma ferramenta importante para o desenvolvimento do SUS” [essencial] “para o desenvolvimento da interprofissionalidade em uma equipe profissional, visto que, dialoga com a premissa do SUS”
4	Campo de Lavanda	[um] “processo novo e cheio de incertezas” [um] “processo (...) árduo, reflexivo, cansativo, adocedor, complexo (...) lindo, potente, criativo, resistente”
5	Cerejeira	-
7	Meu Limão, Meu Limoeiro	“um capítulo muito importante da minha vida que não me arrependo de ter feito”

(Fonte: a autora)

- *Trabalho-Serviço*: nesse ponto tentei rastrear os **aprendizados** alcançados através do PRM-SM enquanto processo formativo que acontece no cotidiano das práticas, que ocorre no “chão de fábrica” do sistema, que tem sua operacionalização no real do trabalho no SUS.

Minha pergunta disparadora foi: “*O que você aprendeu através do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, enquanto processo educativo que acontece no real do trabalho no SUS?*”? Aqui a procura foi por verbos relacionados ao ato ou ao efeito da aprendizagem, como *aprender* e *compreender*.

Quadro 5. Imagem Discursiva 5. Aprendizados no PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, extraídos das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023):

<u>EIXO TRABALHO-SERVIÇO</u>		
<u>PERCEPÇÃO 2: CAMPO DOS APRENDIZADOS</u>		
<i>“Na experiência do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES aprendi...”</i>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
1	<i>Onda do Mar</i>	-
2	<i>Beija-flor</i>	<p>“muito com meus/minhas colegas residentes de outras categorias profissionais”</p> <p>“que o SUS é único, uma vez que possibilita, através da interface entre ensino e serviço, a formação e qualificação de recursos humanos na prática”</p> <p>[que] “o SUS carrega em sua essência a participação multiprofissional e fomenta esses arranjos colaborativos de trabalho. Infelizmente, não vemos essas características no setor privado, o que torna o trabalho compartimentalizado, fortalecendo o paradigma biomédico que até hoje tentamos desconstruir”</p>
3	<i>Borboleta</i>	<p>“acerca do conceito e interprofissionalidade, que presenciei no trabalho de profissionais de saúde ali alocados”</p> <p>“com diversas profissões que a princípio não se assemelhavam com a minha profissão”</p> <p>“que no final, o que nos unia era o cuidado integral daquele usuário ali presente”</p> <p>“de forma leve e colaborativa, baseado na troca de experiências entre estes profissionais”</p>
4	<i>Campo de Lavanda</i>	<p>“sobre a importância de cada profissional neste processo”</p> <p>“através das tutorias, que dão base teórica e científica para nossa atuação e demonstram a importância da Política de Educação Permanente em Saúde no SUS”</p> <p>[que] “a atuação da psicologia no processo da residência é</p>

<u>EIXO TRABALHO-SERVIÇO</u>		
<u>PERCEPÇÃO 2: CAMPO DOS APRENDIZADOS</u>		
<i>“Na experiência do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES aprendi...”</i>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
		<p>enriquecedora, pois acontece de forma singular e criativa, nos colocando fora da zona de conforto e trazendo uma imensidão de possibilidades no cuidado psi, que vão muito além de ficar em uma sala realizando atendimento psicológico”</p> <p>[que] “O cuidado psi no SUS reverbera a importância do trabalho multiprofissional e deste profissional nos grupos terapêuticos, na articulação de rede, nos estudos de casos, nas visitas domiciliares e em tantas outras facetas, que só seriam possíveis através deste processo”</p>
5	Cerejeira	<p>[que a] “prática colaborativa tão potente para a formação em saúde, num contexto em que tentamos, paulatinamente, abandonar as práticas fragmentadas médico-centradas, encontra obstáculos em diferentes cenários. Os problemas de gestão que deslocam o objetivo das ações de cuidado para uma mera produção de números (produtivismo); a desarticulação da rede intra e intersetorial, que obstaculizam o trabalho e a resolutividade das equipes; a falta de valorização do profissional de saúde, que se vê sobrecarregado e mal remunerado, fazendo com que, aos poucos, acabe adotando uma postura distanciada do seu fazer a fim de evitar o adoecimento; entre outros, foram problemas percebidos nos cenários de prática durante a residência que impactam na falta de colaboração entre as equipes e, conseqüentemente, na interprofissionalidade”</p>
7	Meu Limão, Meu Limoeiro	<p>“muita coisa enquanto profissional mas também enquanto pessoa”</p> <p>“que sair da graduação direto para residência foi uma ótima escolha”</p> <p>[a] “trabalhar e refletir sobre como estamos trabalhando e o que podemos fazer para melhorar nosso atendimento aos pacientes”</p> <p>[muito] “nos demais campos em que atuei”</p> <p>“a potência do SUS e a importância de ser uma boa profissional”</p> <p>“o sentido de multi”</p> <p>“que o profissional farmacêutico pode fazer um grupo terapêutico, podemos realizar uma escuta qualificada”</p> <p>[que] “Ser um profissional que trabalha de maneira multiprofissional ajuda muito a vida do paciente, pois poupa tempo e estresse”</p> <p>[que] “Saúde mental ainda é um tabu e a institucionalização ainda é muito forte no nosso município”</p> <p>“a importância da residência para a cidade, já que o setor de saúde mental sempre é esquecido pelos governantes”</p>

(Fonte: a autora)

- *Cuidado-Comunidade*: nessa fotografia tentei identificar as **contribuições** do PRM-SM na perspectiva do cuidado em saúde, ou seja, as ofertas que os profissionais residentes conseguiram apresentar aos usuários, suas famílias e comunidade, fortalecendo, de algum modo, a vida humana, a diversidade de suas relações e o ser-em-coletivo.

Assim, minha indagação foi: “O que você entregou à sociedade através do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, enquanto processo educativo que acontece no real do trabalho no SUS e que promove a ética, a estética e a política do cuidado em saúde pública”? E verbos-chave de busca foram: *criar, elaborar, possibilitar, favorecer, promover e poder* (no sentido de possibilitar uma ação, ou seja, no sentido de “*poder fazer*”).

Quadro 6. Imagem Discursiva 6. Contribuições do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES, extraídas das Narrativas Reflexivas dos profissionais residentes do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023):

<u>EIXO CUIDADO-COMUNIDADE</u>		
<u>PERCEPÇÃO 3: CAMPO DAS CONTRIBUIÇÕES</u>		
<i>“Através do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES pude...”</i>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
1	<i>Onda do Mar</i>	-
2	<i>Beija-flor</i>	“compartilhar meus conhecimentos” “ser, ao mesmo tempo, o professor e o aluno”
3	<i>Borboleta</i>	[desenvolver] “o pensamento em conjunto, envolvendo vastas áreas do saber para elaboração de estratégias de promoção de cuidado aos usuários, a comunidade a ao território assistidos”
4	<i>Campo de Lavanda</i>	[desenvolver] “práticas multiprofissionais e integradas, principalmente entre o serviço social, na qual muito me identifiquei neste processo, que vejo como um profissional muito parecido com o psi, que enxerga o sujeito em sua singularidade e leva em conta todos os seus aspectos psicossociais” “trazer alguns temas para estudo em equipe, promovendo um espaço de troca e conhecimento entre os profissionais” [criar] “o ‘Projeto Aquarela (...) que tinha como objetivo o atendimento multidisciplinar de crianças com demandas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde” [promover] “melhorias e qualidade na atenção à saúde, deixando claro através dos grupos terapêuticos que o trabalho em equipe é essencial para o cuidado ampliado em saúde” [buscar] “romper com a lógica biomédica, valorizando a equipe multiprofissional”

<u>EIXO CUIDADO-COMUNIDADE</u>		
<u>PERCEÇÃO 3: CAMPO DAS CONTRIBUIÇÕES</u>		
<i>“Através do PRM-SM do ICEPi/SESA-ES pude...”</i>		
Nº	RESIDENTE	UNIDADES DE SENTIDO
		<p>“me [lapidar] enquanto profissional”</p> <p>“me [apaixonar] e (...) contribuir” – com a “residência” e/ou com a “saúde mental através do SUS”</p>
5	<i>Cerejeira</i>	<p>[construir] “novos olhares sobre os problemas enfrentados (...) tanto para as ações desenvolvidas diretamente com os usuários, quanto para os momentos de discussão coletiva entre a equipe”</p> <p>“Realizar um grupo de fala com a presença de um[a] terapeuta ocupacional, fazer um atendimento compartilhado com um[a] assistente social, desenvolver uma atividade coletiva com um[a] arteterapeuta, fazer uma roda de conversa com um[a] enfermeira ou uma oficina de crianças com um[a] fonoaudióloga (...) que (...) complementaram o meu saber e qualificaram a minha prática”</p> <p>“vivenciar as potencialidades do trabalho colaborativo e interprofissional no âmbito do SUS, reafirmando-os enquanto premissas para uma práxis humanizada e integral”</p>
7	<i>Meu Limão, Meu Limoeiro</i>	<p>[fazer parte] “da formação do nosso famoso trio furacão que arrumava problema por onde passava”</p> <p>“ver a importância de um, até então desconhecido por mim, CAPS na vida de um usuário. O cuidado em liberdade, a autonomia de escolha, ações tão simples que mudam vidas completamente”</p> <p>“não [ir] pelo caminho do profissional que faz apenas o que lhe é conveniente”</p>

(Fonte: a autora)

Os conteúdos dessas três últimas imagens discursivas me ascenderam um enorme desejo: parar por aqui mesmo e arriscar responder a minha pergunta de pesquisa. Só que eu preciso cumprir, em totalidade, a minha programação de viagem. Então, prossigamos para conhecer a última [e mui importante] fotografia desse destino.

4.2.2 Retrato do “Nós”

Organizar o cenário e fotografar o nosso *em-com-junto* foi algo que gostei muito de fazer. Apesar de serem miúdas peças (mais de mil e quinhentas ao total), pude

facilmente selecioná-las e posicioná-las em conectividade, arquitetando um novo desenho para o todo, numa projeção em convexo.

Não sei se consigo explicar ao/à leitor/a [com detalhes] como fiz essa narrativa-síntese. O que sei dizer é que precisei muito mais do que a função cognitiva olho-mão para projetar e capturar essa imagem discursiva: me foi necessário sentir as palavras; me foi fundamental tornar meus ouvidos sensíveis à melodia que dali ecoava.

Eu li e reli muitas vezes cada discurso. Eu esmiucei em pequenas partes cada uma das orações e pequenas frases. Eu fiz o mesmo que Conceição Evaristo (2008) predizia: eu mordi, masquei e rasguei vagarosamente, “*entre os dentes, a pele, os ossos, o tutano do verbo, para assim versejar o âmago das coisas*”.

Talvez minha peripécia com os dados dessa minha pesquisa tenha se dado em processo semelhante ao que Manoel de Barros nos ousou ensinar com seu lirismo: certamente eu *li* com meus olhos; eu *revi* com minhas lembranças; e eu *transvi* [a escrita] a partir da [minha inebriante] imaginação.

Em termos técnicos, acredito que provavelmente a fluidez para a produção dessa última fotografia decorreu das minhas sucessivas aproximações com as seis narrativas anteriores. A proximidade que me foi exigida despertou tamanha sensibilidade, que me facilitou a perceber [e transcrever] a voz ecoada pelo sujeito coletivo da Turma 2 do PRM-SM.

Portanto, sem mais delongas, vejamos essa minha captura finalística:

Quadro 7. Imagem Discursiva Coletiva 1: Narrativa-Síntese do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023):

Afinal, quais as percepções que nós, profissionais residentes e pesquisadora, atribuímos sobre o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa no SUS, a partir das nossas vivências no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi/SESA?

De fato, a Residência foi uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal: ela nos aproximou do SUS, conferiu base teórica e científica para nossa atuação, e aprofundou nossos conhecimentos sobre as especificidades da Saúde Mental. Só que alcançamos muito mais do que isto: a forma colaborativa do aprendizado na Residência nos possibilitou uma melhor compreensão acerca do conceito de interprofissionalidade, reafirmando as potencialidades do trabalho colaborativo e interprofissional no âmbito do SUS enquanto premissas para uma práxis humanizada e integral.

O ensino baseado na prática e na troca de experiências, envolvendo diversas profissões e

várias áreas do saber, favoreceu a construção de novos olhares sobre os problemas enfrentados no trabalho cotidiano, permitindo a elaboração de estratégias ampliadas de promoção de cuidado aos usuários, à comunidade e ao território assistidos, poupando tempo e estresse a estes.

