



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DENISE FINGER

**OCUPANDO ESPAÇOS “EXTRAMUROS”: UMA REFLEXÃO
ACERCA DO PAPEL DO COLETIVO CATARINENSE DE
RESIDENTES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2019

DENISE FINGER

**OCUPANDO ESPAÇOS “EXTRAMUROS”: UMA REFLEXÃO
ACERCA DO PAPEL DO COLETIVO CATARINENSE DE
RESIDENTES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Residência.

Orientadora: Keli Regina Dal Prá

FLORIANÓPOLIS

2019

DENISE FINGER

**OCUPANDO ESPAÇOS “EXTRAMUROS”: UMA REFLEXÃO
ACERCA DO PAPEL DO COLETIVO CATARINENSE DE
RESIDENTES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE**

Esta monografia foi julgada adequada para a obtenção do Título Residente e aprovada em sua forma final pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Florianópolis, 18 de fevereiro de 2019.

Prof. Me. Norberto Rech
Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
da Família

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Keli Regina Dal Prá
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientadora

Mestre Ellen Caroline Pereira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Doutor Marco Aurélio da Ros
Universidade do Vale do Itajaí

FLORIANÓPOLIS

2019

A todos os residentes e profissionais da saúde
que se indignam com a injustiça e que lutam por
um SUS de qualidade e para todos.

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa de construção de conhecimentos que se encerra e com ela, mais um motivo para agradecer a tudo e a todos que me proporcionaram vivenciar esse momento. Foram dois anos intensos e de muitas mudanças, inclusive mudança de cidade, de rotina, de amigos e colegas. Com essas mudanças, surgiram também os medos, angústias e desafios, assim como, muita superação, aprendizado, conquistas, conhecimento e crescimento pessoal, profissional, ético e social. Assim, pela Denise que hoje me tornei, agradeço primeiramente à Deus, pela oportunidade de vivenciar o que há dois anos tanto quis e pedi, e por estar comigo em todas as horas, mesmo quando me sentia sozinha, porém sabia que não estava. Agradeço aos meus pais, Eloi e Teresinha, pelo apoio incondicional que sempre me deram em todas as etapas da minha vida; que mesmo com a distância física, sempre estiveram ao meu lado; pelo aconchego que sempre recebi ao retornar para casa. Agradeço aos meus irmãos, Carine e Rodrigo, pelo apoio e incentivo que sempre me deram, mesmo antes da residência. Agradeço aos meus tios, em especial ao Roque e à Vilma, que sempre estiveram dispostos a me ajudar no que fosse necessário para “voar”, como a própria tia diz. Devo enormes agradecimentos a minha amiga Bia, pela receptividade em Florianópolis, pela importante ajuda durante o processo seletivo e nos meus primeiros dias nessa cidade que inicialmente me assustava. Agradeço à Deus por ter colocado uma nova amiga/irmã em minha vida, Andrini Hie, com quem dividi o apartamento, as angústias, as

tristezas, as alegrias, as conquistas e os segredos. Agradeço, Andrini, pela sua paciência, compreensão, empatia e carinho comigo, com certeza, te levarei eternamente em meu coração. Agradeço também aos novos amigos que conquistei durante esse período, cada pessoa que conheci e convivi (muitos nomes se passaram em minha mente nesse momento, nomes que talvez não aparecerão no texto) contribuíram de alguma forma, para me tornar a pessoa que hoje sou. Agradeço ao time De Quinta Futebol Clube, pelas amizades, pelas alegrias, pelos jogos, churrascos e cervejas compartilhadas; vocês fizeram eu me sentir “em casa” novamente. Da mesma forma, agradeço aos amigos antigos que permaneceram em minha vida, alguns mesmo distantes fisicamente, assim como a Angela, a qual foi um presentinho da Enfermagem/UFFS para a minha vida e se tornou uma amiga-irmã, com a qual compartilho minha vida e sinto-me honrada por cultivar essa amizade. Deus é tão bondoso em meu círculo de amizades que, além de fazer novos amigos e cultivar os antigos, me proporcionou a oportunidade de conviver novamente com uma grande amiga de infância, a Suelen, a qual não via há muitos anos, mas reencontrei e me ajudou estando presente em muitos momentos e me acolhendo quando me sentia só. Falando em amizades, aproveito a oportunidade para agradecer aos amigos e colegas de trabalho do Centro de Saúde Jardim Atlântico, com quem trabalhei e convivi durante esses dois anos, aprendendo e crescendo profissionalmente: Clarice, Nedi, Belinha, Thiago, Ana, Angela, Janete, Liane, Patrícia, Kênia, Adriana, José Luiz, Rafael, Ladir; bem como, à

todos os profissionais do NASF, com quem também cresci e aprendi. Agradeço de forma especial à minha preceptora Andresa, a qual sempre esteve disposta a me ajudar e ajudar a todos os residentes do CS; mãe e mulher de fibra, enfermeira competente e dedicada, coordenadora comprometida e excelente preceptora, orientando e incentivando o melhor de mim. Da mesma forma, agradeço imensamente a cada usuário do CS, com os quais aprendi o valor da empatia e do respeito à história que cada um carrega consigo e pelos quais reafirmo minha luta em defesa do SUS. Agradeço a todos os professores do programa de residência, pelas importantes contribuições na minha formação profissional, em especial, à minha professora e orientadora Keli, por aceitar o desafio de me acompanhar na construção do TCR; agradeço pela sua confiança, presença, orientação, conselhos e inspiração; agradeço também pela existência do pequeno Théo, que nos acompanhou desde o início da “gestação” desse TCR. Nesse percurso de dois anos, outros residentes caminharam comigo, aos quais também gostaria de agradecer. Agradeço aos meus R2s: Fernanda, Ellen, Bruna, Ricardo e em especial, à minha eterna R2 Paola, a qual é para mim exemplo de enfermeira e de mulher, com a qual aprendi e cresci muito; agradeço pela sua paciência, suas explicações, por compartilhar sua experiência, por me estimular a ser uma profissional melhor, e principalmente, por sua amizade. Agradeço aos meus colegas residentes da turma 2017/2019, que em meio às diferenças me fizeram aprender e crescer mais. Agradeço em especial aos meus colegas residentes do CS

Jardim Atlântico, Joaquim, Karina, Sheylane e Tatiane, com os quais aprendi muito, não apenas profissionalmente, mas também a compreender a importância do outro em nosso trabalho e em nossa vida; fomos mais que uma equipe, fomos companheiros e amigos. Um agradecimento especial à todos os residentes que construíram e fortaleceram o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde e de alguma forma tornaram esse estudo possível, em especial à Ellen e a Nanda que são exemplo para mim, exemplo de mulheres, de profissionais e de militantes. Obrigada ao Joaquim, por ter sido meu colega e amigo, ajudando a tocar o barco do Coletivo, mesmo quando pensamos que não daríamos conta. Agradeço aos demais integrantes do coletivo, residentes de diversos programas, que fazem o Coletivo acontecer, mesmo com as dificuldades de horários, distância e cansaço. Agradeço também aos RIs que ingressaram em 2018 e já “arregaçaram as mangas” para dar continuidade e fortalecer ainda mais o Coletivo: Ana, Gabriela, Elba, Marina, Pâmela e Bruna. Para concluir, não poderia deixar de agradecer aqueles que foram fundamentais para meu estudo e para que o Coletivo existisse hoje: ex-residentes fundadores e integrantes do Coletivo e participantes da pesquisa. Meu muito obrigada!

[...] Mesmo na noite mais triste

Em tempo de servidão

Há sempre alguém que resiste

Há sempre alguém que diz não.

(Trova do vento que passa, de Manuel de Melo Duarte Alegre)

RESUMO

A formação em saúde no Brasil e no mundo ainda é, infelizmente, predominantemente tecnicista e fragmentada, seguindo os moldes do modelo biomédico dos sistemas de saúde. No entanto, percebe-se que os espaços político-organizativos de participação e organização social são essenciais para a formação de um pensamento crítico, reflexivo e transdisciplinar dos profissionais da saúde. Nas residências em saúde, entende-se que os espaços de organização social, como os coletivos de residentes, são espaços importantes para o aprendizado e formação cidadã dos residentes. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo principal analisar como a participação no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde contribui para a formação em saúde. Para alcançar esse objetivo, realizou-se uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com ex-residentes que já concluíram a residência e que integraram o Coletivo, sendo que a coleta de dados iniciou após aprovação do projeto deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A participação se deu por meio de um questionário semiestruturado elaborado no Google Forms, o qual foi enviado via e-mail e respondido pelos participantes. Após, os dados coletados foram analisados a partir das etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin. Os resultados foram organizados em dois capítulos, sendo o primeiro voltado para apontamentos do processo histórico das residências no Brasil, e o segundo para a análise do perfil e das percepções dos participantes. O presente estudo demonstrou que existem muitas fragilidades na formação política na saúde, em especial na residência. Entre as fragilidades, percebeu-se a falta de apoio das coordenações, dos preceptores, tutores e da gestão do serviço de saúde para a participação dos residentes em espaços de organização social; a carga horária exaustiva dos programas de residência; situações de assédio geradas pela gestão da saúde municipal. No entanto, a organização dos residentes fez surgir o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, que teve como principal fator contribuinte o apoio e estímulo dos próprios residentes, tornando-se um espaço de mobilização destes. Desta forma, o Coletivo Catarinense contribuiu

direta e positivamente na formação desses residentes, estimulando a organização e mobilização da classe, o pensamento crítico acerca da realidade e do SUS real, bem como, estimulou a participação em demais espaços políticos da sociedade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; formação profissional; participação social.

ABSTRACT

Health education in Brazil and in the world is still, unfortunately, predominantly technical and fragmented, following the model of the biomedical model of health systems. However, it is perceived that the political-organizational spaces of participation and social organization are essential for the formation of critical, reflexive and transdisciplinary thinking of health professionals. In health residences, it is understood that spaces of social organization, such as the collective of residents, are important spaces for the citizens' learning and formation of residents. Thus, the main objective of this study is to analyze how participation in the Catarinense Collective of Health Residents contributes to health education. In order to achieve this objective, a descriptive and exploratory field survey was carried out with ex-residents who had already completed their residency and who were part of the Collective, and data collection started after approval of the study project by the Ethics Committee in Research with Human Beings (CEPSH) of the Federal University of Santa Catarina (UFSC). Participation took place through a semi-structured questionnaire elaborated in Google Forms, which was sent by e-mail and answered by the participants. Afterwards, the collected data were analyzed from the steps of the content analysis proposed by Bardin. The results were organized in two chapters, the first one focused on the historical process of the residences in Brazil, and the second one for the analysis of the profile and the participants' perceptions. The present study demonstrated that there are many weaknesses in the political formation in health, especially in the home. Among the weaknesses was the lack of support from coordinators, preceptors, tutors and the management of the health service for the participation of residents in spaces of social organization; the exhaustive workload of residence programs; harassment situations generated by municipal health management. However, the residents' organization created the Catarinense Collective of Health Residents, whose main contributing factor was the support and encouragement of the residents themselves, becoming a space for mobilizing them. In this way, the Catarinense Collective contributed directly and positively to the training of these residents, stimulating the organization and

mobilization of the class, critical thinking about reality and the real SUS, as well as, stimulated participation in other political spaces of society.

Keywords: Unified Health System; professional qualification; social participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Detalhamento da categoria profissional dos participantes..	55
Gráfico 1 - Fatores que motivaram a participação dos residentes no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde.....	57
Gráfico 2 - Fatores que facilitaram a participação dos residentes no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde.....	58
Gráfico 3 - Fatores que dificultaram a participação dos residentes no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde.....	59

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNJ – Conselho Nacional da Juventude
COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissionais em Saúde
COREMP – Comissão da Residência Multiprofissional
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
ENRS – Encontro Nacional de Residências em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HU – Hospital Universitário
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PADA – Programa de Articulação Docente Assistencial
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PRISF – Programa Residência Integrada em Saúde da Família
ProJovem – Programa Nacional de Inclusão de Jovens
PSF- Programa Saúde da Família
RCTBF – Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucofacial
RDA – Rede Docente Assistencial
REMULTISF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RIMS – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
RIS – Residência Integrada em Saúde
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR – Trabalho de Conclusão de Residência
UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense
UNIVALI- Universidade do Vale do Itajaí
UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense

Sumário

1. INTRODUÇÃO	18
2. O CAMINHO DE CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO: APONTAMENTOS SOBRE O HISTÓRICO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL	30
3. O COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE E DEMAIS ESPAÇOS DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	45
3.1 PROCESSO HISTÓRICO DO COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE.....	45
3.2 PERFIL E PERCEPÇÕES DOS EX-RESIDENTES QUE PARTICIPARAM DO COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE.....	54
3.3 O COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	63
3.4 DEMAIS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	69
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS - FORMAÇÃO PARA O SUS EM TEMPOS SOMBRIOS: COMO ENFRENTAR?.....	77
5. REFERÊNCIAS.....	83
6. APÊNDICES.....	91
APÊNDICE 1: MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	91
APÊNDICE 2:QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS.....	95

7. ANEXOS.....100
ANEXO 1: DECLARAÇÃO DO COLETIVO CATARINENSE DE
RESIDENTES EM SAÚDE.....100

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a realidade do sistema educacional tradicional possui um forte caráter fragmentado e desarticulado que, segundo Alves e Reinert (2005), tem origem na exigência que a sociedade moderna, devido suas formas de organização social, impôs às instituições de ensino. Ainda as relações de produção capitalista e a divisão do trabalho industrial influenciaram a organização curricular da formação em todos os níveis (ALVES; REINERT, 2005). Nesse sentido, Carvalho e Nepomuceno (2008), afirmam que o sistema educacional brasileiro é repleto de lacunas e fragmentações do ser humano, obrigando a aprender o que é imposto e ignorando questionamentos ou as vivências individuais.

No entanto, Freire (1996, s/p) afirma que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção”. Apenas em condições de verdadeira aprendizagem os educandos transformam-se em sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, juntamente com o educador, igualmente sujeito do processo (FREIRE, 1996).

No campo da saúde, porém, o processo de educação segue as mesmas referências de hierarquia e fragmentação do modelo de educação tradicional. Segundo Feuerwerker (2005), os valores do modelo médico-hegemônico são predominantes na sociedade e assim,

orientam a formação dos profissionais de saúde. Nascimento e Oliveira (2006) afirmam que a formação da maioria dos profissionais da saúde é predominantemente tecnicista e com enfoque clínico, deixando de lado o enfoque coletivo e contextualizado. Segundo os autores, a formação deve ser articulada ao mundo do trabalho, ultrapassando a barreira entre teoria e prática e estimulando o desenvolvimento de um olhar crítico-reflexivo, que possibilite a transformação das práticas.

Convém citar novamente Freire (1996), que, ao falar sobre a formação de professores, também permite reflexões em outras áreas da educação, inclusive na saúde. Durante a formação profissional, é fundamental a reflexão crítica sobre a prática. Somente através do pensamento crítico da prática de ontem que se pode aprimorar a prática do amanhã (FREIRE, 1996).

Nos cursos de graduação na área da saúde ainda percebe-se dificuldade em possibilitar essa dimensão política vinculada ao espaço de trabalho e sociedade em geral. No entanto, na pós-graduação, os cursos de residência multiprofissional e uniprofissional têm se mostrado uma importante ferramenta para suprir essa lacuna no processo formativo do profissional da saúde, bem como, para promover mudanças nos serviços de saúde, superando práticas cristalizadas.

A residência em saúde é uma modalidade de pós-graduação lato sensu voltada para a educação no serviço, sendo que os residentes realizam atividades teórico-práticas, inseridos no local de trabalho, onde

desempenham ações de sua competência, bem como, desenvolvem estudos teóricos relacionados à ênfase do programa de residência.

No Brasil, a residência médica é a modalidade mais antiga, sendo regulamentada em 1977, por meio do decreto 80.281, de 05 de setembro. Já as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, foram oficialmente instituídas pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, porém com trajetória anterior, sendo definidas como uma “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” (BRASIL, 2005, s/p). Entende-se para área da saúde as profissões de: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998).

Posteriormente, através da Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, são dispostas as diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e Profissional de Saúde onde, é definido como uma das funções do residente, ser:

co-responsável pelo processo de formação e integração ensino serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas (BRASIL, 2012, p. 7).

Desta forma, percebe-se que a legislação prevê a participação do residente no seu próprio processo de formação profissional e, indo

além, no processo de formação política. Nesse aspecto, Guizardi e Pinheiro (2012, p.431), citam a participação política na discussão acerca das práticas institucionais de formação, propondo uma nova perspectiva que supõe “não tanto formar para participar, mas participar para formar”. Nesse aspecto, a escolha pela abordagem pedagógica pode ser uma potente ferramenta para a dimensão política na formação do trabalhador (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012).

Lobato, Melchior e Baduy (2012), relatam as experiências de um programa de residência multiprofissional em saúde no interior de São Paulo. Entre essas, citam a mobilização dos residentes na reestruturação dos espaços de ensino-aprendizagem e a inclusão do Coletivo de Residentes nas discussões pedagógicas. Além disso, no programa de residência citado no estudo, existem alguns espaços coletivos, como reuniões da Comissão da Residência Multiprofissional (COREMP), reuniões da Equipe da Gestão e reuniões do Coletivo de Residentes. Segundo os autores, o coletivo era coordenado por residentes do primeiro e segundo anos e era o espaço onde se discutiam pautas da representação do programa e realizavam-se diversas atividades pedagógicas e políticas, como discussões do Movimento Nacional de Residentes e os rumos da política nacional e local de saúde.

Considerando o estudo supracitado, percebe-se a importância da ocupação de espaços além da residência para a formação política, sendo os Coletivos de Residentes um exemplo, permitindo a reflexão crítica

do programa de residência e também do contexto social, político e econômico em que estão inseridos, bem como os reflexos disso nas políticas de saúde. Além desse, espaços como a Comissão de Residência Multiprofissional e Uniprofissionais em Saúde (COREMU), assembleias populares, assembleias de servidores públicos, reuniões de conselhos locais e municipais de saúde, manifestações, atos públicos, entre outros, são espaços de construção do verdadeiro aprendizado. O aprendizado que não é imposto, mas sim construído com e pelo residente, o qual assume seu protagonismo na história e vai ao encontro da ideologia defendida por Freire (1996, s/p), assumindo-se como “ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar”.

Ideologia esta, que deve, mais do que nunca, ser retomada, frente ao cenário de opressão, perda de direitos e desmontes que se vivencia atualmente na área da saúde. Nesta conjuntura, o SUS enfrenta diariamente diversos ataques, no que se pode citar, por exemplo, a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, a qual institui um teto para os gastos públicos e congela os investimentos em serviços públicos por 20 anos; a iniciativa de planos populares em saúde; a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a privatização dos serviços de saúde que vem se espalhando pelo Brasil inteiro.

Diante do exposto, percebe-se que a Reforma Sanitária e a luta em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser constante, assim

como a luta por uma educação de qualidade, visto que esses desmontes prejudicam também o processo formativo das residências em saúde. Ao mesmo tempo, esse cenário se torna um campo de formação e organização política dos residentes, fundamental para a garantia da qualidade dos processos formativos das residências, bem como, para o próprio direito à saúde.

Além dos obstáculos encontrados no atual cenário brasileiro, os programas de residência também encontram outros entraves, como carga horária exaustiva, assédio moral no ambiente de trabalho/formação, desmonte das políticas públicas, especialmente da política de saúde, necessidade de melhorias nos programas de residência, entre outros. Frente a essas dificuldades, criaram-se alguns espaços de organização entre os residentes, sendo que entre estes, cita-se os Coletivos de Residentes em Saúde, os quais têm se organizado em várias regiões do Brasil.

Em Santa Catarina, o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde tem sido rearticulado nos últimos anos, principalmente após o I Encontro Catarinense de Residências em Saúde, realizado na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), em dezembro de 2016, e desde então tem-se reunido periodicamente, abordando temas e pautando bandeiras de lutas que permeiam a realidade cotidiana dos residentes. Atualmente o Coletivo Catarinense de Residente em Saúde tem se reunido presencialmente na cidade de Florianópolis, mas com

participação on line de alguns representantes das residências de outros municípios, como Itajaí, Criciúma, Joinville e Chapecó, visto que se trata de um espaço de discussão, organização e construção de todos os residentes em saúde no estado de Santa Catarina. Durante os anos de 2017 e 2018, a autora deste projeto teve a oportunidade de participar do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, por meio de reuniões, debates, seminários, assembleias, estudos, entre outros. Percebendo a importância deste espaço de organização dos residentes em sua formação profissional, surge o interesse em investigar a contribuição deste Coletivo para a formação dos profissionais que já concluíram a residência.

Considerando que a formação dos profissionais da saúde deve ultrapassar os limites teóricos de suas áreas específicas, entende-se que os espaços político-organizativos de participação e organização social são essenciais para a formação de um pensamento crítico, reflexivo e transdisciplinar dos profissionais da saúde. Nesse sentido, a residência em saúde deve se configurar num espaço que permita aos residentes ver a realidade com um olhar crítico, político e social.

Desta forma, entende-se que os espaços de organização social, como o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, são espaços importantes para o aprendizado e formação cidadã dos residentes. A falta de produção sobre este tema indica a necessidade de estudos que investiguem a contribuição destes espaços na formação dos

profissionais da saúde, a fim de garantir e legitimar a participação dos residentes nesses espaços durante a residência, como ambientes de formação. Nesse sentido, justifica-se a realização deste estudo, o qual é o primeiro referente a esta temática em Santa Catarina.

Além disso, a partir da revisão bibliográfica realizada e da análise dos dados coletados, este estudo pode contribuir com sugestões na melhoria dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de residências em saúde no estado e no país. Entre as contribuições, o estudo poderá justificar a importância da garantia de espaços político-organizativos, como o Coletivo Catarinense de Residentes, durante o processo de formação profissional na residência. A garantia deste espaço se faz necessária, pois o Coletivo é um espaço de reivindicação dos residentes, bem como, de formação e organização multiprofissional, permitindo o contato com diferentes áreas profissionais e de diferentes programas de residência. Desta forma, este Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) poderá beneficiar os atuais e futuros residentes em saúde, bem como, contribuirá para uma formação crítica e reflexiva de profissionais do SUS.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo principal analisar como a participação no Coletivo Catarinense de Residentes contribui para a formação em saúde. A partir disso, espera-se: I) caracterizar os ex-residentes que participaram do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde até dezembro de 2017; II) analisar os fatores

que motivaram a participação dos ex-residentes no Coletivo Catarinense; III) identificar demais espaços de mobilização social, além do Coletivo Catarinense, que os ex-residentes atuaram durante o período da residência e IV) conhecer a percepção dos ex-residentes acerca da contribuição da participação no Coletivo Catarinense em sua formação profissional.

A pesquisa consiste em uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Para Engel e Silveira (2009), a pesquisa de campo se caracteriza pela coleta de dados junto às pessoas, além do conhecimento bibliográfico e/ou documental, sendo que em relação aos objetivos da pesquisa, um estudo exploratório busca maior proximidade com o problema, tornando-o mais explícito ou construindo hipóteses. Os autores citam que o estudo descritivo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade, exigindo conhecimento sobre o que será pesquisado.

Segundo Engel e Silveira (2009), a abordagem qualitativa não se detém aos números ou quantidades, mas sim, no aprofundamento da compreensão de um grupo social ou organização, portanto, se preocupa com aspectos que não podem ser quantificados, na dinâmica das relações sociais. Para Gil (2002) a abordagem de natureza qualitativa permite entrar em profundidade na essência do tema proposto, facilitando as reflexões e interpretações e valorizando todo o processo

da pesquisa, não apenas os resultados, mas também os aspectos históricos e sociais da implementação das políticas públicas de saúde.

A seleção dos participantes da pesquisa ocorreu a partir das atas e registros do Coletivo Catarinense de Residentes, onde constam os nomes dos ex-residentes que participaram deste coletivo. O acesso a estes documentos foi autorizado pelo Coletivo Catarinense de Residentes através de carta de anuência (anexo 1). O contato com essas pessoas aconteceu, inicialmente, através de redes sociais e rede de conhecidos, sendo que os próprios ex-residentes indicaram outros ex-residentes que fizeram parte do Coletivo Catarinense desde sua origem até dezembro de 2017. Após contato inicial com os participantes, a participação na pesquisa foi oficializada através de e-mail. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 1) foi enviado por e-mail a cada um dos participantes, sendo que estes foram orientados a enviar o TCLE assinado e escaneado para a pesquisadora.

Destaca-se que a coleta de dados apenas iniciou após aprovação do projeto deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através do parecer nº 2.841.162/2018. Desta forma, os ex-residentes que aceitaram participar da pesquisa, primeiramente assinaram o TCLE e posteriormente o enviaram para o e-mail da pesquisadora. Após estes procedimentos, os participantes responderam o questionário semiestruturado (apêndice 2), elaborado no Google Forms, o qual foi

enviado via e-mail para os ex-residentes em saúde que participaram do Coletivo Catarinense de Residentes.

Após, os dados coletados foram organizados e analisados a partir das etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin (2011). Essas etapas consistem em técnicas de análise das comunicações, objetivando obter, de forma sistemática, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Portanto, a análise dos dados primários foi realizada a partir do modelo analítico e as seguintes etapas foram desenvolvidas: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para Bardin (2011), a pré- análise é a etapa em que se organiza o material a ser analisado com objetivo de torná-lo operacional, compete à sistematização das ideias iniciais. Nesta etapa, todos os questionários foram lidos na íntegra, identificando através das respostas as proximidades e discordâncias de argumentos. Em seguida, foi realizada a etapa de exploração do material ou codificação, que consiste em dividir as ideias em categorias de acordo com a proximidade de suas falas (BARDIN, 2011).