O pensamento em conjunto e as reflexões sobre como estávamos trabalhando e o que poderíamos fazer para melhorar a qualidade na atenção à saúde – que ocorriam entre o grupo de residentes e também com outros profissionais nos campos e cenários de prática – foram afirmando a importância de cada categoria profissional e o quanto o trabalho em equipe era essencial para o cuidado ampliado em saúde.

O desenvolvimento da interprofissionalidade nos convocou, portanto, a romper com a lógica biomédica e com o trabalho fragmentado e compartimentalizado, nos fazendo compreender que, no final, o que nos unia era o cuidado integral daquele usuário ali presente. Sem dúvidas, a Residência dialoga com as premissas do SUS, e prova ser uma ferramenta importante para o seu desenvolvimento.

Diversas foram as ações de cuidado que desenvolvemos a partir das práticas multiprofissionais e integradas, como os atendimentos compartilhados, as atividades coletivas, as oficinas, os grupos terapêuticos, as rodas de conversa, os estudos de caso, as visitas domiciliares e as articulações da rede intra e intersetorial. Também vivenciamos arranjos colaborativos de trabalho em reuniões de equipe, nos matriciamentos e nas reuniões de colegiado gestor para o planejamento, a execução e a avaliação de propostas.

Aprendemos, ainda, a ser ao mesmo tempo o professor e o aluno. A formação teórica nas tutorias da Residência demonstrou a importância da Política de Educação Permanente em Saúde no SUS, nos conferindo, inclusive, a possibilidade de trazer alguns temas de estudo para as equipes nos serviços.

Em certa medida, a abertura aos encontros colaborativos e interprofissionais também contribuiu para reduzir os medos e inseguranças que costumemente atravessam os trabalhadores recém-ingressantes no SUS, como é o caso da maioria de nós residentes. Porém, observamos problemas de gestão e questões estruturais das políticas públicas, que têm impactado negativamente na colaboração e, conseqüentemente, na interprofissionalidade no SUS. A mera produção de números (produtivismo) e a desarticulação da rede intra e intersetorial, por exemplo, obstaculizam o trabalho e a resolutividade das equipes.

Já a falta de valorização do profissional de saúde, que geralmente se vê sobrecarregado e mal remunerado, contribui para posturas distanciadas do fazer. Além do fato de o “setor de saúde mental” ser geralmente esquecido pelos governantes, o que mantém não só os tabus e estigmas que a loucura produz, como reforça os processos de institucionalização.

Enfim, podemos afirmar que a experiência da Residência nos possibilitou não só uma maior qualificação e lapidação profissional, mas principalmente, nos provou o quanto o SUS é único, o quanto o SUS fomenta arranjos colaborativos de trabalho e o quanto o SUS carrega a interprofissionalidade em sua essência.

Mesmo sendo um processo árduo, reflexivo, cansativo, adoecedor e complexo, o que nos resta é exaltar a beleza, a potência, a criatividade e a resistência que nos foram conferidas através das vivências e experiências únicas de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental no SUS.

Vitória-ES, julho de 2023.

Residentes do PRM-SM
Turma 2021-2023
ICEPi/SESA-ES

Taismane Clarice C. R. V. Schiavo
Servidor SESA-ES
Aluna do PPGGC-UFSCar

E agora, novamente, só que sob outra perspectiva, com destaque das contribuições dos profissionais residentes através de suas respectivas cores:

Quadro 8. Imagem Discursiva Coletiva 2. Narrativa-Síntese do PRM-SM/ICEPi (Turma 2: 2021-2023), com marcação em cores da contribuição de cada profissional residente:

Afinal, quais as percepções que nós, profissionais residentes e pesquisadora, atribuímos sobre o desenvolvimento da prática interprofissional colaborativa no SUS a partir das nossas vivências no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi/SESA?

De fato, a Residência foi uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal: ela nos aproximou do SUS, conferiu base teórica e científica para nossa atuação, e aprofundou nossos conhecimentos sobre as especificidades da Saúde Mental. Só que alcançamos muito mais do que isto: a forma colaborativa do aprendizado na Residência nos possibilitou uma melhor compreensão acerca do conceito de interprofissionalidade, reafirmando as potencialidades do trabalho colaborativo e interprofissional no âmbito do SUS enquanto premissas para uma práxis humanizada e integral.

O ensino baseado na prática e na troca de experiências, envolvendo diversas profissões e várias áreas do saber, favoreceu a construção de novos olhares sobre os problemas enfrentados no trabalho cotidiano, permitindo a elaboração de estratégias ampliadas de promoção de cuidado aos usuários, à comunidade e ao território assistidos, poupando tempo e estresse a estes.

O pensamento em conjunto e as reflexões sobre como estávamos trabalhando e o que poderíamos fazer para melhorar a qualidade na atenção à saúde – que ocorriam entre o grupo de residentes e também com outros profissionais nos campos e cenários de prática – foram afirmando a importância de cada categoria profissional e o quanto o trabalho em equipe era essencial para o cuidado ampliado em saúde.

O desenvolvimento da interprofissionalidade nos convocou, portanto, a romper com a lógica biomédica e com o trabalho fragmentado e compartimentalizado, nos fazendo compreender que, no final, o que nos unia era o cuidado integral daquele usuário ali presente. Sem dúvidas, a Residência dialoga com as premissas do SUS, e prova ser uma ferramenta importante para o seu desenvolvimento.

Diversas foram as ações de cuidado que desenvolvemos a partir das práticas multiprofissionais e integradas, como os atendimentos compartilhados, as atividades coletivas, as oficinas, os grupos terapêuticos, as rodas de conversa, os estudos de caso, as visitas domiciliares e as articulações da rede intra e intersetorial. Também vivenciamos arranjos colaborativos de trabalho em reuniões de equipe, nos matriciamentos e nas reuniões de colegiado gestor para o planejamento, a execução e a avaliação de propostas.

Aprendemos, ainda, a ser ao mesmo tempo o professor e o aluno. A formação teórica nas tutorias da Residência demonstrou a importância da Política de Educação Permanente em Saúde no SUS, nos conferindo, inclusive, a possibilidade de trazer alguns temas de estudo para as equipes nos serviços.

Em certa medida, a abertura aos encontros colaborativos e interprofissionais também contribuiu para reduzir os medos e inseguranças que costumemente atravessam os trabalhadores recém-ingressantes no SUS, como é o caso da maioria de nós residentes. Porém, observamos problemas de gestão e questões estruturais das políticas públicas, que têm impactado negativamente na colaboração e, conseqüentemente, na interprofissionalidade no SUS. A mera produção de números (produtivismo) e a desarticulação da rede intra e intersetorial, por exemplo, obstaculizam o trabalho e a resolutividade das equipes.

Já a falta de valorização do profissional de saúde, que geralmente se vê sobrecarregado e mal remunerado, contribui para posturas distanciadas do fazer. Além do fato de o “setor de saúde mental” ser geralmente esquecido pelos governantes, o que mantém não só os tabus e estigmas que a loucura produz, como reforça os processos de institucionalização.

Enfim, podemos afirmar que a experiência da Residência nos possibilitou não só uma maior qualificação e lapidação profissional, mas principalmente, nos provou o quanto o SUS é único, o quanto o SUS fomenta arranjos colaborativos de trabalho e o quanto o SUS carrega a interprofissionalidade em sua essência.

Mesmo sendo um processo árduo, reflexivo, cansativo, adoecedor e complexo, o que nos resta é exaltar a beleza, a potência, a criatividade e a resistência que nos foram conferidas através das vivências e experiências únicas de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental no SUS.

Vitória-ES, julho de 2023.

**Residentes do PRM-SM
Turma 2021-2023
ICEPi/SESA-ES**

**Taismane Clarice C. R. V. Schiavo
Servidor SESA-ES
Aluna do PPGGC-UFSCar**

Essa narrativa-síntese foi produzida em meados do mês de junho/2023 e apresentada no meu Exame de Qualificação, em 21/06/2023. Dias depois, os profissionais residentes participantes foram convidados (por e-mail e rede social) para integrarem a segunda etapa desse meu estudo, que aconteceu no 19/07/2023, entre 20h e 21h30.

Estiveram presentes na atividade apenas duas residentes – ambas de Cachoeiro de Itapemirim. Uma outra residente justificou sua ausência, tendo realizado seu feedback individualmente, em chat de rede social. Os demais, não se manifestaram.

Mesmo não tendo alcançado um “consenso coletivo” como o descrito por Onocko-Campos (2011), o fato de eu ter podido proporcionar esse espaço democrático me deixou deveras satisfeita. E ter a participação das residentes que estiveram em meu cenário me acendeu outra questão: *será que as relações “das telas” são capazes de produzir [e sustentar] vínculos tão efetivos quanto as relações presenciais?*

Não tenho respostas concretas para isso; e também não é meu objetivo aqui. Mas preciso ressaltar parte da minha pequena descoberta: foi apenas as profissionais de Cachoeiro que se lembraram das funções de tutoria e preceptoria, foram somente elas que descreveram marcadamente as durezas da realidade excludente da Saúde Mental na sociedade.

Por que será que assim se fez esse ocorrido? O que tem de tão importante no “meu pequeno Cachoeiro”, a capital secreta do Brasil e do mundo?

5. TODA VIAGEM TEM SEUS SEGREDOS

Chegamos ao clímax deste meu estudo.

A essa altura, acredito que minha narrativa já pode ser considerada um *romance científico*. Não digo aqui das histórias ficcionais ou de origem futurística, mas de uma composição em prosa, repleta do popular e do lírico, que em muito dialoga com o campo da Saúde Coletiva. E isso não é algo novo; Guilherme Salgado já o fez anos atrás, neste mesmo PPGGC da UFSCar.

Mas, afinal, o que eu vejo? O que eu penso sobre o que eu vejo? O que eu faço com o que eu penso sobre o que eu vejo nessa minha viagem de pesquisa?

Eis, portanto, algumas das muitas confluências, contradições e caminhos em perspectiva que consegui concatenar:

Quando os profissionais residentes fazem referência sobre a formação como processo, quando indicam os serviços como lugares de encontro, quando ressaltam os profissionais como promotores do cuidado, e quando revelam os sujeitos como atores centrais na lida, estão dizendo de suas relações, estão, certamente, afirmando sobre suas escolhas na trama da vida.

E o que os profissionais residentes têm escolhido? Sem dúvidas, a prática interprofissional colaborativa, a colaboração entre equipes, a cooperação em rede e o trabalho em equipe. Praticamente todos revelaram memórias de vivências e experiências coletivas [com exceção da *Narrativa 1*].

De certo, o fazer coletivo, colaborativo, foi o indicado para a pesquisa. Só que nenhum dos profissionais residentes apresentou seu discurso despido de sua singularidade. Cada individualidade esteve demarcada, esteve ali presente, e ao mesmo tempo, foi inserida [pelos próprios residentes] em composições que ressaltam sua presença [e participação única] na expressão de algum em-com-junto.

Essa alegoria do *em-com-junto* [que arquitetei ainda nas primeiras laudas, sem ao menos saber o porquê], pode agora ser finalmente definida. Ela se refere à presença, ao posicionamento e ao cumprimento da jornada: estamos *em* determinado contexto; nos posicionamos para caminhar *com* o outro; e avançamos *juntos*, para o todo impactar [mesmo que seja pontualmente, como uma simples gota d'água na enormidade de um oceano].

Poderia ficar horas, dias a fio, discutindo aqui conceitos e preceitos que interseccionaram essa minha pesquisa. Um deles é a questão da competência.

O currículo do PRM-SM é orientado pela competência dita dialógica. Alcinhada no *singular*, ela representa o todo dos diferentes recursos (técnicos, científicos, relacionais, humanos...) que precisam ser mobilizados pelo profissional para que as [complexas] situações do real do trabalho possam ser solucionadas “com pertinência e eficácia” (Lima, 2005; Lima; Ribeiro 2022).

Acontece que em diversos estudos sobre a educação [e o trabalho] interprofissional, o conceito de competência empregado aparece no *plural*, indicando outra perspectiva sobre esse termo (Costa, 2017; Agreli, 2017; Ceccim, 2018).

Citando Hugh Barr, o pesquisador Marcelo Viana pontua que, em termos educacionais, as chamadas competências colaborativas “*são aquelas que melhoram as relações entre as diferentes categorias profissionais na dinâmica do trabalho em saúde*” (Costa, 2017, p.18).

Ora, o que será que os profissionais residentes do PRM-SM alcançaram? Competência dialógica ou competências colaborativas?

Será que eles experimentaram o desenvolvimento de “*capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos) que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional*”? (Lima, 2005, p. 372).