Para o tratamento dos resultados foi criada uma tabela no *word* para separação adequada dos dados de acordo com a categoria identificada. A quarta etapa de inferência e interpretação, buscou

relacionar potencialidades e fragilidades evidenciadas nas falas, a partir de cada categoria analítica (BARDIN, 2011).

Para realizar a análise dos dados e garantir o sigilo dos participantes, estes foram identificados com códigos ou nomes fictícios. Por se tratar de um coletivo estadual, foram escolhidos, aleatoriamente, nomes de algumas cidades do estado de Santa Catarina para identificar os ex-residentes, sem que essas tenham qualquer relação com o participante, sendo estas: Itapiranga, Chapecó, Joaçaba, Lages, Caçador, Blumenau, Urubici, Laguna, Timbó, Içara, Ipuçu, Irani e Penha.

Além da pesquisa realizada com os ex-residentes, a autora fez uso de diários de campo e de anotações realizadas no decorrer do acompanhamento do Coletivo Catarinense, a fim de complementar as reflexões acerca do tema. Para melhor organização e compreensão dos resultados obtidos e suas análises, estas foram organizadas em dois capítulos, sendo o primeiro dedicado ao resgate histórico das residências em saúde no Brasil, já o segundo, destinado à análise e discussão dos dados coletado na presente pesquisa.

2. O CAMINHO DE CONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO: APONTAMENTOS SOBRE O HISTÓRICO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE NO BRASIL

*Os amores na mente
As flores no chão
A certeza na frente
A história na mão
Caminhando e cantando
E seguindo a canção
Aprendendo e ensinando
Uma nova lição*

(Pra não dizer que não falei das flores, Geraldo Vandré)

Para compreender o atual cenário da formação profissional para o SUS, em especial, das residências em saúde no país, é necessário resgatar alguns aspectos históricos desse processo repleto de tensões políticas e disputas. Da mesma forma, é importante relembrar os sonhos e lutas que contribuíram para a consolidação do SUS, os quais podem ser a inspiração para nossas lutas atuais.

O surgimento deste modelo de especialização, voltado para a educação em serviço, se deu através da residência médica, a qual é historicamente mais consolidada no cenário de formação profissional na área da saúde. A residência médica, com registros antigos, surgiu em 1889, a partir do treinamento científico realizado pelo médico americano William Halstedt, no Departamento de Cirurgia da John

Hopkins University, no qual o médico formado passava a residir no hospital por determinado tempo, com atribuições e responsabilidades progressivas nos cuidados pré e pós-operatórios, bem como, na própria execução das cirurgias (MIRANDA JUNIOR, 1997). Portanto, o nome dado a este modelo de especialização está atrelado aos primeiros modelos, onde o profissional literalmente residia no serviço. Atualmente, residir no local do curso não é mais uma exigência dos programas de residência, no entanto, um dos critérios requeridos é a dedicação exclusiva, perpetuando a lógica de que o aprendizado ocorre apenas dentro da instituição de saúde (FERREIRA, 2007).

No Brasil, o primeiro programa de Residência Médica foi implantado em 1945, na especialidade de Ortopedia, no Hospital de Clínicas de São Paulo (BRASIL, 2006). Já em 1976 foi criada, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a primeira Residência em Medicina Comunitária. A proposta deste programa era formar profissionais com uma visão integrada da saúde clínica, saúde mental e saúde pública, garantindo um perfil humanista e crítico. Após dois anos, a Residência do Murialdo, como era chamada, se torna multiprofissional (BRASIL, 2006).

No entanto, foi apenas em 1977, através do Decreto nº 80.281, de 05 de setembro, que a residência médica foi regulamentada e criada a Comissão Nacional de Residência Médica, garantindo maior aporte pedagógico ao modelo de especialização (MIRANDA JÚNIOR, 1997;

BRASIL, 1997). Após, os programas de residência médica foram se multiplicando pelo Brasil, aumentando também o número de especialidades.

Com forte influência do modelo médico, outras áreas da saúde como, Enfermagem, Medicina Veterinária e Odontologia, criam seus primeiros programas uniprofissionais de residência na década de 1960. O primeiro programa de Residência em Enfermagem, por exemplo, foi criado em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo (SILVA, 2013 apud SANTOS, 2018). Porém, no período da Ditadura Militar, a saúde pública e, conseqüentemente, os programas de residência fragilizaram-se com a disputa de modelo de atenção à saúde, visto que as políticas adotadas pelo governo nesse período beneficiaram o complexo médico-industrial, financiado principalmente com o dinheiro público (SANTOS, 2018).

No período da Ditadura Militar, como estratégia de resistência, fortaleceu-se a participação social, inclusive na saúde, culminando no movimento de Reforma Sanitária, o qual consistia em um projeto de reformulação do sistema de saúde, composto por lideranças populares, trabalhadores, sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais, estudantes da saúde e entidades como CEBES e ABRASCO. As principais conquistas do movimento sanitário foram a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a nova Constituição Federal, em 1988 (AGUIAR, 2015). Esses acontecimentos marcaram a

mudança na concepção de saúde, refletindo o contexto político naquele período, sendo o termo “saúde” assim definido na VIII Conferência Nacional de Saúde: “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986, p.04).

A partir de 1999, após criação do Programa Saúde da Família (PSF), da promulgação da Constituição Federal e da criação do SUS, o então Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, formou grupos interessados em reinventar as residências em saúde da família, juntamente a atores do Movimento Sanitário. A proposta era implantar um modelo de residência multiprofissional, onde seria criada uma área comum, porém preservando as especificidades de cada profissão envolvida (BRASIL, 2006). Portanto, o aumento do número de residências multiprofissionais em Saúde da Família está/esteve relacionado à expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O apoio do Ministério da Saúde às Residências Multiprofissionais em Saúde se deu com o projeto ReforSUS, a partir de 1997 (BRASIL, 2006), o qual se trata de uma iniciativa ministerial com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial, tendo como principal objetivo implementar estratégias para o fortalecimento do SUS, garantindo a universalidade, integralidade e equidade no acesso aos bens e serviços de saúde

(BRASIL, 1997). Claro que o grande incentivo às residências em saúde da família contribuiu nas mudanças na formação em saúde, que era fortemente hospitalocêntrica, buscando direcioná-la para a APS, área em expansão devido ao surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF, bem como ajudou a fortalecer esse novo modelo de atenção à saúde. No entanto, não se pode ignorar o fato de que os programas de residência foram e continuam sendo usados, em muitos momentos, para proporcionar a equipe mínima os “cuidados básicos” com menor custo. Da mesma forma, o próprio conceito de Atenção Primária à Saúde pode ser entendido, num campo de disputas, como uma concepção de saúde de menor custo e relevância.

Desta forma, no ano de 2002, a partir do financiamento do Ministério da Saúde, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, cada programa com suas diferenças, porém, todos com o objetivo de trabalhar a integralidade das profissões da saúde (BRASIL, 2006). Mesmo sem ser oficialmente regulamentadas, outras medidas contribuíram para o fortalecimento das residências uni e multiprofissionais no campo da formação do trabalhador para o SUS, como a aplicação dos princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) e a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS, através da Resolução nº 330, de 04 de novembro de 2003.

Segundo este documento, é atribuição do Ministério da Educação: “regulamentar, manter, reestruturar e ampliar as residências já existentes na área da Saúde e criar novos programas adequados às necessidades do SUS e das equipes multi e transdisciplinares de saúde” (BRASIL, 2005, p.58).

No mesmo ano, foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), e em seguida institui-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através da Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2006). No entanto, foi apenas em 2005 que a residência em área profissional da saúde foi instituída no Brasil, através do artigo 13 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, a qual institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional de Juventude. Por meio desta Lei, a residência em área profissional, passa a ser definida como modalidade de ensino de pós graduação *lato sensu* e destinada para a educação em serviço das categorias profissionais da saúde, exceto a medicina. Segundo Olschowsky (2001), os cursos *lato sensu* possuem como objetivo o domínio técnico e científico de determinada área do saber ou da profissão para formar um profissional especializado, diferentemente dos cursos *stricto sensu*, os quais são destinados à formação de pesquisadores e docentes com objetivo essencialmente científico.

Ainda em 2005, a Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro desse ano, institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde. O documento apresenta, entre seus objetivos, a necessidade de desenvolver projetos e programas que visem a formação de recursos humanos coerentes com o SUS, articulando as bases epistemológicas da saúde e da educação superior.

Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente, instituída em 2007 estabelece a necessidade de considerar as “especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007, s/p). A política também apresenta as diretrizes sobre as responsabilidades do Pacto de Gestão para a área da Educação na Saúde, onde cita como função do estado, articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e das especializações das profissões de saúde, inclusive as residências (BRASIL, 2009).

Frente a este histórico, cabe destacar que esta residência não teve, em sua criação, uma lei própria, o que nos instiga a refletir sobre a resistência que existia para a instituição de um modelo de especialização até então realizado apenas pela medicina. No período entre 2003 e 2005, o Ministério da Saúde incentivou a criação de Residências Integradas em Saúde (RIS), buscando a especialização de

profissionais da saúde para atuarem no SUS. No entanto, devido alguns entraves como a resistência médica, a troca do Ministro da Saúde e a legalização da residência multiprofissional, o Ministério da Saúde passou a priorizar os programas de residência multiprofissionais (FERREIRA, 2007). Apesar de aparentar ser apenas uma questão de nomenclatura, Ferreira (2007) afirma que essa mudança não garante a integralidade, pois um programa de “Residência Multiprofissional” é constituído por diversas categorias profissionais, já a nomenclatura “Residências Integradas em Saúde” se refere a um programa multiprofissional, mas no qual ocorre a integração dos diferentes saberes.

Para suprir essa necessidade, foram construídas alternativas para proporcionar a atenção integral em saúde na formação profissional. Entre elas, a Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, determina que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS (FERREIRA, 2007).

Posteriormente, esta portaria é revogada pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Três anos depois, através da Resolução nº

2, de 13 de abril de 2012, foram dispostas as diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e Profissional de Saúde, os quais devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS.

Portanto, a criação do SUS evidenciou a necessidade de transformar a formação profissional na área da saúde, buscando garantir a integralidade da assistência à saúde da população, um dos princípios deste sistema. Essas transformações vêm ocorrendo lentamente com avanços e retrocessos, no entanto, o modelo biomédico e fragmentado continua sendo hegemônico na área da saúde (FERREIRA, 2007). A dificuldade em concretizar essa integralidade da assistência no SUS vem desde sua criação, o qual surgiu num campo de disputas e recebeu, através da descrição na Constituição Federal de 1988, um caráter híbrido, no que tange ao financiamento.

Atualmente, a maioria dos programas de residência médica e os programas de residência em área profissional e multiprofissional são separados, inclusive com legislações específicas. No entanto, algumas experiências no Brasil, assim como na UFSC, onde a autora deste trabalho cursa a residência, mostra a possibilidade de construção interdisciplinar e a integração destes diferentes programas.

A história de atuação multiprofissional em Saúde da Família na UFSC inicia na década de 1970, quando alguns professores dos departamentos de Saúde Pública e de Enfermagem, com o apoio da Pró-Reitoria de Extensão, iniciaram um projeto com alunos voluntários na

comunidade da Costeira do Pirajubaé. O projeto expandiu-se e passou a contar com os cursos de Farmácia e de Nutrição, passando a atuar em outras comunidades e integrando o serviço de saúde pública do Hospital Universitário. Em 1985 foi realizado um convênio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, o que possibilitou o início dos estágios em medicina comunitária, desenvolvidos nos centros de saúde do município, como atividade de extensão, o que perdurou por mais de 10 anos. Neste período, o curso de Psicologia também iniciou seus trabalhos nos centros de saúde (VERDI et al., 2006).

Em 1992, foi organizado um fórum interdisciplinar no Centro de Ciências da Saúde/UFSC, envolvendo os cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Odontologia e Farmácia e contando também com a participação dos cursos de Psicologia e de Serviço Social, a fim de discutir e repensar uma proposta de Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária. A partir de 1997, foi criado o Programa de Articulação Docente Assistencial (PADA), através de um convênio entre a UFSC e a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O PADA, atualmente denominado de Rede Docente Assistencial (RDA), tem como objetivo construir um espaço de articulação ensino-serviço (VERDI et al., 2006).

Em 2003, por pressão da corporação médica, as residências médicas são dissociadas das residências multiprofissionais. No entanto, para evitar essa separação na prática, foram criadas as residências

integradas em saúde, contemplando duas coordenações, duas diplomações, mas com o mesmo programa pedagógico de saúde coletiva (DA ROS; KIELING, 2017). Desta forma, surgiu na UFSC o Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF/UFSC), o qual era composto por dois subprogramas de residência: o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) (VERDI et al., 2006).