Ou será que eles experimentaram algum “*equilíbrio nas relações de poder*”? Afinal, “*equalizar poderes é um importante caminho para que haja o empoderamento de cada membro da equipe ou estudante de diferentes profissões na tomada de*

decisões, na aprendizagem colaborativa para a efetiva comunicação” (Costa, 2017, p.22).

Sei que não utilizei instrumentais internacionalmente reconhecidos e validados, nem metodologias avaliativas em novidade e ascensão. Fui apenas pelo toque, pelos sentidos, pelos ouvidos e pela percepção.

Mesmo assim, ousou afirmar *que a Turma 2 do PRM-SM do ICEPi desenvolveu capacidades distintas para a prática profissional no SUS e na Saúde Mental porque possivelmente experimentou alguma medida de autonomia decisória, decorrente de contextos em que a equalização dos poderes se fez preponderante.*

Peço ao/à leitora que não se engane com essa minha assertiva! De jeito algum quero ser prepotente. Destaquei o meu pensado em *itálico* porque esta é justamente uma das [diversas] lacunas da minha pesquisa. Quem sabe daí não me surge outra aventura em viagem, num percurso de doutoramento?

Ah, preciso dizer ainda de mais algumas coisas que tentei desvelar. Sem querer travar uma disputa entre a Região Metropolitana e Cachoeiro, há nuances completamente diferenciadas nos discursos de ambos os grupos de profissionais residentes.

Vitória [*Narrativas 2, 3, e 5*] e Vila Velha [*Narrativa 1*] ratificaram a robustez típica da vida na Capital. Nas descrições, apareceram elementos do contexto do trabalho no SUS e na Saúde Mental que não existem na rede pública de Cachoeiro, por exemplo. Digo, aqui, de algumas práticas colaborativas, como o grupo de fala e o atendimento compartilhado, e de certas categorias profissionais, como o terapeuta ocupacional e o arteterapeuta.

Isso me fez pensar sobre as possibilidades ampliadas e diferenciadas de vivência na Região Metropolitana – e também indagar a concentração de investimentos e de recursos nesse entorno, algo que muitas vezes é distante do interior, como é o caso de Cachoeiro.

Além disso, em Vitória os residentes têm compartilhado cenários de prática com outros Programas do ICEPi, o que representa mais uma experiência exponencial nessa região.

Já Cachoeiro [Narrativas 4 e 7] apresentou declarações repletas de sentires e devires [da alma e do espírito], revelando partes de seu interior e transcendendo outras relações. **Campo de Lavanda** mais uma vez espalhou o seu perfume, e **Meu Limão, Meu Limoeiro** veio para [me] provar que do azedume sempre pode surgir uma doce e refrescante limonada.

Ambas foram as únicas que trouxeram referências específicas sobre seu *em-com-junto*: **Meu Limão, Meu Limoeiro** mencionou o “trio furacão”, e **Campo de Lavanda** citou o “Projeto Aquarela”. O primeiro se refere ao próprio grupo das residentes de Cachoeiro. O segundo diz da intervenção local que essas mesmas residentes implementaram junto à comunidade, no território da APS, como produto prático de uma das unidades educacionais teóricas ofertadas no Programa (UEGCC).

Nenhuma outra narrativa apresentou esses tipos de detalhes como as das “meninas de Cachoeiro”. Essas residentes vivenciaram seu processo de aprendizagem numa rede extremamente fragilizada, de atuação notadamente fragmentada, com importante escassez [de recursos, de profissionais e de serviços especializados], e com pouquíssimos investimentos pelos poderes locais.

Mesmo assim, foram elas que se lembraram da importância da tutoria e da preceptoria; que mencionaram uma devolutiva à sociedade construída por elas próprias [o Projeto Aquarela era uma entrega necessariamente coletiva]; que mais pontuaram sobre a Atenção Psicossocial; e que mais pessoalizaram seus andares pela vida, situando o seu *eu-no-mundo* no *ser-em-coletivo* instituído.

Outro ponto interessante é que se pensarmos numa junção entre as *Narrativas 4 e 7*, temos claros indícios dos seis atributos do trabalho em equipe (Reeves *et al.*, 2010; Peduzzi *et al.*, 2020; Agreli, 2017; 2020). Vejamos:

- o “trio furacão” revela compartilhamento de identidade;

- o “Projeto Aquarela” presume a existência de objetivos comuns, de compartilhamento de responsabilidades e de integração de ações;
- **Campo de Lavanda** denota certa clareza de papéis ao falar do trabalho com a assistente social residente;
- e meu **Meu Limão, Meu Limoeiro** dá sinais sobre a interdependência das funções ao reconhecer o “sentido de multi” que poupa “tempo e estresse”.

Seria possível, então, afirmar que as profissionais residentes de Cachoeiro experimentaram o trabalho em equipe [genuíno] por meio do próprio coletivo de residentes?

Em semelhança, tanto Vitória quanto Cachoeiro, evidenciaram as belezas e mazelas do SUS. E nessa balança de difícil temperança, o desejo de “ser-estar” na Saúde Pública falou mais alto. Inclusive outros verbos de ligação [como permanecer, ficar e continuar] também se fizeram ali ecoados, mesmo que implicitamente.

Todavia, essas muitas paixões despertadas me emanaram outras indagações: *será que esse SUS procriador é capaz de abrigar seus filhos, caso eles desejem voltar para casa e trabalhar em seus campos? Teria o SUS capixaba condições de receber em seus celeiros as dezenas, centenas e até milhares de filhos pródigos, nascidos e criados por suas prodigiosas mães Residências?*

Eis aí mais uma caminho em aberto, mais um destino a ser explorado e descoberto por mãos interessadas no velejar científico!

Por fim, quero resgatar as minhas duas hipóteses, transmutadas em formato de pergunta:

- *Será que o PRM-SM possui mecanismos que contribuem para desenvolver nos profissionais residentes desempenhos para a prática interprofissional colaborativa no SUS? **Sim, seguramente!***
- *Será que o PRM-SM corresponde a uma proposta efetiva de Educação Interprofissional no SUS? **Não tenho tanta certeza...***

El-Awaisi *et al.* (2016) indicam 12 (doze) passos para que a Educação Interprofissional em saúde alcancem os denominados “*colaboradores competentes*”. Novamente utilizando o recurso dos quadros, vou apresentá-los a seguir, numa espécie de “check-list de inferência” para com os atributos do PRM-SM que se fizeram revelados por aqui. Vejamos:

Quadro 9. Correlação entre os dados da pesquisa e os 12 passos introdutórios para a Educação Interprofissional, descritos no estudo de El-Awaisi *et al.* (2016):

12 PASSOS PARA EIP	DADOS DA PESQUISA
1) Estruturar grupos de estudos que integrem diferentes atores e interessados (profissionais, professores, pesquisadores, alunos). Deve-se comparar diferentes percepções de aprendizagem [e de trabalho] interprofissional a partir de evidências científicas e de experiências curriculares anteriores;	✓ Esse item pode ser confirmado pelo GT do qual fiz parte, que atual em conjunto para a construção desse Programa.
2) Definir os princípios e valores da propostas de EIP fundamentados na própria EIP, ou seja, que considerem o foco nas necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades; a melhoria dos cuidado e dos resultados em saúde; o respeito das individualidades, das diferenças e das diversidades [das pessoas e das profissões]; o sustento da identidade e da expertise de cada profissão; a promoção da igualdade entre as profissões no ambiente de aprendizagem (aprendizagem horizontalizada);	X Não há dados que possam ser atribuídos a esse marcador.
3) Organizar objetivos de aprendizagem que sejam claros, alcançáveis e avaliáveis, diferenciando as competências e as capacidades que se desejam alcançar através da proposta de EIP;	✓ A interprofissionalidade está descrita nos objetivos finalísticos do Programa; porém, não se mostram “ <i>claros, alcançáveis e avaliáveis</i> ”.
4) Definir as diferentes categorias profissionais que participarão da proposta de EIP, tanto em termo de alunos quanto de facilitadores. Neste quesito, orienta-se observar inclusive os ambientes, escolhendo profissionais de setores/serviços que possuam alguma interligação ou que, pelo menos, disponham de alguma proximidade geográfica. Escolher educadores com experiência na aprendizagem de adultos também é fundamental. Propõe-se, ainda, que pacientes e cuidadores também participem como “co-professores”;	✓ Quanto aos alunos, esse item pode ser confirmado. Quanto aos facilitadores, a pesquisa não revela esses dados.

12 PASSOS PARA EIP	DADOS DA PESQUISA
5) Selecionar temas de estudo que se alinhem aos resultados da aprendizagem e que considerem a tomada de decisões, o planejamento de cuidados e a comunicação de modo profissional e interprofissional;	X Não há dados que possam ser atribuídos a esse marcador.
6) Mesclar diferentes métodos de aprendizagem, que sejam interativos, reflexivos e centrados no usuário, que priorizem atividades de ensino colaborativas e, se possível, que agreguem tecnologia. Exemplos: Aprendizagem Baseada em Casos; Aprendizagem Baseada em Problemas; Aprendizagem Baseada na Observação; Investigação Colaborativa; Investigação Apreciativa; Aprendizagem Experiencial; Aprendizagem Reflexiva; Aprendizagem Simulada; Melhoria Contínua da Qualidade (CQI – Continuous Quality Improvement);	✓ X Esse item pode ser parcialmente evidenciado pela indicação a respeito do uso desses diferentes métodos pelo ICEPi. Porém, faltam dados para que ele seja confirmado.
7) Determinar níveis e estágios adequados à capacidade da aprendizagem dos alunos, contemplando experiências de <i>exposição</i> (compreensão das diferentes profissões, saberes e habilidades que contribuem para o cuidado), de <i>imersão</i> (aprendizagem em conjunto, por meio do diálogo e da interação) e de <i>domínio</i> (incorporação da colaboração no cotidiano, o que exige alto nível de pensamento crítico e resolução compartilhada de problemas em situações complexas. Esse nível é mais direcionado para alunos de pós-graduação ou profissionais com maior clareza dos papéis das diferentes profissões);	X Não há dados que possam ser atribuídos a esse marcador.
8) Desenvolver o papel de facilitador de modo que os alunos aprendam a gerenciar recursos e a sintetizar a aprendizagem de forma mútua e em colaboração, eliminando as falhas de comunicação, resolvendo rivalidades e conflitos, e traduzindo os problemas em oportunidades de aprendizagem. O facilitador só deve assumir um papel didático quando o grupo esgotar sua própria capacidade de aprendizagem;	✓ O papel do facilitador foi confirmado pela Campo de Lavanda .
9) Garantir uma experiência positiva e que aumente as expectativas dos alunos. Como sugestões, estão os <i>planejamentos das atividades</i> , que devem ser compartilhados previamente com os alunos; a <i>troca de experiência</i> com outros facilitadores; a utilização de <i>instrumentais de auto-avaliação</i> antes, durante e após o percurso de aprendizagem;	X Não há dados que possam ser atribuídos a esse marcador.

12 PASSOS PARA EIP	DADOS DA PESQUISA
10) Utilizar recursos avaliativos que alinhem as atividades de aprendizagem aos resultados esperados. A matriz de avaliação deve estar vinculada aos conteúdos, e os recursos avaliativos devem considerar competências escritas, orais e manuais (desempenho clínico).	X Não há dados que possam ser atribuídos a esse marcador.
11) Avaliar, em ciclos recorrentes de análise e revisão, a proposta de EIP, considerando os processos de responsabilização, de garantia de qualidade e de padrões evidenciados. Um ensino positivamente avaliado é autêntico, ocorre em momento certo/oportuno e é valorizado por seus participantes;	X Não há dados que possam ser atribuídos a esse marcador.
12) Compartilhar a experiência de EIP no meio acadêmico, através de pesquisas científicas previamente planejadas e estruturadas.	✓ Este estudo abre portas para a confirmação desse quesito.

(Fonte: a autora)

Este é o resultado que eu queria? Com certeza não. Apesar de ter sido um objetivo secundário e, portanto, algo apenas em projeção, em prospecção, gostaria muito de ter conseguido esmiuçá-lo.

Mas, Taismane, há itens aí que, pela sua vivência, poderiam afirmar o PRM-SM enquanto estratégia de Educação Interprofissional para o SUS! Pois bem, caro/a leitor/a, o processo científico não é tão dinâmico assim.

Como disse há pouco, somos navegadores no tempo, cujas escolhas não nos permitem voltar atrás. O instrumental que escolhi foi impreciso quanto à EIP. Mesmo assim, ele acabou me direcionando para um novo alvo: a PIC, prática interprofissional colaborativa. Segundo Heloise Agreli (2017, p.28):

A PIC é definida como aquela que ocorre quando profissionais de saúde, de diferentes áreas, prestam serviços com base na integralidade da saúde, isso envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidade para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços. A PIC é considerada como forma de reduzir a competição entre profissionais, e substituir o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde, por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva.