Hoje o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade é conduzido pela Escola de Saúde Pública, da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Já o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no qual a autora é residente, é desenvolvido pela UFSC em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. No âmbito da UFSC, estão envolvidos sete departamentos de ensino (Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Educação Física, Saúde Pública e Serviço Social). Já na esfera da Secretaria Municipal de Saúde, o Setor de Educação em Saúde e diferentes Unidades Básicas de Saúde estão envolvidas no programa (VERDI et al., 2006). A forma e os motivos que levaram ao fim do PRISF e a separação destes dois programas não é muito clara, visto que não há nenhuma produção bibliográfica relatando esse episódio. Da mesma forma, o contato com pessoas que vivenciaram esse momento é restrito, visto que muitos não fazem mais

parte destes programas. O que se sabe, de acordo com relatos de alguns professores, é que foi um período de disputas e tensões, sendo que a própria legislação culminou na separação destes, quando define a residência em área profissional da saúde 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” (BRASIL, 2005, art.13).

Desta forma, por meio de uma breve revisão da legislação da residência no Brasil e, especificamente, do programa da REMULTISF, nota-se relação existente entre este modelo de especialização e as necessidades de trabalho no SUS. Ferreira (2007) cita os benefícios da residência para os residentes, mas também para os trabalhadores, que pode resultar em novos conhecimentos para todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, permitindo reflexões sobre o processo de trabalho e um novo modelo de ação em saúde. No entanto, a base pedagógica dos programas, de forma geral, ainda necessita ser fortalecida, pois apesar da importância que os programas possuem para a realidade do SUS e para a formação profissional, estes ainda são muito voltados para a assistência e pouco para a formação política. Isso acaba, muitas vezes, tornando o residente uma fonte de mão de obra barata e para suprir as lacunas de quadro de funcionários nos serviços de saúde.

Miranda e Lopes (2005) afirmam que a residência é historicamente utilizada de forma equivocada para preencher postos de trabalho em diversas instituições, sendo um grande desafio superar o distanciamento existente entre instituições de ensino e os locais de prática. Nesse sentido, Rodrigues (2016) esclarece que, apesar de possuir competências e atribuições específicas de sua área profissional, o residente não pode ser considerado como mais um membro da equipe.

Há uma inserção diferenciada e a articulação com a formação exige supervisão das práticas, horários para estudos, reflexões, reuniões, vivências nas experiências de trabalhos em rede, possibilidade de encontros que ampliem o leque de reflexões e conhecimentos, retornando sob a forma de novas possibilidades e estratégias de educação permanente que reverbere na transformação de modelos e modos de operar em saúde (RODRIGUES, 2016, p.78).

Ainda, a autora cita outro aspecto importante sobre o papel das residências no cenário de trabalho do SUS, o qual nos lembra da incoerência da carga horária dos programas: as 60 horas semanais impostas aos residentes vão contra a luta de várias classes trabalhadoras para redução da carga horária para 30 horas semanais. Desta forma, aceitar a carga horária exaustiva da residência é ser conivente com a precarização do processo de trabalho na área da saúde. Apesar do objetivo de formar profissionais para o SUS, isso pode transformar os programas de residência em obstáculos para as lutas das classes trabalhadoras. Nesse sentido, vale refletir sobre o questionamento

realizado durante os debates do VIII Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS), realizado no Rio de Janeiro em setembro de 2018: afinal, a que “senhor” nós servimos? É necessário questionar e refletir sobre o real papel que os programas de residência assumem no atual contexto de desmonte do SUS e precarização das condições de trabalho, onde cada vez mais os residentes são utilizados para suprir a falta de profissionais, eximindo a gestão das secretarias de saúde da responsabilidade pelos recursos humanos, inclusive, o pagamento dos salários, caracterizando claramente o uso dos residentes como mão de obra barata.

Sendo assim, percebe-se que o processo de construção das residências no Brasil esteve fortemente ligado ao processo de implementação do SUS, apresentando avanços e retrocessos, conquistas e desafios, lutas e paradigmas, disputa de sonhos e interesses. Não se trata apenas de uma história de legislações e políticas, mas uma soma de histórias e sonhos de pessoas que acreditaram na saúde em seu conceito mais ampliado e na renovação do processo de formação de profissionais da saúde, bem como, na consolidação de um SUS de qualidade, com assistência integral e humanitária. No entanto, frente à atual conjuntura de desmontes e perdas de direitos, onde o cenário político tensiona para um modelo de atenção à saúde cada vez mais fragmentado e precarizado, é necessário garantir o processo de formação de qualidade de trabalhadores para o SUS. Nesse sentido, os programas de residência

em saúde no Brasil precisam construir um objetivo comum, o que vai ao encontro da proposta levantada no VIII ERNS (2018): a construção de uma Política Nacional de Residência em Saúde.

A residência deve assumir sua responsabilidade política e se mostrar como um ator decisivo no processo contra hegemônico, garantindo que a luta em defesa do SUS se mantenha viva.

3. O COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE E DEMAIS ESPAÇOS DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

*Não serei o poeta de um mundo caduco.
Também não cantarei o mundo futuro.
Estou preso à vida e olho meus companheiros.
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças.
Entre eles, considero a enorme realidade.
O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas.
(Mãos dadas, Carlos Drummond de Andrade).*

3.1 PROCESSO HISTÓRICO DO COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE

A organização social e de determinada classe em prol de lutas em comum se dá em vários espaços e situações da sociedade, o que não é diferente no processo de formação na residência. Em vários estados do país, como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Pernambuco, Bahia, Ceará, Rio Grande do Norte e Santa Catarina, os residentes em saúde organizam-se em coletivos estaduais ou regionais, onde discutem temas relacionados à residência e ao contexto atual de saúde, bem como, mobilizam suas lutas e reivindicações como residentes e como militantes do SUS.

Em Santa Catarina, os residentes de diferentes programas constroem o Coletivo Catarinense de Residentes, no entanto, não existe

nenhuma publicação ou registro bibliográfico sobre esse processo histórico. Segundo informações prestadas pela participante Blumenau, o Coletivo Catarinense de Residentes iniciou com a mobilização de alguns residentes em meados de 2015, período no qual havia representação dos residentes de Florianópolis na Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, o que incentivou e facilitou a organização do V ENRS na capital do estado. A realização desse evento em Santa Catarina foi o pontapé para a organização dos residentes no estado. Inicialmente, para a organização do evento, houve uma mobilização maior dos residentes dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde Família e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFSC.

Ainda de acordo com Blumenau, em 2016 o VI ENRS ocorreu em Curitiba (PR), onde foi realizada uma reunião de residentes de Santa Catarina, contando com a participação de residentes dos programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Residência Multiprofissional em Saúde Família e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFSC, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) e do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da UNIVALI. Nesta reunião foram eleitas as representações que acompanhariam o

Fórum Nacional de Residentes e identificou-se a necessidade de realizar um encontro estadual de residentes ainda no mesmo ano, sendo pactuado que o local seria na UNIVALI, em Itajaí. No período entre o VI ENRS até o I Encontro Catarinense de Residentes, em dezembro de 2016, foram realizadas algumas reuniões de retomada do Coletivo Catarinense de Residentes e de organização do encontro.

Assim, o I Encontro Catarinense de Residentes ocorreu no dia 3 de dezembro de 2016, sendo que ao final foi construída uma carta e a definição da realização de um seminário de residentes para o ano seguinte, em Florianópolis. A Carta do I Encontro Catarinense de Residentes apresenta as principais bandeiras de luta dos residentes, com enfoque na definição do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde como um coletivo autogestionado de residentes que defende um projeto de residência no SUS e para o SUS; na melhoria dos programas no que tange a organização da carga horária, atestados, certificados, proposta pedagógica, enfrentamento às situações de assédio, defesa de um SUS 100% público, gratuito, universal, equânime, integral, de qualidade, sob gestão estatal, com efetivo controle social e participação popular (ITAJAÍ, 2016).

Em 5 de maio de 2017 foi realizado o Seminário Catarinense de Residentes em Saúde, na UFSC, em Florianópolis. Estiveram presentes cerca de 170 residentes dos diversos programas do estado, advindos dos municípios de Itajaí, Criciúma, Lages e de Florianópolis. Neste evento,

os debates foram orientados por três eixos norteadores: Projeto Político Pedagógico; ENRS e Comissão Nacional de Residências em Saúde e carga horária e assédio moral. Ao final do seminário, foram criadas comissões e grupos de trabalho para posteriores encaminhamentos, como: estudo dos diferentes programas do estado e a criação de um documento com as diretrizes pedagógicas defendidas pelo Coletivo; campanha estadual/local contra o assédio moral na residência; elaboração de uma nota de repúdio contra os retrocessos no país (como a lei das terceirizações, a contrarreforma trabalhista e previdenciária e a Emenda Constitucional nº 95/2016) e continuação das discussões de outros temas nas reuniões subsequentes do Coletivo (FLORIANÓPOLIS, 2017; COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES, 2017).

Após a realização deste seminário, o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde continuou reunindo-se mensalmente e dando continuidade aos encaminhamentos definidos coletivamente. As reuniões ocorriam nas dependências da UFSC e com participação de residentes de outros municípios por videoconferência, normalmente no período noturno. Nesse aspecto, identifica-se dois grandes fatores dificultadores no processo de fortalecimento do Coletivo: a impossibilidade de realizar reuniões presenciais com representantes de todos os programas de residência do estado, devido às distâncias e a dificuldade de encontrar um horário em que todos pudessem participar

devido a carga horária exaustiva da residência, além de que a maioria dos programas não autorizava a liberação do residente em horário de trabalho ou de aula para a participação das reuniões.

No entanto, apesar das dificuldades, o Coletivo fortaleceu-se com a participação de novos residentes e passou a ocupar importantes espaços de organização social e se posicionou frente às inúmeras contrarreformas e retrocessos nas políticas sociais vivenciadas no Brasil. A nível nacional, destaca-se a publicação da nota de repúdio às Contrarreformas Trabalhista e da Previdência; o posicionamento contrário à Emenda Constitucional nº 95/2016 e o apoio às greves gerais ocorridas em 2017. No contexto local, o Coletivo participou das discussões políticas no estado de Santa Catarina, principalmente na capital Florianópolis, a qual já foi considerada referência nacional da ESF, mas que nos últimos anos está vivenciando claramente o sucateamento desse serviço.

Considerando o que vinha acontecendo no município de Florianópolis, o Coletivo se posicionou contra a reformulação do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A proposta de reorganização do NASF, apresentada pela secretaria municipal de saúde, previa o atendimento em policlínicas e a organização profissional por categorias, não mais por núcleo, indo de encontro às diretrizes da política do NASF e prejudicando, principalmente, o acesso e a assistência aos usuários do SUS.

Ainda sobre o contexto municipal, o Coletivo publicou uma nota de repúdio ao Projeto Somar Floripa, que consiste em uma campanha de rede solidária, criada pela Prefeitura Municipal de Florianópolis, que estimula o voluntariado em ações, como de saúde e assistência social, que deveriam ser de responsabilidade do Estado. Além da grande repercussão desta nota, o Coletivo apresentou-a na reunião do Conselho Municipal de Saúde, o qual também se posicionou contrário ao projeto, entendendo que poderia se tratar de uma iniciativa de desresponsabilizar a gestão municipal da condução das políticas públicas, publicando a Resolução nº 06/CMS/2018, que resolve que:

Os voluntários da Rede Somar Floripa ou de qualquer outra instituição não poderão atuar nas unidades de saúde do Município, de qualquer nível de atenção, como substitutos de servidores aposentados, exonerados ou afastados, para suprir tal necessidade a Prefeitura deve realizar Concurso Público ou Processo Seletivo, nos termos da legislação vigente.

Outro importante espaço de disputas vivenciado em Florianópolis em 2018, foi a greve dos servidores públicos, que tentou impedir a aprovação do projeto de lei que permitiria a contratação de Organizações Sociais para a prestação de serviços públicos no município, projeto este que posteriormente foi aprovado em regime de urgência urgentíssima. Considerando a gravidade e a relevância deste fato para o futuro das políticas públicas em Florianópolis, inclusive a saúde, o Coletivo novamente se posicionou na defesa dos direitos e do

serviço público gratuito, de qualidade e 100% estatal, apoiando os servidores públicos e participando dos debates, rodas de conversas, assembleias, atos públicos, bem como, participando na sensibilização e mobilização dos estudantes de graduação e pós graduação de diferentes universidades.

Além de se posicionar politicamente frente aos retrocessos que vem ocorrendo no estado e no país, o Coletivo busca também organizar suas demandas internas. Para isso, manteve-se a realização das reuniões mensais, buscando sempre mobilizar a participação do maior número possível de residentes do estado. Nessas reuniões, foram debatidas as demandas dos diferentes programas de residência, buscando encontrar meios de resolver e amparar os residentes; realizados estudos sobre diversos temas relacionados à residência; organização e mobilização dos residentes; a criação de uma campanha contra o assédio moral e sexual na residência; a definição do logotipo do Coletivo e organização para confecção de banner e camisas do Coletivo. Com a finalidade de organizar e agilizar as atividades, as comissões formadas no Seminário foram reformuladas, sendo organizadas quatro novas comissões: comissão do encontro estadual de residentes; comissão de comunicação; comissão da campanha contra o assédio e a comissão das diretrizes pedagógicas.