Eis, portanto, um conceito que perfeitamente se encaixa nessa parte dos meus resultados. O que o PRM-SM do ICEPi-SESA/ES já revela é, sem dúvidas, a prática interprofissional colaborativa.

Interessante notar que essa nomenclatura já se fazia presente no meu discurso. É só olharmos para a pergunta de pesquisa e para o TCLE. De certo, havia uma pequena incorreção, pois utilizei sem necessidade o aditivo “e” na locução “*prática interprofissional e colaborativa*”. À época, não conhecia esse conceito em tamanha profundidade.

Esse encontro é, para mim, mais uma prova de que na vida não existem acasos. No meu universo, as coincidências são escolhas feitas por alguém antes de nós, que em dado momento da vida, nos encontram e nos entrelaçaram. Se nos permitirmos desenvolver alianças nesses encontros, constituiremos [com eles e a partir deles] os nossos [muitos] *entre-nós*.

A caminho de finalizar, uma pergunta que não quer calar: *se ousássemos unir ao PRM-SM profissionais com formação médica, será que o resultado da aprendizagem mudaria? O Programa avançaria ou retrocederia?*

Bem, o que por agora posso dizer é que já tenho vivido essa realidade. Peço ao/à leitor/a minhas sinceras e honestas desculpas, mas não me resta mais espaço por aqui para deflagrar os sinais que já tenho captado. Porém, não se preocupem; certamente essas cenas estarão em um próximo capítulo, ou melhor, em um próximo romance científico.

E para encerrar esse meu entremeio analítico, gostaria direcionar aos meus grandes parceiros de viagem alguns breves [e singelos] indicativos:

- Aos Residentes da Turma 2021-2023:

Foi maravilhoso aprender com [e sobre] vocês. Porém, preciso dizer que senti suas ausências, especialmente na validação do produto coletivo. Fiquei curiosa sobre os motivos que os distanciaram [ou que os silenciaram], mas optei por não arriscar palpites.

Contemplando em maior profundidade as diferentes “cores” que compuseram nosso discurso coletivo, percebi uma enorme contraditoriedade: pouco [ou nada] havia daquele que é o grande motivo para nossos processos de ensino, de trabalho e de cuidado no SUS. Como costuma dizer a professora Adriana Barbieri, “*muitas vezes o usuário do SUS é o grande ausente*”... E isso não foi diferente no nosso discurso coletivo!

Mas, e se nessa narrativa coletiva houvesse alguma expressão genuinamente do usuário, de suas famílias, ou da comunidade, qual seria a “cor” que escolheríamos para [de]marcá-los? Seria uma cor de tonalidade clara ou escura? De intensidade forte ou desbotada?

Portanto, que estejamos atentos/as para que a presença, a voz e a representatividade daqueles que são [ou que deveriam ser] os reais protagonistas da Saúde Pública figurem em preponderância nas nossas construções narrativas, sejam elas científicas ou do cotidiano.

- Ao Programa Multi de Saúde Mental:

Que alegria poder vê-lo crescer e florescer! Foram tantas expectativas semeadas... Me sinto plenamente honrada, um tanto quanto agraciada, e esperançosamente revigorada por ter podido colher esses pequenos frutos!

Para que você continue avançado e se espalhando [tanto na Interprofissionalidade como na Atenção Psicossocial], minha sugestão é manter o foco direcionado para as “*urgentes, imprevisíveis e complexas*” necessidades de saúde. A direção sempre decorre para, com e a partir dos indivíduos, suas famílias e comunidade.

- Ao ICEPi

Sem dúvidas, muitos elementos dessa minha Dissertação revelaram os afetos e o apreço que tenho nutrido por você. Você foi criado enquanto estratégia política e de transformação social para a sociedade capixaba. E o que eu mais anseio é de que nunca se perca dessa identidade e desse destino.

Se hoje me fosse ofertada uma lâmpada mágica – tipo aquela das histórias infantis – eu desejaria três coisas: 1) que você fomentasse a participação dos usuários em seus processos de aprendizagem; 2) que você investisse no PRM-SM com equidade, a partir das potencialidades [e lacunas] loco-regionais; 3) e que você olhasse atentamente [e aprendesse com] as experiências de Cachoeiro.

O sentido do trabalho no usuário apareceu em maior evidência nos discursos narrados pelas profissionais residentes inseridas nesse município. *Mas o que teria contribuído para uma percepção tão distinta sobre a comunidade, por parte das residentes de Cachoeiro?*

Seriam as experiências de vida dessas profissionais? Seriam seus saberes prévios? Seriam os impulsionamentos decorrentes de uma rede tão escassa? Ou seriam os processos de aprendizagem equacionados pela Residência?

Bem, ainda não tenho uma resposta concreta, “baseada em evidências”. Mas o que sei pelos meus muitos sentires e devires, é que a atuação contínua, consistente e implicada de alguns poucos atores sociais, somadas a esses [e outros tantos] possíveis atravessamentos e interseccionalidades, têm conferido à “capital secreta” certo toque de transcendentalidade.

6. O CAMINHO DE VOLTA PARA CASA

Terminar uma viagem é enormemente gratificante, e deveras cansativo. Geralmente há bastante coisa a partilharmos com nossos pares, e outras tantas para ajeitarmos em nossos lares. Demora um pouco até [re]ajustarmos a nossa rotina. O rememorar dos bons [e desafiadores] momentos de viagem certamente vão bater a nossa porta, e o vão fazê-lo por um bom bocado de tempo.

Por falar em tempo, esse meu percurso científico me fez perceber o quanto viajar é verter no tempo. Sempre que vertemos no tempo carregamos inúmeras imagens, lembranças e mensagens. Verter no tempo, portanto, é torna-lo discursivo, reflexivo, propositivo e convidativo.

De certo não podemos voltar no tempo, mas nossa memória pode, e como pode! Me recordo de quando comecei essa minha pesquisa. Quantas [in]certezas, quantos receios, quantas expectativas. Eu realmente ansiava pela interprofissionalidade, só que encontrei muito mais do que isso: encontrei pessoas, encontrei lugares, encontrei vínculos, encontrei espaços, encontrei relacionamentos.

Por vezes o ser humano se esforça tanto para tentar se equilibrar no rigor método, que acaba se atropelando – e se anulando. Mas para quê pesquisamos? Para quem dedicamos horas, dias a fio, semanas, meses e até anos das nossas vidas, tentando encontrar um bendito achado científico? Para nós mesmos? Para o outro? Ou para [o bem] dessa nossa humanidade?

E como temos visto a humanidade? Como será que a temos enxergado? Quais têm sido as lentes [e os óculos] que têm nos ajudado a otimizar o que vemos, o que pensamos sobre o que vemos, e o que fazemos a partir do que pensamos sobre o que vemos?

Faço essas convocações porque todo [necessariamente todo] e qualquer pesquisador tem sua história. Todo pesquisador é humano, todo pesquisador sente, todo pesquisador reflete suas escolhas e compõe sua trajetória – que é sempre única e singular, porém nunca solitária.

Não somos seres sozinhos. Só somos seres porque somos num conjunto, porque somos em-com-junto. Conjunto que reflete o contexto, aliás, milhares e milhões de contextos - que se estiveram no passado, que se farão no presente e que, um dia, também o serão em futuro. Inclusive esse meu texto que agora o é, há pouco não havia sido, e amanhã já o terá decorrido.

Mas o que nos faz segurar no tempo? O que nos faz permanecer nele, logrando-o, vertendo-o, e alcançando-o [ontem, hoje, amanhã e eternamente]? Quando ainda estava na faculdade, em meio a tantos resgates filosóficos, sociológicos, antropológicos e políticos, uma pequena frase de um famoso pensador me destacou em elevado: *“a existência precede a essência”*.

Sartre (1998) afirmava que primeiramente o homem existe; depois, ele se descobre, em seguida, ele surge no mundo; e, então ele se define, ele passa a *ser*. Para o pensador, o caminho da humanidade é a liberdade, e sua locomotiva são as escolhas. É através da consciência de nossas escolhas que nos tornamos humanos; é a partir dela que temos a capacidade de agir livremente, construindo a nossa essência (o que de fato somos) a partir da nossa existência (o que nosso todo é).

Seria, então, a liberdade a ausência de contornos? Ou talvez seria a essência despida de limites? Prefiro entender a liberdade como anéis, como elos de ligação, como uniões de entre-caminhos que nos conectam e nos unem, integrando as nossas essências para trazer à vida o nosso nós em completude.

Essas alianças são construídas a partir das nossas vivências, através da nossa experiência no mundo. Por meio da oferta de liberdade [que nos é deliberadamente concedida], podemos exercer nossas escolhas. Muitos dirão que nem sempre temos escolha; mas eu insisto em afirmar que até mesmo as nossas não-escolhas são escolhas; e as nossas não-lembranças também são história.

Não temos como escapar dos nossos contextos; do mesmo modo que não temos como segurar o tempo. Se sempre haverá um todo “externo” a nos impelir, por que lutamos tanto contra ele? Talvez o caminho seja lutar por ele. Isso não quer dizer que devemos exaltá-lo, idolatrá-lo, pois há muitos queres orgulhos, egoístas e cheios de vaidades espalhados pelo mundo. Mas quando de fato elevamos

verdadeiramente o coletivo, aprendemos a pensar em nós - no outro e com o outro - algo que não ensejariamos somente com aquilo que há em nós mesmos.

Todo esse meu [des][com]pensado me fez lembrar da alegoria que citei há pouco, nas fotografias do meu destino. Falo do romance filosófico “*Zadig ou O Destino*”, escrito por *Voltaire* no agouro iluminista do século XVIII:

Zadig é a história de um cidadão de Babilônia, sempre envolvido em peripécias que o destino lhe reserva. Sua vida é feita de altos e baixos que se sucedem de uma maneira que, à primeira vista, parecem inconcebíveis e fora de propósito. Mas o destino é feito de surpresas. Aliás, ele próprio é uma surpresa, é o novo que evolui e involui, que se completa, se faz e se refaz, que abre seus caminhos onde não os há, que oferece e tira, que constrói e destrói, que alegra e entristece, que projeta o futuro, realiza o presente e leva a recair no passado. Apesar de tudo, plenifica e eterniza o ser humano. (...) Zadig (...) [é] homem justo, honesto, sensato, sábio, virtuoso que, mesmo assim, sua vida se perfila num perde-ganha contínuo e interminável. Esse é o destino de Zadig. Não o será também de todos os homens? Mas o que é o destino? É uma viagem pelos caminhos da vida? É uma fatalidade? É um decreto da divindade? É sempre bom ou por vezes bom e por vezes mau? Voltaire tenta responder a tudo isso nesse livro.

(Voltaire, 2008 – Notas da Contra Capa)

Zadig era um cara bacana, atropelado por uma enxurrada de infortúnios. Ele tentava fazer o certo; só que, na maioria das vezes, era mal interpretado. Ele se esforçava para não se abater diante das muitas intercorrências trágicas. Até o dia que ele sofre tamanha dor que passa a conceber o seu fim... tudo era só uma questão de tempo.

De repente, Zadig se viu surpreendido por um encontro Divino! Desse dia em diante, o sábio [que se achava azarento] começou a compreender que a vida, o destino, eram muito mais do que aparentam ser, do que ele acreditava ser. Zadig passou a perceber que, por mais dolorosos que fossem seus caminhos, o socorro invariavelmente lhe [re]surgiria: alguém sempre aparecia para com ele fazer parceria – mesmo que temporariamente.

Esse *outro* que vinha ao encontro de Zadig se mostrava importante a ele. E, igualmente, Zadig também se entendia necessário ao outro. Quando havia esse reconhecimento mútuo, as relações eram de dupla troca, de compartilhamento. Mesmo sem Voltaire assim o dizer, o seu Zadig já estava por aprender a ser *em-com-junto*.

Por diversos momentos nessa minha jornada - do Mestrado, da dissertação, do trabalho e da vida, eu me senti como Zadig: em pleno desamparo. Mas incrivelmente fui continuamente socorrida [pelas parcerias na vida e pela Presença da Vida]. E em todas as vezes, esses atributos relacionais foram tremendamente fundamentais: a(s) escolha(s), o posicionamento, a persistência, a alteridade, a integridade, a honestidade, a verdade, a temperança, a esperança, a fé e o amor.