Através do trabalho de todo o Coletivo e das atividades desenvolvidas por cada comissão, em 27 de agosto de 2018 realizou-se

o III Encontro Catarinense de Residentes em Saúde, nas dependências da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), em Criciúma, contando com a participação de aproximadamente 60 residentes, representando os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSC, Residência Integrada Multiprofissional do Hospital Universitário/UFSC, Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade-UNIVALI e Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde Coletiva-UNESC. O encontro foi organizado em dois momentos: a discussão do documento orientador contendo diretrizes para os programas de residência em área profissional da saúde, construído pela Comissão de Diretrizes Pedagógicas, baseado nas legislações nacionais, e a uma roda de conversa sobre as residências em saúde em tempos de desmontes do SUS. Ao final, foi redigida uma carta, intitulada “Carta de Criciúma”, na qual o coletivo de residentes reunidos reitera o seu compromisso na defesa do SUS, define algumas diretrizes para os programas de residência em saúde de Santa Catarina e se compromete com o fortalecimento do Coletivo Catarinense de Residentes (COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE, 2018). Na oportunidade, também foi definido o local do próximo encontro estadual de residentes, o qual ocorrerá em 2019, em

Itajaí, nas dependências da UNIVALI. A intenção em alternar o local de realização do encontro estadual é facilitar a participação de residentes de diferentes programas, bem como, aproximá-los do Coletivo Catarinense de Residentes e torná-los protagonistas na construção do encontro e no fortalecimento do Coletivo.

Logo após, durante os dias 3 a 6 de setembro de 2018, aconteceu o VIII ENRS, na cidade de Rio de Janeiro. Não por acaso, o Encontro Catarinense de Residentes foi realizado alguns dias antes do encontro nacional, pois desta forma, os representantes do Coletivo Catarinense de Residentes puderam participar dos debates e levar as pautas discutidas prévia e coletivamente. Além de levar as pautas debatidas com os residentes do estado de Santa Catarina para o ENRS, hoje o coletivo possui representação na Comissão Nacional de Residências em Saúde.

Frente a esse breve histórico do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, é possível demonstrar que se trata de uma construção coletiva em um processo de aprendizagem, com falhas e acertos, perdas e conquistas. E para que esta história fosse possível, várias pessoas acreditaram no poder da organização e empoderamento dos residentes e se dedicaram na construção e consolidação do mesmo.

3.2 PERFIL E PERCEPÇÕES DOS EX-RESIDENTES QUE PARTICIPARAM DO COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE

Os ex-residentes que participaram do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde participaram de uma pesquisa, respondendo um formulário online e compartilhando suas experiências neste espaço. De um universo de 16 ex-residentes contatados, 13 responderam o formulário, correspondendo assim, à amostra analisada.

Considerando as respostas dos participantes da pesquisa, identificou-se que a faixa etária foi de 26 a 35 anos, sendo que todos os participantes cursaram sua residência em programas multiprofissionais e concluíram o curso no período entre 2015 e 2018. Em relação às categorias profissionais, percebe-se, conforme Tabela 1, que a maioria dos participantes são assistentes sociais ou enfermeiros.

Tabela 1 - Detalhamento da categoria profissional dos participantes

Categoria profissional	Número	%
Assistente Social	4	30,8%
Enfermeiro (a)	3	23,1%
Profissional de educação física	2	15,4%
Nutricionista	2	15,4%
Farmacêutico (a)	1	7,7%
Psicólogo (a)	1	7,7%

Fonte: Elaboração da autora (2018).

Atualmente, todos os participantes da pesquisa desenvolvem atividades relacionadas às políticas públicas, sendo que 4 trabalham no SUS (30,8%), 6 desenvolvem pesquisas relacionadas ao SUS/mestrado ou doutorado (46,2%) e 3 atuam no sistema público de educação ou assistência social (23,1%). Apesar de ser um número pouco expressivo em relação ao total de residentes no país, é importante observar esse dado frente ao contexto da pesquisa, pois assim como os programas de residência, o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde também preocupa-se com a formação profissional para o SUS.

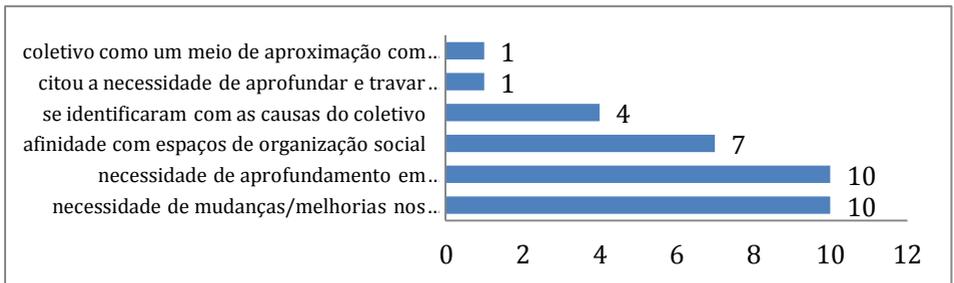
Algumas pesquisas buscam identificar o perfil dos egressos dos programas de residência, como o estudo de Rodrigues e colaboradores (2017) que analisa o perfil dos egressos de 17 programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, do estado de São Paulo, o qual identificou que 74% dos participantes atuavam na área. Já no estudo de Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017) que analisou o perfil os egressos do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, de Fortaleza, identificou-se que 68% dos egressos participantes da pesquisa atuam no SUS após o término da residência.

Portanto, os dados dessa pesquisa, assim como de outros estudos no país, mostram que de fato os programas de residência formam profissionais para o SUS, seja na assistência, gestão ou pesquisa, atingindo seu objetivo principal. No entanto, como lembrado por Brasil, Oliveira e Vasconcelos (2017), é necessário também avaliar as condições de trabalho após a residência. Segundo os autores, 29% dos participantes da pesquisa possuíam vínculo trabalhista precário (contrato temporário, prestação de serviço, terceirizado, entre outros). Nesse sentido, salienta-se a necessidade de uma formação que esteja atrelada à concepção de SUS como um espaço de disputas políticas, caso contrário, corre-se o risco de formar profissionais para atuar em um SUS que se desmonta.

Seguindo a análise do perfil dos participantes da presente pesquisa, observou-se que a média do tempo de participação no

Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde foi aproximadamente 14 meses, variando de 3 meses à 2 anos de participação. Essa participação se dá por diferentes fatores que podem ter motivado, facilitado ou dificultado a participação desses residentes no Coletivo. Podemos observar no Gráfico 1 os apontamentos dos fatores que motivaram a participação dos residentes.

Gráfico 1 - Fatores que motivaram a participação dos residentes no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde



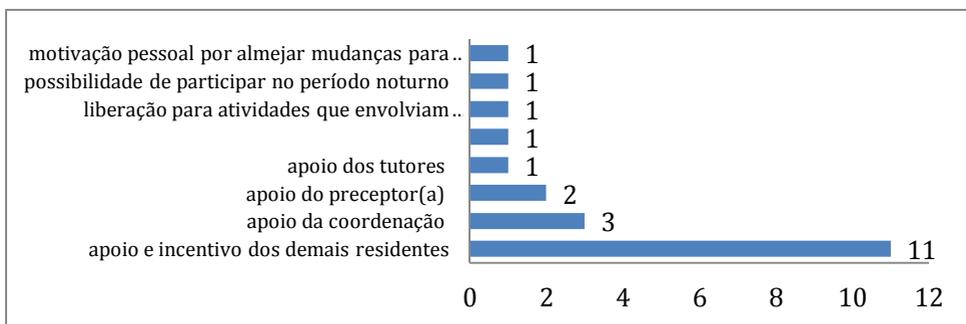
Fonte: Elaboração da autora (2018).

Nesse aspecto, percebe-se que os principais motivos que levaram os residentes a participar do coletivo foi a necessidade de mudanças/melhorias nos programas de residências e a necessidade de aprofundamento em discussões político-sociais durante a residência, sendo esses fatores citados por 76,9% (10 participantes). De fato, a formação política na área da saúde, tanto nos cursos de graduação como nos programas de residências, ainda é superficial ou inexistente, sendo

que essa lacuna é citada várias vezes pelos participantes da pesquisa e, desta forma, será abordada no decorrer deste estudo.

Já em relação aos aspectos que facilitaram a participação dos residentes no Coletivo, podemos observar, no Gráfico 2, que vários são os fatores facilitadores para a participação dos residentes.

Gráfico 2 - Fatores que facilitaram a participação dos residentes no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde

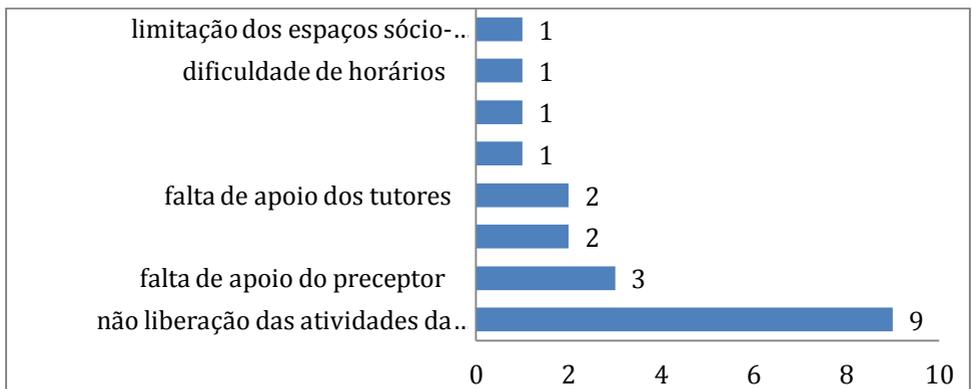


Fonte: Elaboração da autora (2018).

Diante dessas informações, é importante perceber como o incentivo dos próprios residentes estimula a participação dos demais, visto que esse fator foi citado por 84,61% dos participantes, o que demonstra que as pautas do Coletivo são de interesse coletivo. Os dados demonstram que todos os fatores facilitadores estão associados ao interesse dos residentes para a construção desse espaço, visto que, o apoio institucional do programa, representado pela coordenação, tutores

e preceptores, é consideravelmente menor, passando a ser um fator dificultador, como pode ser observado no Gráfico 3, onde são apresentados diferentes fatores que dificultaram a participação destes residentes no Coletivo e até impediram a participação de outros:

Gráfico 3 - Fatores que dificultaram a participação dos residentes no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde



Fonte: Elaboração da autora (2018).

Analisando o Gráfico 3 a atenção o expressivo número de participantes que indicou, como fator dificultador, a não liberação das atividades da residência para participar das reuniões do Coletivo. Isso mostra o quanto ainda é forte a tendência assistencialista presente nos programas de residência em saúde, onde a formação técnica é supervalorizada em detrimento da formação política. Também é importante refletir os motivos que levam a essa “não liberação” para participar das reuniões, o que pode estar relacionado com os próximos

fatores citados pelos participantes da pesquisa: falta de apoio do preceptor, falta de apoio da coordenação e falta de apoio dos tutores. Assim, percebe-se que, o apoio dos principais atores envolvidos no processo formativo do residente é essencial para proporcionar sua presença nos espaços de participação e organização social.

Além da falta de apoio, o esgotamento físico e mental também é citado como obstáculo para a participação no Coletivo. Isso nos leva a reavaliar, mais uma vez, o processo formativo dos programas de residência e novamente questionar quem é beneficiado com profissionais exercendo uma carga horária exaustiva e sem condições físicas e mentais de se mobilizar enquanto categoria. Essa reflexão vai ao encontro de outro aspecto levantado: as situações de assédio vivenciadas em relação à gestão municipal. Como já abordado anteriormente, os programas de residência, por muitas vezes, são usados como fonte de mão de obra barata para suprir a falta de profissionais na rede de saúde. Portanto, muitas vezes os interesses da gestão municipal entram em conflito com os interesses político-pedagógicos dos residentes, ocasionando essas situações de assédio.

Gué e Rodrigues (2006) discutem o assédio moral no âmbito empresarial e afirmam que as principais vítimas do assédio moral são aquelas que se expressam mais, que defendem os colegas e questionam as imposições da empresa. Para os autores, o objetivo do assédio moral no trabalho é calar as pessoas que denunciam situações

comprometedoras da empresa (GUÉ; RODRIGUES, 2006). Nesse sentido, pode-se perceber que o mesmo ocorre, muitas vezes, nas residências em saúde, quando o residente questiona o programa, o sistema ou a gestão de saúde, e acaba por ser repreendido. O estudo de Marques e colaboradores (2012) constatou que 41,9% dos residentes participantes da pesquisa já sofreram assédio moral, sendo que os principais assediadores eram as pessoas mais próximas: preceptores, coordenação e residentes mais velhos.