O eu *Zadig* [Taismane] e o meu Zadig [os residentes da Turma 2, ou o PRM-SM, ou o próprio ICEPi] certamente experimentamos alguma porção dessas “coisas” e, assim, alcançamos o(s) nosso(s) objetivo(s) científico(s) dessa viagem de pesquisa.

E para encerrar essa jornada romântico-filosófico-científica, quero destacar o maior tesouro desse todo vivido: nos [re]encontramos no outro, nos [re]encontramos no nós. Os [re]encontros conectaram muitos e diferentes modos de andar a vida e na vida, construindo e reconstruindo, mesmo que em pequena medida, a potência do coletivo, a força do SUS, e a essência da democracia. Portanto:

*Que outros Zadigs venham,
Que novos Destinos se achem.
Que sejamos a vida,
Que sejamos o nós,
Que sejamos no **em-com-junto!***

7. CARIMBOS NO PASSAPORTE

AGRELLI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima de trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. Orientadora: Marina Peduzzi. Co-orientador: Christopher Bailey. 2017. 262f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.7.2017.tde-27062017-165741>. Acesso em 27 abr. 2023.

AGRELLI, H. L. F. **Interprofissionalidade no Enfrentamento da Pandemia**. Live promovida pelo Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, transmitida em 10 jun. 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8aDazi5-YE>. Acesso em 27 abr. 2022.

ALIKE. Direção: Rafael Cano Méndez; Daniel Martínez Lara. Produção: Daniel Martínez Lara; Nicolás Matji. Vimeo. 2015. 8min (curta-metragem). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kQjtK32mGJQ>. Acesso em: 17 nov. 2023.

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, M. O artista e o artesão (1938). In: Andrade, M. **O Baile das Quatro Artes**. São Paulo, Livraria Martins Editora, 1975.

ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. **ConCI – Convergências em Ciência da Informação**, Aracajú-SE, v.3, n.2, p.100-134, 2020. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/conci/article/view/13447>. Acesso em: 28 dez. 2021.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas em saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009.

AZEVEDO, C. R. F.; GOMES, R. O uso da narrativa na educação permanente em Saúde: sentidos, êxitos e limites educacionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.23, p. e170957, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/icsse/a/JXxPDMMtZhsDkbLfnb9GPN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2022.

BARR, H.; GRAY, R.; HELME, M.; LOW, H.; REEVES, S. **Interprofessional Education Guidelines**. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), 2016. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/barr-h-gray-r-helme-m-low-h-reeves-s-2016-interprofessional-education-guidelines>. Acesso em: 13 jan. 2022.

BARROS, M. de. **Livro sobre nada**. Rio de Janeiro: Record; 1996.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. (Organização de Paulo Amarante).

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, São Paulo, v. 2, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.

BATISTA, N. A.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R. (org.). **Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-interprofissional-no-brasil-formacao-e-pesquisa/>. Acesso em: 21 set. 2023.

BRAATZ PETERMANN, X.; BASSO MIOLO, S. Educação interprofissional em saúde no ensino superior: revisão integrativa sobre a experiência brasileira. **Educação: Teoria e Prática**, Rio Claro-SP, v.31, n.64, p.e02, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/educacao/article/view/14608>. Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 198**, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2021.

_____, República Federativa do. **Lei nº 11.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília; 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 18 mai. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.

_____. **Lei nº 12.527**, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto na Constituição Federal. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 12 de novembro de 2011 (edição extra). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 04 fev. 2022.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 01 dez. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: CNS, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília-DF: Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 13 jan. 2022.

_____. **Lei nº 13.709**, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 15 de agosto de 2018b (edição extra). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/13709.htm. Acesso em: 04 fev. 2022.

_____. Ministério da Educação. **Legislação vinculada aos programas de residência em área profissional da saúde (multiprofissional e uniprofissional)**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conaes-comissao-nacional-de-avaliacao-da-educacao-superior/247-programas-e-aco-es-1921564125/residencia-medica-2137156164/12500-legislacao-especifica>. Acesso em: 16 mai. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: https://registra-rh.saude.gov.br/images/arquivos/Cartilha_PNFRS.pdf. Acesso em 13 jan. 2022.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular CONEP nº 01**, de 03 de março de 2021: Orientações aos coordenadores de Comitês de Ética em Pesquisa para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: CONEP, 2021b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Carta_Circular_01.2021.pdf. Acesso em: 01 dez. 2021.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2001.

CARNUT, Leonardo. Pesquisa social ou pesquisa qualitativa? Uma dis(des)cu(constru)ss(ç)ão em pauta na saúde coletiva. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 170-180, 2019. Disponível em: 28 dez. 2021.

CALVO, M.; BATISTA, N. A. Interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Saúde e a Formação para o Trabalho em Equipe. In: BATISTA, N. A.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R. (org.). **Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p.380-393. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-interprofissional-no-brasil-formacao-e-pesquisa/>. Acesso em: 21 set. 2023. [Capítulo 21]

CARNEIRO, E. M.; TEIXEIRA, L. M. S.; PEDROSA, J. I. DOS S. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, p. e310314, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PT96nptCfqT7xWPZZkyGpt/>. Acesso em: 21 set. 2023.

CARVALHO, E. N. de; COSTA, S. L. da. As Potências da Narrativa. In: LOPES, K. J. M.; CARVALHO, E. N. de; MATTOS, K. S. A. L. de. (org.). **Ética e as reverberações do fazer**. Fortaleza: Edições UFC, 2011, p. 60-73.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N.A.; RUIZ-MORENO, L. A Educação Interprofissional e a Prática Compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.22, n.64, p.1325-1337 (Supl.1), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cPBjVvTv9xfrP7NndsRG8pB/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41- 65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4zh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, 2005, p.161-177.

_____. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.22 (Supl. 2), p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNsrHcqfsRXLZ7RMxCks/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

CECCON, R. F.; GARCIA-JR, C. A. S.; DALLMAN, J. M. A.; PORTES, V. de M. **Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A; MATTOS, R. A. de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 117-130.

_____. Cuidar é, sempre, um ato político. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**. Petrópolis, v. 1, n. 1, p 03, mai/ out 2016, p. 66-75.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1999.

CHIAVEGATTO FILHO, L.G.; NAVARRO, V. L. A Organização do Trabalho em Saúde em um Contexto de Precarização e do Avanço da Ideologia Gerencialista. **Revista Pegada**, vol. 13 n 2, dez. 2012 p. 67-82.

COSTA, A. R.; SILVA, C. C. B.; SOARES, P. D. F. L.; BATISTA, S. H. S. da S.; BATISTA, N. A. A Educação Interprofissional no Contexto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. In: BATISTA, N. A.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R. (org.). **Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p.71-88. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-interprofissional-no-brasil-formacao-e-pesquisa/>. Acesso em: 21 set. 2023. [Capítulo 04]

COSTA, M. V. da. Educação Interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.20, n.56, p.197-198, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ccKCY4chZCtb8pj9vQw8hcy/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

_____. A potência da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R.F.C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 14-27.

COSTA, D. A. S.; SILVA, R. F. da; LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C.O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2018, v. 22, n. 67, pp. 1183-1195. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>. Acesso em: 15 abr. 2023.

CUNHA, C. S.; MARIANO, J. da S.; SILVA, L. C. O. da; DALLA, M. D. B.; PINHEIRO, A. R. P. Implantação de Programas de Residência Médica e Multiprofissional no Estado do Espírito Santo: relato de experiência. In: ROCHA, I. dos S.; SANTOS, F. R. dos; SILVA, Q. T. A. da; FERLA, A. A. (org.). **Aprendizagem significativa para desenvolvimento dos sistemas locais de saúde: a experiência da inovação-formação em serviço do Espírito Santo**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p.31-44. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Livro-Aprendizagem-significativa-para-desenvolvimento-dos-sistemas-locais-de-saude-a-experiencia-da-inovacao-formacao-em-servico-do-Espirito-Santo.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

DAMASCENO, N. F. P.; MALVEZZI, E.; SALES, C. M.; SALES, A. A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.22, n.64, p.133-40, 2018. DOI 10.1590/1807-57622016.0815. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n64/133-140/>. Acesso em: 04 fev. 2022.

D'AMOUR, D., GOULET, L., LABADIE, J. F.; SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv. Res.**, v. 8, n. 188, p. 1-14, 2008. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>. Acesso em: 26 jun. 2022.

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. 30. ed. São Paulo: Makron Books, 2001.

DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

DICIO, Dicionário On-line de Português. **Interprofissionalidade**. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/interprofissional/#:~:text=Significado%20de%20Interprofissional,Inter%20%2B%20profissional>. Acesso em 19 mai. 2023.

EL-AWAISI, A.; ANDERSIN, E.; BARR, H.; WILBY, K. J.; WILBUR, K.; BAINBRIDGE, L. Important steps for introducing interprofessional education into health professional education. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, 11(6), 546e551, 2016.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado, Secretaria de Estado da Saúde. **Lei Complementar nº 909**, de 26 de abril de 2019. Vitória-ES: Casa Civil, 2019a. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC9092019.html>. Acesso em: 13 jan. 2022.

_____. Governo do Estado. **Portaria SESA nº 059-R**, de 06 de agosto de 2019. Vitória-ES: SESA, 2019b. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/Media/ICEPi/Arquivos-ICEPi/Portarias/2019/Portaria%20SESA%20N%C2%BA%20059-R.%20de%2006%20de%20agosto%20de%202019.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2022.

_____. Governo do Estado, Secretaria de Estado da Saúde. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. **Portaria ICEPi nº 02-R**, de 07 de agosto de 2019. Vitória-ES: ICEPi, 2019c. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/Media/ICEPi/Arquivos-ICEPi/Portarias/2019/Portaria%20ICEPi%20N%C2%BA%20002-R.%20de%2007%20de%20agosto%20de%202019.pdf> Acesso em: 13 jan. 2022.

_____, Secretaria de Estado da Saúde. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: Caderno do Residente**. 2. ed. Vitória-ES: SESA, 2021.

_____. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. **Quem Somos**. ICEPi, 2023a. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/quem-somos-2022>. Acesso em 18 mai. 2023.

_____. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. **Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais**. ICEPi, 2023b. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/programas-de-residencias-medicas-e-multiprofissionais-2022>. Acesso em 18 mai. 2023.

_____. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. **Programas**. ICEPi, 2023c. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/programas>. Acesso em 18 mai. 2023.

_____. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. **Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS)**. ICEPi, 2023d. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/programa-estadual-de-qualificacao-da-atencao-primaria-a-saude-qualifica-aps-residencias-2022>. Acesso em 18 mai. 2023.

EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

FELICIANO, A. B.; AQUILANTE, A. G.; ALVES, B. G.; SOUTO, S. R. R.; SAMPAIO, S. F.; BLEICHER, T.; MÜLLER, V. **Gestão da Clínica: Caderno do Curso**. São Carlos: UFSCar/CPOI, 2020.

FERLA, A. A.; TOASSI, R. F. C. Formação Interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. In: TOASSI, R.F.C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 7-13.

FEUERWERKER L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FONSECA, M. L. G. F. **Da Prescrição à Criação: Inteligência Prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia**. [Tese de Doutorado]. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014. [Capítulo 1].

FORTUNA, C. M.; GONÇALVES, M. F. C.; SILVA, M. A. I.; SANTOS, R. A. A produção de narrativas crítico-reflexivas nos portfólios de estudantes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.2, p.452-459, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/T7VZFQzRbkCsyMQ6SFSvjinN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2022.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1978.

_____. **A Sociedade Punitiva**. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

FRANCO, T. B., MERHY, E. E. Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: FRANCO, T. B., MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do**

cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013, p. 338-361.

FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. Educação Interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na Política Nacional de Saúde. In: TOASSI, R.F.C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 28-39.

GAULEJAC, V. Não sabemos mais a qual sentido nos consagrar. In: GAULEJAC, V. **Gestão como Doença Social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social.** Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2007, p. 147-149. [Capítulo 6]

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOMES, R.; MENDONÇA E. A. A representação e a experiência da doença: princípio para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002, p. 109-132.

GONTIJO, E. D.; FREIRE FILHO, J.R.; FOSTER, A. C. Educação interprofissional em Saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. **Caminhos do Cuidado**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p.20-38, 2019. Disponível em: <https://cadernosdocuidado.observatoriodocuidado.org/index.php/CC>. Acesso em: 28 dez. 2021.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo (I, II).** Trad. Márcia Sá Cavalcante Shuback. Petrópolis: Vozes, 2002.

LEWGOY, A.; KUPLICH, N.; MACHADO, R.; FABER, T.; FAGUNDES, M. A perspectiva interprofissional na residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar. **Clinical & Biomedical Research**, Porto Alegre-RS, v.39, n.1, p. 58-68, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/87747/pdf>. Acesso em: 13 jan. 2022.

LIBARDI, M. C.; BIRCHLER, C. M.; CALENTE, D. S.; ALMADA, G. L.; DALLA, M. D. B.; PINHEIRO, A. R. Desafios de implantar programas de residência em saúde numa concepção crítico reflexiva. In: ROCHA, I. dos S.; SANTOS, F. R. dos; SILVA, Q. T. A. da; FERLA, A. A. (org.). **Aprendizagem significativa para desenvolvimento dos sistemas locais de saúde: a experiência da inovação-formação em serviço do Espírito Santo.** 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p.45-60. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Livro-Aprendizagem-significativa-para-desenvolvimento-dos-sistemas-locais-de-saude-a-experiencia-da-inovacao-formacao-em-servico-do-Espirito-Santo.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, 2005, p.369–379. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/SyGLRpTYVbwm7sTgTfK6V8n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2022.

_____; RIBEIRO, E. C. de O. Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, p. e210737, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V5pHdHK46JcQ4MzxSHjVcKq/>. Acesso em: 21 set. 2023.

LIRA, G. V.; CATRIB, A. M. F.; NATIONS, M. K. A Narrativa na Pesquisa Social em Saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.16, n.1/2, 2003, p. 59-66. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/333/2035>. Acesso em: 27 abr. 2023.

MARIANO, J. da S. **Programas de Residência em Saúde do ICEPi**. Apresentação realizada em reunião ordinária da Comissão de Integração de Ensino e Serviço do Espírito Santo (CIES-ES), ocorrida em ambiente virtual em 14 abr. 2023. (Slides - Acervo Pessoal)

MARTINS, G. D. M.; CAREGNATO, R. C. A.; BARROSO, V. L. M.; RIBAS, D. C. P. Implementação da residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, n.37, v.3, set. 2016, p. 01-08. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/GzpBnqqKDzNyKxSGVnnQ8bv/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

MAKUCH, D. M. V.; ZAGONEL, I. P. S. A integralidade do Cuidado no Ensino na Área da Saúde: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 41, v.4, 2017, p.515–524. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/pgkc5h5rt8B6K5qFmJwGsWJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jun. 2023.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 43-68.

MELLO, A. L.; TERRA, M. G.; NIETSCHE, E. A.; SIQUEIRA, D. F.; CANABARRO, J. L.; AMEMANN, C. T. Formação de residentes multiprofissionais em saúde: limites e contribuições para a integração ensino-serviço. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis-MG, v.27, n.8, 2018, p. e2567, p. 1-8. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2567/1950>. Acesso em: 28 dez. 2021.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [Capítulos 2 e 3]

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora HUCITEC; 2002.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B., MERHY, E. E. (org.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013a, p.19-67.

MICHAELIS, Dicionário On-line. **Viajar**. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/viajar/>. Acesso em 19 mai. 2023.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2014.

_____; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 6. reim. Petrópolis: Vozes, 2022.

MIOTO, R. C. T.; ALVES, F. L.; CAETANO, P. da S.; DAL PRÁ, K. R. As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 11, n. 2 (14), p. 185-208, jul./ dez. 2012.

MIRANDA NETO, M. V. de; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. de C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v.68, n.4, 586-593, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nBsGbgRP3DX4Z37pKpiy7xc>. Acesso em: 28 dez. 2021.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MUYLAERT, C. J.; SARUBBI JR, V.; GALLO, P.R.; ROLIM NETO, M. L.; REIS, A. O. A. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.48, p.184-189, 2014. (Esp2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/NyXVhmXbg96xZNPWt9vQYct/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2022.

NASCIMENTO, A. C. B. do; OMENA, K. V. M. de. A Educação Interprofissional em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Itajubá-MG, v.10, n.4, p.e8010413655, 2021, p. 1-16. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13655>. Acesso em: 28 dez. 2021.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2006: Trabalhando Juntos pela Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007. (versão brasileira).

_____. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.** Genebra: OMS/Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia/Recursos Humanos para a Saúde, 2010. Disponível em: https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_oms_marco_a_cao_eip.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.

ONOKO-CAMPOS, R. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1.269-1.286, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/gqpckXpjxyS9GDpJWGzPsqp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2023.

PADILHA, R. de Q. GOMES, R.; LIMA, V. V.; SOEIRO, E, OLIVEIRA, J. M. de; SCHIESARI, L. M. C.; SILVA, S. F. da; OLIVEIRA, M. S. de. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online], v. 23, n.12, 2018, p. 4249-4257. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZXL7LvL8MWnDfhv9sMKBC8m/>. Acesso em: 28 dez. 2021.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

_____; _____ (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática.** 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PASSOS, E., KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009.

PEDUZZI, M.; NORMAM, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M. da; SOUZA, G. C. de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.4, p.977-983, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

_____. O SUS é interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.20, n.56, p.199-201, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYzQVLHM/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

_____; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. da; SOUZA, H. S. de. Trabalho em Equipe: uma revisita ao conceito e seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n.s1, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

PEREGO, M. G.; BATISTA, N. A. Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde. **Tempus**, Brasília-DF, v.10, n.4, p. 39-51, 2016. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2239>. Acesso em: 13 jan. 2022.

PICASSO, P. **Guernica**, óleo sobre tela, 351 x 782.5 cm, 1937. Disponível em: <https://www.infoescola.com/pintura/quernica/>. Acesso em: 27 abr. 2023.

PINHEIRO, R; GUIZARDI, F. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas do cotidiano. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (org.). **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 23-38.

POLETO, P. R.; BATISTA, S. H. S. da S.; BATISTA, N. A. A Educação Interprofissional na Graduação de Cursos da Saúde: a experiência do campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo. In: BATISTA, N. A.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. da R. (org.). **Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p.89-108. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-interprofissional-no-brasil-formacao-e-pesquisa/>. Acesso em: 21 set. 2023. [Capítulo 05]

QUEIROZ, A. A. L. de; BRAGA, A. C. M. da S.; MAIA, A. L. N.; OLMO, G. Z.; CASER, L. C.; GONÇALVES, M. D.; SANTANA, S. J. A Narrativa do Provimento: uma História de Inovação em Educação Permanente no Estado do Espírito Santo. In: ROCHA, I. dos S.; SANTOS, F. R. dos; SILVA, Q. T. A. da; FERLA, A. A. (org.). **Aprendizagem significativa para desenvolvimento dos sistemas locais de saúde: a experiência da inovação-formação em serviço do Espírito Santo**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p.17-30. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Livro-Aprendizagem-significativa-para-desenvolvimento-dos-sistemas-locais-de-saude-a-experiencia-da-inovacao-formacao-em-servico-do-Espirito-Santo.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S.; ZWARENSTEIN, M. **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford, UK: Blackwell-Wiley, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/9781444325027.fmatter>. Acesso em 04 abr. 2022.

_____; PERRIER, L.; GOLDMAN, J.; FREETH, D. ZWARENSTEIN, M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2013, Issue 3. Art. No.: CD002213. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23543515/>. Acesso em: 13 jan. 2022.

_____. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.20, n.56, p.185-196, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Acesso em 22 mar. 2022.

_____.; XYRICHIS, A. ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice.

Journal of Interprofessional Care, 2018, v. 32, n. 1, 1–3. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>. Acesso em 26 mai. 2022.

ROCHA, I. dos S.; SANTOS, F.R. dos; SILVA, Q. T. A. da; FERLA, A. A. A inovação como aprendizagem no cotidiano do trabalho em saúde: quando as iniciativas de inovação transformam o trabalho. In: ROCHA, I. dos S.; SANTOS, F. R. dos; SILVA, Q. T. A. da; FERLA, A. A. (org.). **Aprendizagem significativa para desenvolvimento dos sistemas locais de saúde: a experiência da inovação-formação em serviço do Espírito Santo**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022, p.10-29. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/12/Livro-Aprendizagem-significativa-para-desenvolvimento-dos-sistemas-locais-de-saude-a-experiencia-da-inovacao-formacao-em-servico-do-Espirito-Santo.pdf>. Acesso em: 11 set. 2023.

ROSSIT, R. A. S.; FREITAS, M. A. de O.; BATISTA, S. H. S. da S.; BATISTA, N. A. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v.22 (Supl. 1), p. 1399-1410, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/wtqgWTz6VYZjqZW3Gp5yG4F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2022.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo, Hucitec, 1990.

SAINT-EXUPÉRY, A. de. **O pequeno príncipe**. Com aquarelas do autor. Tradução de Dom Marcos Barbosa. ed. rev. Rio de Janeiro: Pocket Ouro, 2008.

SALGADO, G. A. **Clínica da Palavra: a poética do encontro na produção da vida**. Orientadora: Aline Guerra Aquilante. Co-orientador: Marcus Matraca. 2018. 60f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/10991/SALGADO_Guilherme_2019.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em 27 abr. 2023.

SÁ, M. de C.; MIRANDA, L.; DINIZ, D. S.; SAVI, E. S. A.; TEIXEIRA, E dos S.; FONSECA, M. L. G. **Oficinas Clínicas do Cuidado: efeitos da narratividade sobre o trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SANTOS, B. de S. **Um Discurso sobre as Ciências**. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.3, p. 508-511, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ3Z77pFsy/abstract/?lang=pt>. Acesso em 28 dez. 2021.

SARTRE, J. P. **O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica**. Tradução: Paulo Perdigão. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 9, n. 16, set.2004-fev.2005, p.53-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yQWw4nnLrjnFfRy4cSSWcBD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2023.

SCHRAMM, F. R.; REGO, S.; BRAZ, M.; PALÁCIOS, M. (org.). **Bioética: riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Editora Fiocruz; 2005.

SILVA, C. R. de C.; MENDES, R.; NAKAMURA, E. A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.1, p.32-41, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dz3W8JjSi3xyzwPszmZ3mWK/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2022.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Rev. Katalásis**, n. 1, v. 21, jan/abr 2018, p. 200-209.

SILVA, J. A. M. da. **Disciplina Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSCar. Aula ministrada em maio de 2022.

SILVA, R. M. O.; FERNANDES J. D.; CORDEIRO, A. L. A. O. Contexto histórico, instrumentos legais e avanços da residência multiprofissional e em área profissional da saúde. In: CORDEIRO, A. L. A. O.; OLIVEIRA, R. M.; SILVA, G. T. R. (org.). **Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022, p.12-21. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c02>. Acesso em: 15 mai. 2023. [Capítulo II]

SILVA, S. B. da. **Sendo Médico em Português: histórias vividas e narradas por dois médicos cubanos em atuação no Brasil**. Orientador: Nelson Viana. 2023. 154f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Linguística, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/18325/Sendo_medico_em_portugues.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em 21 ago. 2023.

SOARES, W. T. B. **Sistema Único de Saúde: um direito fundamental de natureza social e cláusula pétrea constitucional: a cidadania e a dignidade de pessoa humana como fundamentos do direito à saúde no Brasil**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021, p. 311-342.

SOUZA, S. V.; FERREIRA, B. J.; ROSSIT, R. A. S. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade: perspectivas para educação e trabalho em saúde. In: CORDEIRO, A. L. A. O.; OLIVEIRA, R. M.; SILVA, G. T. R. (org.). **Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022,

p.6-11. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c01>. Acesso em: 15 mai. 2023. [Capítulo I]

STOTZ, E. N. Necessidades de Saúde: conceito, valor, política. Uma revisão autocrítica. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**. Petrópolis, v. 1, n. 1, mai/out 2016, p. 66-75.

TEIXEIRA, G. A. S.; VIEIRA, S. L.; SOUZA, E. A, et al. O caminho se faz ao caminhar: a importância do preceptor na residência multiprofissional em saúde. In: CORDEIRO, A. L. A. O.; OLIVEIRA, R. M.; SILVA, G. T. R. (org.). **Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação**. Brasília, DF: Editora ABen; 2022 p. 86-91. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e18.c10>. Acesso em: 15 mai. 2023. [Capítulo X]

TEMPSKI, P.; MAYER, F. B. (org.). **Narrando a vida, nossas memórias e aprendizados: humanização no ensino e na assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

VOLTAIRE [François-Marie Arouet]. **Zadig ou O Destino**. (1747). Tradução: Antônio Geraldo da Silva. 2. ed. São Paulo: Escala, 2008.

8. COMPLEMENTOS

a) Os Meus:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Formulário da Pesquisa

1ª SEÇÃO: Apresentação e Convite para pesquisa

Prezado(a) profissional residente,

Convido você a participar da Pesquisa intitulada "Educação Interprofissional e Prática Colaborativa no SUS sob a percepção de residentes", desenvolvida pela pesquisadora Taismane Clarice C. R. V. Schiavo, aluna do Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Este estudo contribuirá para identificar, à luz da Educação Interprofissional, as potencialidades e lacunas da formação em Programa de Residência Multiprofissional no que diz respeito ao desenvolvimento de competências para a prática interprofissional e colaborativa no SUS.