Frente a isso, é necessário refletir e até mesmo repensar a configuração dos programas de residência, visto que a participação popular, a organização social e o protagonismo dos residentes deve fazer parte da formação integral e, nesse sentido, os programas de residência devem proporcionar condições para que isso ocorra e não a colocação de obstáculos, como observado nas respostas acima. Os espaços de organização social devem ser espaços integrantes do processo formativo, ou seja, espaços garantidos na carga horária dos programas de residência em saúde, assegurados, inclusive, nos planos políticos pedagógicos dos programas de residência.

Nesse sentido, assim como os demais profissionais que trabalham no SUS, os residentes também têm garantida, em lei, sua presença em espaços de participação social. O artigo 2º da Resolução nº5 de 7 de novembro de 2014, dispõe que a carga horária dos programas de residência deve ser desenvolvida “80% sob a forma de

estratégias educacionais práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas ou teórico-práticas” (BRASIL, 2014, p.34). Desta forma, entende-se que os espaços de participação social, como os coletivos de residentes, as assembleias de estudantes e trabalhadores, os conselhos de saúde e de classes, entre outros, integram os 80% de carga horária prática.

No entanto, não é isso que ocorre na realidade, quando se observa o significativo aumento do número de programas de residências vinculados apenas à instituição executora, sem a presença da instituição formadora (universidade), reforçando ainda mais que a excelência da formação está na exaustão da técnica em serviço. Inclusive, percebe-se a presença desse discurso pela gestão do serviço, mas também por muitos coordenadores, preceptores e até residentes. Isso comprova como a tendência que originou as residências médicas, de aprendizado pela repetição até a exaustão, ainda exerce forte influência nos atuais programas de residência em saúde.

É no mínimo contraditório formar profissionais em saúde, esperando que estes atuem no SUS de forma crítica e reflexiva, mas sem proporcionar estes espaços durante a própria formação. Ou talvez seja justamente por isso que devemos questionar a quem esse tipo de formação em saúde beneficia, afinal, Freire já alertava que “do ponto de vista dos interesses dominantes, não há dúvida de que a educação deve

ser uma prática *imobilizadora* e *ocultadora* de verdades” (FREIRE, 1996, p. 38).

3.3 O COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Apesar das dificuldades encontradas no percurso da residência, o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde tem se configurado como um importante espaço de formação política. Nesse aspecto, 92,3% dos participantes acreditam que sua participação no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde influenciou sua formação profissional; 7,7% (1 participante) não tem certeza sobre essa influência. As respostas dos participantes foram organizados em 4 categorias de acordo com a aproximação dos assuntos, sendo estas: a influência do Coletivo Catarinense de Residentes na melhoria dos programas de residência; a participação social e protagonismos dos residentes; a formação político-social e o combate ao assédio moral.

Em relação à melhoria nos programas de residência, alguns participantes afirmam que o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde contribuiu na organização dos residentes e na busca de melhorias nas condições de trabalho e formação.

Contribuiu (Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde) para pensar estratégias de participação política dos demais residentes, bem como para reivindicar melhorias nos programas de residência e

aprofundar discussões e disputas políticas no âmbito da saúde em Florianópolis (Itapiranga, 2018).

Auxiliou na busca sobre os direitos dos residentes e na formulação de melhorias para os programas de residência como parte das disputas do SUS (Blumenau, 2018).

O coletivo era o espaço que tínhamos para refletirmos sobre o nosso processo de formação, era o local para pensarmos alternativas para as dificuldades políticas encontradas na prática, seja pelas lacunas nas normas de regulamentação das residências ou até pela ausência de regulamentação em outros aspectos que influenciavam no nosso processo de formação (Timbó, 2018).

[...] auxiliou na aproximação entre os residentes dos programas para pensar em melhorias, dividir as aflições e compartilhar experiências (Penha, 2018).

Diante dessas falas, percebe-se que o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde configura-se como espaço de organização e participação política dos residentes. Dallari (2017) afirma que a participação política não se restringe à participação eleitoral, mas pode se dar de outras formas, através da participação individual ou da participação coletiva. Segundo o autor, a participação política coletiva acontece quando há integração em qualquer grupo social, fazendo com que “a força do grupo compensa a fraqueza do indivíduo” (DALLARI, 2017, p. 35).

Além disso, percebe-se que o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde despertou a autonomia dos residentes, permitindo a estes, o que Paulo Freire defende como uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica: assumir-se. Assumir-se como “ser social e histórico, como ser pensante, comunicante transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar” (FREIRE, 1996, p.18). Isso pode ser observado em algumas falas dos participantes, como a que segue:

O Coletivo influenciou em reconhecer a importância de ser protagonista no próprio processo de formação e também na defesa do SUS (Blumenau, 2018).

Ainda considerando o processo formativo, alguns participantes da pesquisa destacam o papel do Coletivo Catarinense na formação política:

O coletivo foi o espaço em que foi possível articular as demandas macro da conjuntura municipal, junto das condições de trabalho da residência e nossas pautas e demandas. O Coletivo nunca hesitou em se posicionar, em levantar bandeiras que são essenciais, por isso, sem dúvida alguma, influenciou na minha formação (Caçador, 2018).

Influenciou principalmente na formação político-social, que é incipiente nas graduações na área da saúde (Urubici, 2018).

[...] a aproximação com literatura sobre saúde pública e todos os elementos e saberes que estão atrelados a esse setor, juntamente com a aproximação com outros profissionais/residentes

envolvidos na mesma causa, na cidade onde realizava a residência ou demais estados do Brasil, agregaram na minha formação, na visão ampliada sobre essas discussões em diferentes regiões, contrapondo pontos positivos e negativos sobre as residências no Brasil (Chapecó, 2018).

Nesse sentido, entende-se que tanto os programas de residência, bem como os diferentes espaços ocupados pelos residentes possuem um cunho político na formação destes. Segundo Lobato, Melchior e Baduy (2012), a abordagem pedagógica nas práticas educativas pode se configurar como um forte instrumento para a dimensão política na formação do trabalhador em saúde. Em seu estudo, os autores concluem que as tensões no processo educativo, a prática pedagógica e os espaços de gestão dos programas de residência podem ser espaços para o desenvolvimento da dimensão política (LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012). Assim, para além do que foi constatado no estudo anteriormente citado, pode-se perceber através das falas dos participantes da pesquisa, que espaços de organização dos próprios residentes, como no caso o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, também são espaços de formação e construção política.

Em relação aos demais aspectos levantados pelos participantes, vale destacar o papel do Coletivo Catarinense no combate ao assédio moral na residência.

Também era um local de apoio aos problemas enfrentados pelos residentes, principalmente de assédio moral (Timbó, 2018).

Apesar de ser citado por apenas um participante da pesquisa, esse tema foi fortemente abordado no Seminário Catarinense de Residentes em Saúde, realizado em 2017, em Florianópolis, contando inclusive com relatos de alguns residentes presentes. Um dos encaminhamentos deste seminário, como já relatado anteriormente, foi a elaboração de uma campanha estadual contra o assédio sexual e moral nas residências, a qual foi criada e divulgada pelo Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, porém pouco aderida pelos residentes e programas de residência no estado.

Já em 2018, o tema novamente entrou em discussão, desta vez no VIII Fórum Nacional de Residências em Saúde, o qual também encaminhou a construção de uma campanha nacional, visto que o assunto emergiu de vários residentes de diferentes programas do país. Isso vai ao encontro do estudo de Rodrigues (2016), o qual também cita a recorrência do tema de assédio moral e sexual nos espaços de discussão e fóruns de residentes, citando como causa a exigência do trabalho e responsabilidade pelo atendimento direto das demandas assistenciais em detrimento do componente formação.

Desta forma entende-se que, além dos canais formais de denúncia dos casos de assédio na residência, disponíveis no site da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais e no site do Fórum Nacional de Residentes, os próprios coletivos de residentes, sejam eles locais, regionais, estaduais (como o Coletivo Catarinense) ou

nacionais, são espaços de acolhimento, escuta e compartilhamento de experiências. Além disso, esses espaços podem proporcionar a organização dos residentes para combater as situações de assédio ou demais situações que ferem seu processo formativo.

Ainda sobre a influência do Coletivo Catarinense em suas formações, alguns participantes citam o estímulo à participação social e o reconhecimento de outros espaços de organização social.

O fortalecimento e participação no Coletivo Catarinense influenciaram na minha formação profissional no que tange os movimentos e mobilizações sociais, reconhecimento dos demais programas de residência ativos em Santa Catarina, conhecimento acerca do seu funcionamento, interlocução com outros residentes, representatividade dos residentes a nível nacional (Irani, 2018).

Penso que o Coletivo foi o espaço que contemplou as demandas macro, junto das pautas dos residentes. Os outros espaços, como Conselhos de Saúde eram os espaços que íamos muitas vezes fortalecidos pelas discussões do Coletivo para disputar muitas das nossas posições (Caçador, 2018).

As falas demonstram a contribuição do Coletivo não apenas na formação profissional dos residentes, mas também na formação cidadã, apresentando novos espaços de participação social, que são também cenários de lutas. Desta forma, a participação no coletivo e em demais espaços de participação social contribuem para o empoderamento dos

residentes frente às diferentes realidades encontradas no SUS e demais políticas públicas.

3.4 DEMAIS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Considerando os diferentes espaços de participação social, os participantes da pesquisa afirmam que, além do Coletivo Catarinense de Residentes em saúde, participaram também de outros espaços como: assembleias de servidores municipais; conselho estadual, municipal e local de saúde; conferência municipal e estadual de saúde; Fórum Nacional de Residentes; reunião municipal de saúde mental, assembleia de usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), reunião de assistentes sociais da saúde, grupo de trabalho de imigrantes, conferência municipal e estadual de saúde da mulher, Encontro Nacional e Estadual de Residentes em Saúde, reuniões distritais intersetoriais (conselho tutelar e Centro de Referência de Assistência Social – C RAS), encontro de trabalhadores SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de São José, reuniões de célula de consumo orgânico; Fórum Catarinense em Defesa do SUS; Fórum Contra a Privatização da Saúde, Associação de Pós-Granduandos; conselho de classe da sua categoria profissional e COREMU.

Todos os participantes da pesquisa acreditam que esses espaços influenciaram de alguma forma a sua formação profissional, citando

aspectos como a importância desses espaços na defesa do SUS; na formação político-social e na compreensão do SUS e das demandas da população.

De fato, a formação do profissional da saúde não pode restringir-se ao ensino teórico e prático-assistencial. A definição de saúde e a própria configuração do SUS exigem que a formação ultrapasse as barreiras das universidades e das instituições assistenciais. Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) apresentam o quadrilátero da formação em saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, o qual surgiu por meio da tríade mais conhecida em experiências de mudança de formação: ensino, serviço e comunidade.

Na tríade, os autores fazem questão de reforçar que o componente “serviço” não se limita às práticas assistenciais, mas integra a organização e gerência do sistema e condução das políticas. Da mesma forma, o componente “comunidade” não é sinônimo de interação com a população, mas assume característica muito mais ampla, remetendo a responsabilidade social do ensino: o direito da população e dever do Estado. Nesse sentido, os autores afirmam que a formação profissional só possui valor quando têm relevância social e, por esse motivo, o ensino deveria estar aberto a estratégias de avaliação, regulação e mudanças públicas.

Ainda sobre a tríade, os autores discutem a amplitude do componente “ensino”, o qual reconhece o movimento estudantil como

ator do processo formativo. O protagonismo do movimento estudantil deve ser estimulado, visto que este pode ser um movimento político para mudanças no ensino e nos serviços de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Desta forma, é inevitável lembrar-se do papel político desenvolvido pelo Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde que, assim como descrito nas falas anteriores, contribuiu para a formação política dos residentes, bem como, possibilitou a ocupação de outros espaços. Portanto, essas experiências de protagonismo estudantil e profissional, participação social, organização e mobilização dos residentes, proporcionadas no Coletivo e em outros espaços citados pelos participantes da pesquisa, podem ser ferramentas de mudanças na formação profissional e, conseqüentemente, na reorganização dos serviços e na defesa do SUS, nos moldes da Reforma Sanitária.

Nesse sentido, alguns participantes citam a influência dos diferentes espaços de participação social na defesa do SUS.

Espaços de controle social são o que desde sempre garantiram o surgimento, existência e permanência do SUS. Se enquanto profissionais de saúde não ocuparmos esses espaços, não sei qual a concepção de saúde seria se não esta (Joaçaba, 2018).

Reafirmaram meu compromisso com a saúde em seu conceito ampliado de forma pública, estatal, gratuita e de qualidade (Lages, 2018).

Os espaços propiciaram uma aproximação com as lutas dos movimentos sociais que atuam em defesa

do SUS, que lutam por participação social e apresentam reivindicações dos trabalhadores da saúde (Blumenau, 2018).

No despertar da consciência para a luta em defesa do SUS, da saúde, da enfermagem, que constitui um papel e um compromisso social enquanto profissional da saúde (Urubici, 2018).

Entende-se que para formar profissionais para o SUS, é necessário proporcionar uma formação político-crítica, que contemple a amplitude do conceito de saúde - que de acordo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) é resultado das formas de organização social da produção - e que compreenda que os problemas políticos e sociais se tratam também de problemas de saúde. Nesse aspecto, Carvalho e Nepomuceno (2008) discutem a necessidade de uma mudança social que influencie no sistema educacional. Segundo os autores, considerar o conceito ampliado de saúde e pensar na formação de profissionais que coloquem-no em prática, exige a inclusão de desses amplos aspectos no processo pedagógico.

Assim, considerando esse conceito ampliado de saúde, os participantes também citam como esses espaços contribuíram para compreender a dinâmica do SUS e as demandas da população.

Quando entramos em contato direto com os espaços de discussão sobre saúde pública, como por exemplo, os conselhos de saúde, compreendemos as demandas locais, estaduais e nacionais em relação aos serviços prestados (Chapecó, 2018).

Foi possível compreender de forma mais aprofundada e concreta a dinâmica da realidade do SUS, como parte das contradições do nosso país, permitindo uma perspectiva crítica e mais criativa para enfrentar os desafios enquanto sujeitos históricos e profissionais da área da saúde. Também permitiu um maior entendimento dos aspectos que envolvem a determinação do processo social saúde-doença dos usuários do SUS, propiciando uma outra forma de diálogo com a população (Blumenau, 2018).

[...] a participação nos conselhos locais e municipal de saúde, assim como na conferência municipal de saúde de 2015, possibilitou a vivência da participação e engajamento popular, da organização de movimentos sociais, da interlocução entre a realidade dos serviços em saúde, as necessidades da população e a gestão da política municipal em saúde (Irani, 2018).

Nota-se que um dos participantes reconhece que além de profissional da saúde é também “sujeito histórico”, ou seja, compreende seu papel de protagonista na história de lutas em defesa dos princípios da Reforma Sanitária. Nesse aspecto, as instituições de ensino tem um importante papel social: formar profissionais da saúde e sujeitos críticos, reflexivos e capazes de compreender e mudar a realidade.

Nesse sentido, os participantes da pesquisa relatam sobre os diferentes espaços de participação social e a formação profissional.

Já o Fórum Catarinense em Defesa do SUS, é uma ampla frente de luta, que me formou no sentido de instrumentalizar para entender o financiamento, os modelos de gestão, a conjuntura. O Fórum, assim

como o Coletivo, sempre vi como espaços de construir posições, fortalecer, e levar essas pautas adiante nos outros espaços que ocupávamos [...] Penso que a nossa formação profissional só tem completude, se ultrapassamos esse limite institucional e nos fortalecemos nesses outros espaços, que nos fortalecem e colocam diariamente o quanto a coletividade é que nos dá força para transformar e fazer um trabalho capaz de questionar o que está posto, para avançar (Caçador, 2018).

Nesses espaços vivenciei as lutas diárias de resistência do sistema único de saúde, que com certeza me fizeram uma profissional e uma pessoa diferente, mais criteriosa e crítica, além de refletir mais sobre o meu papel como profissional de saúde e cidadã (Timbó, 2018).

Chama a atenção, quando em sua fala, um dos participantes cita a necessidade de ultrapassar os limites institucionais para buscar a “completude” da formação profissional. Assim, entende-se que em muitos aspectos, as instituições de ensino não conseguem proporcionar espaços intrainstitucionais de debates políticos e de organização social. De forma geral, os planos pedagógicos de formação na área da saúde, seja na graduação ou nas especializações, não contempla a formação político-organizativa. No entanto, quando isso ocorre, é papel da instituição de ensino proporcionar caminhos e incentivo para que os estudantes ou residentes possam percorrer esses espaços extrainstitucionais, considerando-os como parte do processo pedagógico.

Porém, nem todos os programas de residência proporcionam aos seus residentes a oportunidade de se reunir e discutir temas que extrapolam as questões clínico-assistenciais. O que inclusive merece outra pesquisa específica, para identificar nos planos políticos pedagógicos, como a participação social dos residentes é abordada.

A fala a seguir mostra a lacuna que ainda existe em muitos programas de residência:

O programa que participei era voltado para o serviço, com nenhuma carga horária protegida para participar de reuniões, exceto a entre os residentes do programa com uma reunião, se não me engano, trimestral. Nossas aulas tampouco contribuía para discussões, pois eram voltadas basicamente para clínica. Participar destes espaços com residentes comprometidos com o SUS foi fundamental para a minha formação na residência (Penha, 2018).

Nota-se que, apesar de citar a fragilidade de seu programa de residência, a participante afirma a importância destes espaços (Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde e demais espaços de participação social) em sua formação profissional, mostrando que são estratégias de discussão político-social. Para Lobato, Melchior e Baduy (2012), a função social do trabalhador e das instituições formadoras é explicitada e debatida na dimensão política, sendo lugar de disputa dos projetos de saúde e sociedade. Para possibilitar um olhar crítico-reflexivo durante a formação de profissionais da saúde, é necessário desfazer os moldes tradicionais e aproximar a instituição de ensino das instituições de

serviço, permitindo espaços de análise e reflexão do contexto social e político local, nacional e mundial. Assim, para formar profissionais para o SUS, é necessário resgatar valores coletivos e considerar que, para uma boa clínica, as relações sociais, o perfil psicológico e a doença biológica devem ser entendidas como interdisciplinares e que todos esses fatores são determinados pela forma de produção econômica (DAROS; KIELING, 2017).

Os membros do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), através da carta divulgada durante o 9º Congresso da Rede Unida (CEBES, 2010), afirmam que a formação política não se encontra apenas na sala de aula, mas é necessário assumir a profundidade da discussão e estruturar propostas e processos vinculados à prática. Nesse sentido, a saúde deve ser considerada produto da consciência e da ação política, indissociada da produção acadêmica e da formação de trabalhadores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS - FORMAÇÃO PARA O SUS EM TEMPOS SOMBRIOS: COMO ENFRENTAR?

*Hoje você é quem manda
Falou, tá falado
Não tem discussão
A minha gente hoje anda
Falando de lado
E olhando pro chão, viu
Você que inventou esse estado
E inventou de inventar
Toda a escuridão
Você que inventou o pecado
Esqueceu-se de inventar
O perdão
Apesar de você
Amanhã há de ser
Outro dia
(Apesar de você, Chico Buarque)*

Diante do resgate histórico de construção do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde e das falas dos participantes da pesquisa, o sentimento que surge é confuso: a contradição por falar em mudanças na formação profissional, buscando fortalecer o processo crítico, político e social, em um momento em que se discute a “escola sem partido”; a contradição de discutir mudanças na formação para a garantia de um SUS público, gratuito, estatal e de qualidade, numa conjuntura em que cada vez mais direitos sociais são privatizados; discutir a formação profissional para o SUS, quando as condições e os

direitos trabalhistas estão cada vez mais sucateados, com a realização da reforma trabalhista e o Ministério do Trabalho próximo da extinção; discutir o papel dos programas de residência no fortalecimento do SUS, numa conjuntura em que os próprios residentes são utilizados para suprir a falta de trabalhadores, afastando a responsabilidade do Estado. No entanto, entende-se que a formação profissional política, crítica e reflexiva, pode ser instrumento de resistência aos retrocessos que vem sendo impostos nos últimos anos e que ainda irão atormentar os próximos. Nesse aspecto, faz-se necessário inspirar-se na luta realizada na Reforma Sanitária e encher-se de esperança, como um respiro de ar para quem está sufocando, e retomar a luta atual.

Pode soar contraditório falar sobre a Reforma Sanitária, a qual foi precursora do SUS, quando o trabalho aqui apresentado está próximo de se findar. Normalmente inicia-se as reflexões sobre determinado assunto discutindo primeiramente a Reforma Sanitária, no entanto, o decorrer das discussões do presente estudo e os acontecimentos ocorridos no processo de escrita deste, levaram a retomar essa temática neste momento.

Aguiar (2015) lembra que, embora grande parte das propostas defendidas pela Reforma Sanitária tenham sido incluídas na Constituição Federal de 1988, a reforma não encerrou nesse ato, pois muitos foram os obstáculos para a implementação do SUS após a referida constituição. A autora destaca que desde o nascimento do SUS

até os dias atuais, estão presentes na sociedade outros projetos de saúde, que objetivam o lucro e colocam barreiras à consolidação do SUS da Reforma Sanitária.

Assim, frente à perda de confiança nas instituições e na política, Feuerwerker (2005) cita a consolidação do SUS como um espaço de resgate da cidadania, porém reconhece como um dos principais desafios a recuperação da disposição e meios para a participação na construção de políticas e práticas de saúde. Para a autora, o movimento que se tem hoje pela defesa do SUS consiste na mobilização de diferentes atores, porém não é um movimento social organizado e militante como a Reforma Sanitária

[...] não existe mais, como nos tempos pré- conquista do SUS, o debate intenso, a circulação ampla de propostas, a mobilização contínua em torno de uma disputa política e ideológica feroz. É no campo da saúde coletiva que se trabalham as ideias herdadas da reforma sanitária, cabendo aos intelectuais e militantes desse campo a formulação de proposições que ajudem o SUS a se aproximar de seus princípios, num jogo complexo, em que existe uma tensão permanente entre saúde como direito do cidadão e saúde como mercadoria (FEUERKER, 2005, p.492).

Desta forma, cabe aos diferentes atores da sociedade retomar seu papel de integrante político na Reforma Sanitária, lutando pela defesa do SUS e dos direitos sociais, inclusive as instituições de ensino, afinal, intelectuais e estudantes da saúde desempenharam papel fundamental para o movimento da Reforma Sanitária acontecer. Segundo Escorel

(1999), era nas universidades que se concentravam os críticos do setor saúde durante a ditadura militar. Foi no espaço acadêmico que se construiu a base do movimento sanitário, formado por profissionais e estudantes do setor, que se colocou contra o regime autoritário, buscando um país democrático e melhores condições de saúde para a população.

Neste momento, olhar para a história do movimento acadêmico e sanitário nos instiga e refletir sobre o atual modelo de formação para a saúde. O presente estudo demonstrou que existem muitas fragilidades na formação política na saúde, em especial na residência. Entre as fragilidades, percebeu-se, por meio dos depoimentos dos participantes, a falta de apoio das coordenações dos programas, dos preceptores, tutores e da gestão do serviço de saúde; a carga horária exaustiva, o que dificultava realização das reuniões e o desenvolvimento das atividades específicas do Coletivo; bem como, as situações de assédio geradas pela gestão da saúde municipal, o que mostra que a mobilização de profissionais ou estudantes não é de interesse dos gestores e, muitas vezes, desmobilizar esses espaços de organização social faz parte das estratégias da gestão.

No entanto, a organização dos residentes fez surgir o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, que teve como principal fator contribuinte o apoio e estímulo dos próprios residentes, tornando-se um espaço de mobilização destes. Desta forma, o Coletivo Catarinense

contribuiu direta e positivamente na formação desses residentes, estimulando a organização e mobilização da classe, o pensamento crítico acerca da realidade e do SUS real, bem como, estimulou a participação em demais espaços políticos da sociedade. Tanto o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, como os demais espaços de participação social citados pelos participantes da pesquisa, foram por eles avaliados de forma positiva, tendo contribuído na formação destes por meio do incentivo à ocupação de outros espaços de participação social do município e estado; compreensão das demandas da sociedade e da realidade do SUS; pensamento crítico e reflexivo sobre a determinação social e política na saúde.

Desta forma, percebe-se que as residências em saúde enfrentam diversos obstáculos na formação para o SUS, seja na configuração do próprio plano pedagógico, na legislação nacional que prevê uma carga horária extensa ou nas tensões políticas, onde a saúde é usada como uma mercadoria que faz girar uma grande e poderosa engrenagem econômica. Frente a essas dificuldades, são os espaços de organização social, como o Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde, que podem contribuir no pensamento crítico e reflexivo dos profissionais da saúde, bem como, contribuir nas mudanças necessárias para a formação em saúde.

Se a saúde, em seu conceito ampliado, é também política, então a formação em saúde voltada para a defesa do SUS do viés da Reforma

Sanitária, pressupõem necessariamente a participação política. Portanto, se os programas de residência fazem a defesa desse SUS, esses espaços devem ser garantidos como parte intrínseca do processo formativo.

5 REFERÊNCIAS

- ALVES, Fernanda de Matos Sanchez; REINERT, José Nilson. Educação Fragmentada: Estudo dos Cursos de Graduação da UFSC e sua Matricidade. Anais do V Colóquio Internacional sobre Gestión Universitaria em América del Sur. Mar Del Plata, 2005. Disponível em:<
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/97146/Fernanda%20de%20Matos%20sanchez%20Alves%20e%20Jose%20Nilson%20Reinert.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>.
- AGUIAR, Zenaide Neto. SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Ed.70, 2011, 229p.
- BRASIL. Decreto nº 80.281, DE 5 DE SETEMBRO DE 1977. Disponível em:< <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-normaatualizada-pe.pdf>>. Acesso em 25 Jul 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de operação ReforSUS**. Brasília, 1997. Disponível em:<https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2015/ciclo_judicializacao_saude/documentos/material_referencia/reforsus.pdf>. Acesso em 27 Set 2018.
- BRASIL. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em 13 Ago 2018.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/111129.htm>. Acesso em 16 abr 2018.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. Disponível em:<<http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/multiprofissional.pdf>>. Acesso em 25 Jul 2018.