A pesquisa contemplará duas etapas, sendo a primeira o preenchimento de formulário eletrônico e a segunda a participação de uma oficina para validação de dados e construção do consenso coletivo, também em ambiente virtual.

O tempo de resposta estimado para o formulário é livre, podendo variar de 10 minutos a 1 hora, conforme a necessidade para a construção da narrativa reflexiva. Já o tempo médio esperado para a oficina é de 90 minutos, conforme a construção do consenso coletivo.

A seguir você terá acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após a concordância, poderá prosseguir com a pesquisa.

Atenciosamente,
Taismane Clarice.

2ª SEÇÃO: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

REGULAMENTAÇÃO: Resolução CNS nº 466/2012; Resolução CNS nº 510/2016.

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa "***Educação Interprofissional e Prática Colaborativa no SUS sob a percepção de residentes***".

O objetivo deste estudo é conhecer a percepção de profissionais residentes sobre as competências para a prática interprofissional e colaborativa no SUS desenvolvidas em um

Programa de Residência Multiprofissional. O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por ser profissional residente cursando o segundo ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi/SESA em 2022.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) irá decidir se deseja participar ou não da pesquisa, que contempla duas etapas: o preenchimento de formulário eletrônico e a participação em uma oficina de validação dos dados, também em ambiente virtual.

Caso deseje desistir da participação durante qualquer uma dessas etapas, o(a) senhor(a) poderá retirar seu consentimento, sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Outrossim, o(a) senhor(a) poderá solicitar informações sobre o projeto/estudo a qualquer momento junto à pesquisadora.

Ressalte-se que o projeto não oferta nenhum tipo de compensação direta pela sua participação no estudo.

Ao aceitar participar da pesquisa o(a) senhor(a) irá:

- 1. Eletronicamente, aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual poderá ser impresso ou solicitado à pesquisadora via endereço de e-mail fornecido, se assim o desejar*
- 2. Responder ao formulário eletrônico, que terá tempo gasto para seu preenchimento de 10 minutos a 1 hora, sendo o tempo médio em torno de 30 minutos;*
- 3. Participar da oficina de validação de dados e construção do consenso coletivo, que ocorrerá em ambiente virtual e terá uma duração média de 90 minutos. O dia, horário e endereço eletrônico da oficina será previamente informado pela pesquisadora a cada um dos participantes.*

Caso não concorde em prosseguir com a participação da pesquisa, basta fechar a página do seu navegador.

Caso desista de participar durante o preenchimento do formulário eletrônico e/ou antes de finalizá-lo, basta fechar a página do navegador que os seus dados não serão gravados, enviados ou recebidos pela pesquisadora.

Caso desista de participar após o envio do formulário eletrônico e/ou antes, durante ou após da oficina de validação de dados, informe imediatamente à pesquisadora desta decisão, para que seus dados sejam descartados, sem nenhuma penalização.

Você poderá imprimir uma via deste termo, ou se desejar, a pesquisadora poderá encaminhar uma via assinada por e-mail ou da maneira como preferir.

O formulário eletrônico da primeira etapa será composto por 10 (dez) questões, para identificação do perfil social e acadêmico do(a) participante da pesquisa, **seguidas por 01 (uma) questão norteadora, para disparar a construção da narrativa reflexiva** quanto às percepções sobre as competências para a prática interprofissional e colaborativa no SUS

desenvolvidas na Residência. Esta etapa de coleta de dados será realizada de forma **totalmente online** e **não haverá tempo mínimo ou máximo para as respostas**. Ressalta-se que a narrativa poderá ser construída diretamente no formulário eletrônico ou copiada e colada neste espaço.

Após receber os formulários eletrônicos respondidos por cada participante, **a pesquisadora organizará os dados coletados também no formato de uma narrativa (narrativa-síntese), que será validada por todos os participantes em oficina coletiva virtual, a ser agendada pela pesquisadora**, conforme a disponibilidade dos participantes. O dia, horário e endereço eletrônico da oficina será previamente informado pela pesquisadora.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada.

Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

Uma vez concluída a coleta, organização e validação de dados, a pesquisadora responsável realizará download das informações (perfil e narrativas) para dispositivo eletrônico local (HD externo), excluindo todo e qualquer registro virtual (plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem"), para reforçar o sigilo e confidencialidade das informações, diminuindo as possibilidades de vazamento e/ou exposição de dados.

Com relação aos riscos à saúde do(a) participante deste estudo, esta pesquisa não oferece risco imediato ao(a) senhor(a), porém considera-se a possibilidade de **riscos de origem psicológica/emocional** (como desconforto, estresse, possibilidade de constrangimento, cansaço), em virtude do resgate de memória exigido na construção das narrativas crítico-reflexivas e das reverberações que podem ser acionadas na etapa de validação coletiva da narrativa-síntese.

Convém esclarecer que, naturalmente, narrar algo da trajetória percorrida - e ainda em processo - pode desencadear sentimentos e emoções que provocam desconforto ou até mesmo constrangimentos. Assim, a pesquisadora estará disponível e aberta para acolher a necessidade de escuta do participante, ou até mesmo de desistência na participação do estudo, caso o(a) senhor(a) opte pela suspensão imediata de sua participação.

Também podem ocorrer **riscos típicos do ambiente virtual, como invasão e exposição de dados**. Como meio de dirimir essa possibilidade, será realizada manutenção do equipamento utilizado para a pesquisa, com a validação constante das proteções contra vírus ou acesso ilegal. Reforça-se que, caso perceba alguma dessas condições, o(a) profissional residente deverá acionar a pesquisadora, podendo optar por desistir de sua participação.

O(a) senhor(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, este trabalho poderá contribuir com a qualidade da formação ofertada na Residência em Saúde Mental do ICEPI, na perspectiva de demonstrar que através da Educação Interprofissional os profissionais residentes podem desenvolver, ainda na formação, competências para o trabalho em

equipe, valorizando a relação, o grupo e a grupalidade no trabalho em saúde, assim como, competências para a atenção em Saúde Mental (cuidado individual e coletivo), conforme proposto pelo SUS. Espera-se, portanto, proporcionar a reflexão da EIP enquanto estratégia de formação de profissionais para o SUS, que valorizam a interprofissionalidade e a prática colaborativa nas ações do cuidado em saúde, na perspectiva do modelo de atenção centrado na pessoa e em suas necessidades de saúde.

O acesso aos resultados da pesquisa ocorrerá por meio da apresentação da dissertação em sessão pública de defesa, de forma presencial ou virtual, a depender das condições sanitárias. Para esta sessão, a pesquisadora enviará convite para todos os participantes da pesquisa. Ocorrerá, também, devolutiva dos resultados em encontro previamente agendado e com convite realizado para todos os participantes da pesquisa. E, ocorrerá ainda, o envio da versão final da dissertação, com possíveis ajustes indicados pelos membros da banca de defesa, sendo que a pesquisadora terá até 90 dias para a apresentação desta versão finalizada.

Este projeto de pesquisa (CAAE nº 58769722.7.0000.5504) foi autorizado pela SESA/ES e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que é o órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com:

1) **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSCar**, vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, *localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos)*; *Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685; e-mail: cephumanos@ufscar.br.*

2) **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UVV**, colegiado interdisciplinar vinculado à Universidade Vila Velha, *localizado no prédio INOTEC*; *Endereço: Avenida Comissário José Dantas de Melo, nº21, Boa Vista - CEP: 29.102-920 - Vila Velha-ES. Telefone: (27) 3421-2063; e-mail: cep@uvv.br.*

Ambos os CEPs estão vinculados à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujo funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/CONEP. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. **CONEP: Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 e-mail: conep@saude.gov.br.**

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Taismane Clarice Coimbra Ricci Vieira Schiavo

Endereço: Avenida São João Batista, 215 – Boa Esperança, Muqui/ES – CEP: 29.480-000

Contato telefônico: (28) 99952-7344

E-mail: taismane@estudante.ufscar.br

Aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(É obrigatório que o participante assinale a concordância com o TCLE para prosseguir com a pesquisa)

() Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

3ª SEÇÃO: Caracterização do(a) Profissional Residente

1. Nome completo: (opcional)
2. Endereço eletrônico (e-mail):
3. Gênero:
4. Cor:
5. Idade:
6. Estado Civil:
7. Profissão:
8. Ano de Conclusão da Graduação:
9. Participou de alguma formação para o trabalho no SUS antes desta Residência (PET-Saúde, outra Residência, etc)? () sim () não
- 9.1 Se sim, qual (quais)?
10. Possui alguma experiência de trabalho antes desta Residência? () sim () não
- Se sim:
- 10.1 Foi na sua profissão? () sim () não
- 10.2 Foi no SUS? () sim () não
- 10.2.1 Se sim, em que serviço/setor/local do SUS?

4ª SEÇÃO: Narrativa Reflexiva do(a) Profissional Residente

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) é uma proposta em que “duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados” [tradução nossa] (BARR et al, 2005 apud PEDUZZI et al, 2013, p. 979).

Em linhas gerais, a proposta consiste numa perfeita sintonia entre teoria e prática, em que diferentes profissões se relacionam e aprendem entre si, preservando competências e habilidades específicas de cada profissão ao mesmo tempo em que desenvolvem um saber-fazer integrado e colaborativo, articulando valores éticos, científicos, históricos, filosóficos e metodológicos para o trabalho em equipe. (OMS, 2010; BATISTA, 2012; PEDUZZI et al, 2013; CASANOVA et al, 2018).

Nos últimos anos, a EIP tem se consolidado como uma importante estratégia de formação de profissionais para a atuação na perspectiva da integralidade do cuidado e da atenção (FERLA; TOASSI, 2017).

Considerando os excertos acima, peça que conte-me suas percepções sobre o processo de formação vivenciado na Residência em Saúde Mental (ICEPi/SESA), considerando o desenvolvimento de competências para a prática interprofissional e colaborativa no SUS.

ATENÇÃO: Para a resposta indica-se o uso da narrativa crítico-reflexiva. A narrativa traz as experiências do autor e reconstrói, de forma detalhada, o mundo vivido. Em aprofundamento, a narrativa crítico-reflexiva interroga o cotidiano e estranha as certezas, num diálogo do estudante consigo, com o grupo, e com outras vivências (FORTUNA et al, 2012; DAMASCENO et al, 2018).

Obrigada por chegar até aqui.

Desejo a você uma boa escrita!

b) Os de Outrem:**Narrativas Encaminhadas pelos Sujeitos da Pesquisa****NARRATIVA 1 – Onda do Mar**

Residência é uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal

NARRATIVA 2 – Beija-flor

Acredito que as vivências da residência realmente fomentaram essa prática do trabalho interprofissional em saúde. Consegui aprender muito com meus/minhas colegas residentes de outras categorias profissionais, e também pude compartilhar meus conhecimentos. É como se a gente pudesse ser, ao mesmo tempo, o professor e o aluno, e acho que isso é o mais interessante e transformador da residência. Não sei se em algum outro momento da minha carreira terei a oportunidade de trabalhar nessa lógica interprofissional novamente. Por isso, particularmente nesse aspecto, considero que o SUS é único, uma vez que possibilita, por meio da interface entre ensino e serviço, a formação e qualificação de recursos humanos na prática. Além disso, o SUS carrega em sua essência a participação multiprofissional e fomenta esses arranjos colaborativos de trabalho. Infelizmente não vemos essas características no setor privado, o que torna o trabalho fragmentado e compartimentalizado, fortalecendo o paradigma biomédico que até hoje tentamos desconstruir.

NARRATIVA 3 - Borboleta

No ano de 2021 ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ICEPi/SESA, após a finalização da graduação em Serviço Social. Visualizei este processo formativo, como uma grande oportunidade de obter uma experiência profissional na minha área de formação, bem como aprofundar sobre as especificidades da saúde mental. Este processo de ensino, permitiu uma aproximação com o SUS e seus serviços de saúde mental, além da melhor compreensão acerca do conceito de interprofissionalidade, que presenciei no trabalho de profissionais da saúde ali alocados, repercutindo no acolhimento da

residência nos campos de prática como também na inserção do residente na equipe profissional, compreendendo este processo formativo como uma ferramenta importante para o desenvolvimento do SUS. Neste processo de ensino, aprendi com diversas profissões que a princípio não se assemelhavam a minha profissão, mas durante o meu período formativo compreendi que no final, o que nos unia era o cuidado integral daquele usuário ali presente. Nesse sentido, o aprendizado se deu de forma leve e colaborativa, baseado em trocas de experiências entre estes profissionais, favorecendo uma integração e um aprendizado baseado na prática, além de possibilitar o pensamento em conjunto, envolvendo vastas áreas do saber para elaboração de estratégias de promoção de cuidado aos usuários, a comunidade e ao território assistidos. Acredito que espaços, como a residência são essenciais para o desenvolvimento da interprofissionalidade em uma equipe profissional, visto que, dialoga com a premissa do SUS.

NARRATIVA 4 – Campo de Lavanda

Estar no cenário da Saúde Mental é desafiador. Quantas vivências que perpassam a atuação da Residência Multiprofissional e como o estigma que a loucura produz, constrói um tabu sobre o usuário taxado como “louco”, “desorientado”, “perigoso”.

Lembro como se fosse hoje, quando estava sentada no sofá da casa dos meus avós, contando para minha família sobre minha aprovação neste processo de formação. Muitos elogios, porém ao informar que iria iniciar pelo cenário do CAPAAC, os olhares mudaram, um silêncio ensurdecedor tomou conta e as falas que deixaram a tona demonstraram o “medo” que permeia a concepção da loucura.

Ao começar nesse processo novo e cheio de incertezas, iniciar no campo junto a um grupo de residentes de outras categorias me fortaleceu, trazendo reflexões sobre a importância de cada profissional neste processo, promovendo práticas multiprofissionais e integradas, principalmente entre o serviço social, na qual muito me identifiquei neste processo, que vejo como um profissional muito parecido com o psi, que enxerga o sujeito em sua singularidade e leva em conta todos os seus aspectos psicossociais.

Um elemento que destaco como importante é a nossa formação teórica através das tutorias, que dão base teórica e científica para nossa atuação e demonstram a importância da Política de Educação Permanente em Saúde no SUS, trazendo ao

residente a possibilidade de trazer alguns temas para estudo em equipe, promovendo um espaço de troca e conhecimento entre os profissionais.

Assim, observo como a criação do “Projeto Aquarela”, projeto que tinha como objetivo o atendimento multidisciplinar de crianças com demandas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde deixou claro a importância do trabalho interprofissional, pois através de um grupo de psicóloga, assistente social e farmacêutica, promoveu a nós como profissionais o aprendizado e interação juntas, promovendo melhorias e qualidade na atenção à saúde, deixando claro através dos grupos terapêuticos que o trabalho em equipe é essencial para o cuidado ampliado em saúde, além da busca por romper com a lógica biomédica, valorizando a equipe multiprofissional.

A residência e seus desafios me lapidaram como profissional, trazendo conhecimento teórico, prático e tantas vivências na saúde mental através do SUS, sistema na qual me apaixonei e pretendo contribuir daqui em diante. Por fim, a atuação da psicologia no processo da residência é enriquecedora, pois acontece de forma singular e criativa, nos colocando fora da zona de conforto e trazendo uma imensidão de possibilidades no cuidado psi, que vão muito além de ficar em uma sala realizando atendimento psicológico. O cuidado psi no SUS reverbera a importância do trabalho multiprofissional e deste profissional nos grupos terapêuticos, na articulação de rede, nos estudos de casos, nas visitas domiciliares e em tantas outras facetas, que só seriam possíveis através deste processo. Processo este que foi árduo, reflexivo, cansativo, adoecedor, complexo... Porém foi lindo, potente, criativo e resistente!

NARRATIVA 5 - Cerejeira

Acredito que o processo de formação vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde Mental possibilitou maior qualificação acerca da prática interprofissional e colaborativa no SUS de um modo geral. Isso porque o trabalho cotidiano de planejamento de atividades, bem como da execução e avaliação das propostas, quando feitas em conjunto com outros profissionais, favoreceu a construção de novos olhares sobre os problemas enfrentados. Esta reflexão é válida tanto para as ações desenvolvidas diretamente com os usuários, quanto para os momentos de

discussão coletiva entre a equipe, tais como reuniões de equipe, matriciamento, reuniões de colegiado gestor, etc.

Realizar um grupo de fala com a presença de um[a] terapeuta ocupacional, fazer um atendimento compartilhado com um[a] assistente social, desenvolver uma atividade coletiva com um[a] arteterapeuta, fazer uma roda de conversa com um[a] enfermeira ou uma oficina de crianças com um[a] fonoaudióloga, por exemplo, trouxeram inúmeros questionamentos e informações que, uma vez discutidos e elaborados, complementaram o meu saber e qualificaram a minha prática. Quando há abertura para esses encontros, a troca de experiência permite, também, a redução dos medos e inseguranças que atravessam os trabalhadores da saúde, em especial daqueles que ingressaram no SUS recentemente, tais como os residentes em sua maioria.

Necessário salientar que essa prática colaborativa tão potente para a formação em saúde, num contexto em que tentamos, paulatinamente, abandonar as práticas fragmentadas médico-centradas, encontra obstáculos em diferentes cenários. Os problemas de gestão que deslocam o objetivo das ações de cuidado para uma mera produção de números (produtivismo); a desarticulação da rede intra e intersetorial, que obstaculizam o trabalho e a resolutividade das equipes; a falta de valorização do profissional de saúde, que se vê sobrecarregado e mal remunerado, fazendo com que, aos poucos, acabe adotando uma postura distanciada do seu fazer a fim de evitar o adoecimento; entre outros, foram problemas percebidos nos cenários de prática durante a residência que impactam na falta de colaboração entre as equipes e, conseqüentemente, na interprofissionalidade.

Em resumo, ao final deste processo, entendo que a residência permitiu, de um lado, vivenciar as potencialidades do trabalho colaborativo e interprofissional no âmbito do SUS, reafirmando-os enquanto premissas para uma práxis humanizada e integral, e, por outro, evidenciou os desafios que perpassam a sua efetivação, posto que atravessam questões não apenas formativas, mas, também, estruturais das políticas públicas.

NARRATIVA 6

A escolha pela residência em saúde mental iniciou a partir do incentivo e uma amiga de profissão que havia entrado no Programa de Residência em Cuidado Paliativo

em Jerônimo Monteiro-ES. A princípio, fiquei na dúvida em qual especialidade gostaria ingressar, mas em virtude de já ter aproximado com cuidados paliativos na Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer, vi na residência uma estratégia de conhecer mais sobre a área da saúde mental que até então era nova e tive pouco contato na graduação.

A residência me forçou a busca pela temática e tudo aquilo que a envolvia. A prática no cenário de Cachoeiro de Itapemirim foi desafiador e com isso a busca pelo conhecimento aumentava a cada local que eu transitava. O trabalho com a equipe e com as demais residentes aguçava em mim a vontade de transformar situações que víamos nos serviços e que estavam enrijecidas. O compartilhamento com as demais residentes e até com profissionais que marcaram e me impulsionavam para a transformação da forma de cuidado.

A residência proporcionou a entrada no grupo de whatsapp do grupo da luta antimanicomial que foi importante para ter ciência do movimento social em prol da saúde mental. Além é claro, de local de debate e articulação para ações que estávamos envolvidas.

Outro ponto importante a ser salientado é a colaboração das tutoras que nos davam apoio através do conhecimento de forma didática e pela metodologia ativa, como forma de repensar a prática exercida e nos aproximar com que a política e as prerrogativas estabeleciam para ofertar o cuidado ampliado e humanizado.

Todo o desenvolvimento das atividades na residência encontrava com profissionais de diversas áreas, seja através dos cenários de campo e/ou nas tutorias, espaço este que agregava muito para o meu desempenho e amadurecimento profissional. As tutorias de núcleo era um espaço que pra mim me fez repensar muito na minha prática. E as transformações foram sendo introduzidas na minha prática. A tutoria de núcleo que acontecia com várias categorias e de outra realidade me fez refletir o quão estamos distantes do ideal de municípios metropolitanos. Cachoeiro de Itapemirim era a selva que precisa ser dominada pelo grupo do bem! Se eu disser que encontrei com alguns, embora escasso. Por diversas vezes recorríamos a ela, enquanto um suporte que apesar de gerar o incomodo, conseguia balançar as amarras dos serviços e até aproximar os profissionais que queriam fazer a diferença. E aqui cito todas as residentes, coordenação de serviço substitutivo que começou a reconhecer as movimentações e até o técnico de enfermagem. Com este último tive o prazer por vários momentos refletir o SUS que éramos e o SUS que queríamos. E,

além disso, descobri o extraordinário?! Ele era atuante fervoroso no conselho de saúde e na representação dos trabalhadores do SUS. Enfim, tive uma aula não só da saúde pública mais de debate políticos em meio a eleição. E é claro, eramos do mesmo lado!

Pra mim isso resume o meu processo de educação interpessoal. Ele esteve presente em diversos espaços da residência e de diferentes formas!

NARRATIVA 7 – Meu Limão, Meu Limoeiro

Tudo começou de fato quando eu tive que ir até o CAPAAC e procurar por Taismane, confesso que tive que ensaiar esse nome para poder falar certo no dia hahahah. Começar no CAPAAC que até então é o último recurso da saúde mental foi muito importante para a minha formação e a formação do nosso famoso trio furacão que arrumava problema por onde passava. No CAPAAC, tínhamos as preceptoras mais exigentes e organizadas que Cachoeiro possui, elas estavam lá por nós para assumir nossas inquietações, mas deixaram claro que não fariam por nós. Nesse primeiro cenário de prática, aprendi muita coisa enquanto profissional mas também enquanto pessoa. Acredito que sair da graduação direto para residência foi uma ótima escolha, já que a residência nos permite trabalhar e refletir sobre como estamos trabalhando e o que podemos fazer para melhorar nosso atendimento aos pacientes. Aprendi muitos nos demais campos em que atuei, pude ver a importância de um, até então desconhecido por mim, CAPS na vida de um usuário. O cuidado em liberdade, a autonomia de escolha, ações tão simples que mudam vidas completamente. A residência foi um capítulo muito importante da minha vida que não me arrependo de ter feito. Sair dela sabendo a potência do SUS e a importância de ser uma boa profissional. Pois foi na residência que eu aprendi o sentido de multi, não fui pelo caminho do profissional que faz apenas o que lhe é conveniente, aprendi que o profissional farmacêutico pode fazer um grupo terapêutico, podemos realizar uma escuta qualificada. Ser um profissional que trabalha de maneira multiprofissional ajuda muito a vida do paciente, pois poupa tempo e estresse. Saúde mental ainda é um tabu e a institucionalização ainda é muito forte no nosso município, isso ressalta a importância da residência para a cidade, já que o setor de saúde mental sempre é esquecido pelos governantes.

PRÓLOGO

GRATITUDE

Brandon Lake

Todas as minhas palavras são insuficientes
 Não tenho nada de novo
 Como poderia expressar
 Toda a minha gratidão?

*E eu sei que não é muito
 Mas não tenho nada digno de um Rei
 Exceto um coração cantando Aleluia
 Aleluia*

Poderia cantar todas essas canções
 Como eu sempre faço
 Mas toda música uma hora acaba
 E Você nunca termina!

*Então vamos lá, minha alma
 Oh, não seja tímida comigo
 Erga essa canção
 Pois você tem um leão dentro dos pulmões
 Erga-se e louve ao Senhor*

*Então eu ergo as minhas mãos
 E Te louvo de novo e de novo
 Porque tudo que eu tenho é um Aleluia
 Aleluia*

*Louve o Senhor
 Louve o Senhor
 Louve o Senhor*

*E eu sei que não é muito
 Mas não tenho nada digno de um Rei
 Exceto um coração cantando Aleluia
 Aleluia*

*Então eu ergo as minhas mãos
 E Te louvo de novo e de novo
 Porque tudo que eu tenho é um Aleluia
 Aleluia*

Tenho uma resposta
 Tenho só um movimento
 Com meus braços bem abertos
 Eu irei Te adorar

*E eu sei que não é muito
 Mas não tenho nada digno de um Rei
 Exceto um coração cantando Aleluia
 Aleluia*

*Então eu ergo as minhas mãos
 E Te louvo de novo e de novo
 Porque tudo que eu tenho é um Aleluia
 Aleluia*

**Álbum "House Of Miracles"
 (2020) – Tradução Livre**

*Deus criou toda vida através da **Palavra**.
 E meu desejo é que nós,
 Únicos seres formados em Sua total imagem e semelhança,
 Escolhamos refletir esse Poder Criador em nossas declarações,
 De modo que as nossas palavras sejam instrumentos
 De fé, de amor e de geração de vida!*

Aba, receba o meu Hallelujah!

Taismane Clarice