BRASIL. Portaria interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Disponível em:<http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf>. Acesso em 25 Jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em 25 Jul 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em 25 Jul 2018.

BRASIL. Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p . Disponível em:<<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>>. Acesso em 25 Jul 2018.

BRASIL. Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Disponível em:<

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192>. Acesso em 25 Jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em :<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em 25 Jul 2018.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de Julho de 1981. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16932.htm>. Acesso em 16 Abr 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986.

BRASIL. Resolução nº 2, de 13 de Abr de 2012. Disponível em:< http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrmis-n2-13abril-2012&category_slug=marco-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em 16 Abr 2018.

BRASIL. Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014. Disponível em:< <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-05-2014-11-07.pdf>>. Acesso em 16 de Abr 2018.

BRASIL, Camila da Costa; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos; VASCONCELOS, Ana Paula Silveira de Moraes. Perfil e trajetória profissional dos Egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **SANARE**, Sobral, v.16 n.01,p. 60-66, 2017. Disponível em:< <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095>>. Acesso em 03 Nov de 2018.

CARVALHO, Ariane Brum de; NEPOMUCENO, Léo Barbosa. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família potencializando a formação através da formação: uma utopia necessária. **SANA RE**, Sobral, v.7, n.2, p.31-37, 2008. Disponível em:< <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/29>>. Acesso em 16 Abr 2018.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Formação política em Saúde: a contribuição do Cebes para o 9º Congresso da Rede Unida. 9º Congresso da Rede Unida. Porto Alegre, 2010. Disponível em:< <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/04/carta-Cebes-Rede-Unida.pdf>>. Acesso em 16 Abr 2018.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41- 65, 2004. Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em 16 Abr 2018.

COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE. Nota de repúdio do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde às contrarreformas. Florianópolis-SC, 2017.

COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE. **Carta de Criciúma**. Criciúma-SC, 2018.

DA ROS, Marco Aurélio; KIELING, Marina Goelzer. A formação para o SUS (atenção básica) e a Reforma Sanitária. In: SILVA FILHO, Cláudio Claudino da; GARCIA JR, Carlos Alberto; KOVALESKI, Douglas Francisco (org). **VER-SUS Santa Catarina: itinerários (trans)formadores em Saúde**. Tubarão: Copiart, 2017. P. 53- 80.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O que é participação política**. São Paulo: Brasiliense, ed 1 eBook, 2017. Disponível em:<

<http://angloguarulhos.com.br/wp-content/uploads/2018/03/O-que-e-participacao-politica-Dalmo-de-Abreu-Dallari-Copia.pdf>>. Acesso em 03 Nov de 2018.

ENGEL, Tatiana; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de pesquisa. Universidade Aberta do Brasil-UAB/UFRGS e Curso de Graduação Tecnológica- Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS.- Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, 120p. Acesso em 07 Abr 2016. Disponível em:https://books.google.de/books?hl=pt-BR&lr=&id=dRuzRyEIzmkC&oi=fnd&pg=PA9&dq=pesquisa+descritiva,+explorat%C3%B3ria,+com+abordagem+qualitativa&ots=91U6U0jqPA&sig=VjUBKeiIE65X6Jr-wegmW8Gt_BY#v=onepage&q&f=false.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208 p.

FERREIRA, Silvia Regina. Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço. 2007, 117 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto Alegre, 2008. Disponível em:<<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/12419>>. Acesso em 16 Ago 2018.

FEURWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em 16 Abr 2018.

FLORIANÓPOLIS. Plenária final do Seminário Catarinense de Residentes em Saúde. Florianópolis-SC, 2017.

FLORIANÓPOLIS. Conselho Municipal de Saúde. Resolução 06/CMS/2018. Disponível em:<
<http://cms.pmf.sc.gov.br/admin/uploads/1530819404pdf>>. Acesso em 20 Out 2018.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. – São Paulo: Paz e Terra, ed. 25, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002, 171 p.

GUÉ, Natalina Rosane; RODRIGUES, Sandro Artur Ferreira. Percepções do assédio moral. Boletim da saúde, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 171-179, 2006. Disponível em:<
http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v20n1.pdf>. Acesso em 28 Nov 2018.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 423-440, 2012. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 16 Abr 2018.

ITAJAÍ. Carta do Encontro Catarinense de Residentes em Saúde. Itajaí-SC, 2016.

LOBATO, Carolina Pereira; MELCHIOR, Regina; BADUY, Rossana Staevie. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p. 1273-1291, 2012. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a02v22n4.pdf>>. Acesso em 16 Abr 2018.

MARQUES, Rodrigo Coelho, et al. Assédio Moral nas Residências Médica e Não Médica de um Hospital de Ensino. **Revista brasileira de educação médica**, v.36, n.3, p.401-406, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000500015&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em 28 Nov 2018.

MIRANDA JUNIOR, Ubirajara José Picanço. **Comissão nacional de residência médica: caminhos e descaminhos na gestão desta modalidade de especialização médica no Brasil**. 1997. 102 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública)- Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, 1997. Disponível em:< <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/3466/000077676.pdf?sequence=1>>. Acesso em 25 Jul 2018.

MIRANDA, Letícia Valladão; LOPES, Gertrudes Teixeira. A configuração do programa de residência de enfermagem do ministério da saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.9, n.1, p. 18-27, 2005. Disponível em:< http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=931>. Acesso em 27 Nov 2018.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n.4, p. 435-439, 2006. Disponível em:< <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-16243>>. Acesso em 16 Abr 2018.

OLSCHOWSKY, Agnes. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós graduação “lato sensu”. 2001. 240 f. Tese (doutorado em enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em:<
<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/3157>>. Acesso em 25 Ago 2018.

RODRIGUES, Terezinha de Fátima. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**, v.15, n. 1 (21), p. 71-81, 2016. Disponível em:<<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647309>>. Acesso em 15 set 2018.

RODRIGUES, Elisa Toffoli, et.al. Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.41, n. 4, p.604-614, 2017. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022017000400604&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 03 Nov de 2018.

SANTOS, Camille Correia. **O precariado escondido sob o véu da formação profissional**: o caso das residências em área profissional da saúde. 2018. 171 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde)- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:<
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/26957/2/Camille_Santos_EP_SJV_Mestrado_2018.pdf>. Acesso em 25 Jul 2018.

VERDI, Marta, et al. Programa de Residência Integrada em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina: o desafio de uma construção interdisciplinar coletiva. In: BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p. Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em 25 Jul 2018.

6 APÊNDICES

APÊNDICE 1: MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Participante,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **“Ocupando espaços “extramuros”: uma reflexão acerca do papel do Coletivo Catarinense de Residentes na formação em saúde”**, desenvolvida por Denise Finger, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação e coordenação da profa. Dra. Keli Regina Dal Prá.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar como a participação no Coletivo Catarinense de Residentes contribui para a formação em saúde. A falta de produção sobre este tema indica a necessidade de estudos que investigam a contribuição destes espaços na formação dos profissionais da saúde, a fim de garantir e legitimar a participação dos residentes nesses espaços durante a residência, como ambientes de formação. Além disso, a partir da revisão bibliográfica realizada e da análise dos dados que serão coletados, este estudo pode contribuir com sugestões na melhoria dos Projetos Políticos Pedagógicos das Residências em Saúde no estado e no país.

O(a) Sr(a) foi selecionado pelo reconhecimento de sua participação no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde. Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de

penalização. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária, porém, eventuais despesas com a pesquisa poderão ser ressarcidas e reembolsadas. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário aberto com sete perguntas sobre sua participação no Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde e a influência deste na sua formação profissional. As respostas do questionário serão transcritas e armazenadas durante cinco anos e após serão incineradas. Terão acesso as informações, apenas as pesquisadoras deste estudo.

Poderão emergir riscos durante o preenchimento do questionário, como: constrangimento em discorrer sobre temas políticos e/ou relacionados aos programas de residência; desconforto ou dificuldade em falar aspectos negativos do Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde e/ou dos programas de residência. Quanto aos benefícios, acredita-se que esta pesquisa poderá ajudar na produção de estudos relacionados aos coletivos de residentes em saúde, bem como, à participação em espaços político-organizativos durante a residência em saúde. Além disso, o(a) colaborador(a) poderá refletir sobre sua formação profissional.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Caso tenha alguma dúvida em relação à pesquisa, neste momento ou posteriormente, nos disponibilizamos a realizar os devidos esclarecimentos através dos seguintes contatos: com a pesquisadora Denise Finger, pelo telefone (048) 99949-4052 e/ou pelo e-mail: deni.finger@hotmail.com; com a Profa. Orientadora Dra. Keli Regina Dal Prá pelo e-mail: keliiregina@yahoo.com e com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo endereço: *Rua Desembargador Vitor Lima, n. 222, 4º andar, sala401, Trindade – Florianópolis*, pelo telefone: (048) 3721-6094 ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Keli Regina Dal Prá - Orientadora

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:

Nome completo: _____

Doc. de Identificação: _____

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO:

“Declaro que, em ____/____/____, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “Ocupando espaços “extramuros”: uma reflexão acerca do papel do Coletivo Catarinense de Residentes na formação em saúde”, após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.”

“As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.”

“Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.”

“Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.”

_____, _____ de _____, de _____

Assinatura do voluntário

APÊNDICE 2:QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Ocupando espaços “extramuros”: uma reflexão acerca do papel do Coletivo Catarinense de Residentes na formação em saúde”, desenvolvida por Denise Finger, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação e coordenação da profa. Dra. Keli Regina Dal Prá. O presente estudo tem como objetivo principal analisar como a participação no Coletivo Catarinense de Residentes contribui para a formação em saúde. A partir disso, espera-se caracterizar os ex-residentes que participaram do Coletivo Catarinense de Residentes; analisar os fatores que motivaram a participação dos ex-residentes no Coletivo Catarinense; identificar demais espaços de mobilização social, além do Coletivo Catarinense, que os ex-residentes atuaram durante o período da residência e conhecer a percepção dos ex-residentes acerca da contribuição da participação no Coletivo Catarinense em sua formação profissional. Reiteramos que, conforme TCLE, serão garantidas a confidencialidade e a privacidade de todas as informações por você prestadas.

Parte superior do formulário

Nome completo

Idade *

Categoria Profissional *

Programa de residência que cursou *

Ano de conclusão da residência *

- 2018
- 2017
- 2016
- Outro:

Atualmente, atua como profissional no Sistema Único de Saúde (SUS)? *

- Sim
- Não
- Não, porém atuo no sistema público (educação, assistência social ou outro)
- Não, porém desenvolvo pesquisa nessa área (mestrado ou doutorado)

Por quanto tempo você participou do Coletivo Catarinense de Residentes? Qual o período? *

O que lhe motivou a participar do Coletivo Catarinense de Residentes? *

- Afinidade com espaços de organização social
- Necessidade de mudanças/melhorias nos programas de residências
- Se identificou com as causas do Coletivo
- Necessidade de aprofundamento em discussões político-sociais

durante a residência

Outro:

Quais fatores facilitaram/proporcionaram sua participação no Coletivo Catarinense de Residentes? *

- Apoio e incentivo dos demais residentes
- Apoio da coordenação do programa
- Apoio dos (as) tutores (as)
- Apoio do (a) preceptor (a)
- Liberação das atividades da residência para participar das reuniões
- Outro:

Quais os fatores que dificultaram sua participação no Coletivo Catarinense de Residentes? *

- Falta de apoio ou incentivo dos demais residentes
- Falta de apoio da coordenação do programa
- Falta de apoio dos (as) tutores (as)
- Falta de apoio do (a) preceptor (a)
- Não liberação das atividades da residência para participar das reuniões
- Outro:

Sua participação no Coletivo Catarinense influenciou sua formação profissional? *

Sim

- Não
- Talvez

Se sim, como? *

Além do Coletivo Catarinense de Residentes, durante a residência você participou de outros espaços de organização social? *

- Sim
- Não

Se sim, quais espaços? *

- Assembleias de servidores municipais
- Reuniões do Conselho Estadual de Saúde
- Reuniões do Conselho Municipal de Saúde
- Reuniões dos Conselhos Locais de Saúde
- Fórum Catarinense em Defesa do SUS
- Fórum Contra a Privatização da Saúde
- Associação de Pós-Graduandos
- Fórum Nacional de Residentes em Saúde
- Conselho de Classe da sua categoria profissional
- Outro:

Esses espaços influenciaram na sua formação profissional? *

- Sim

Não

Talvez

Se sim, como? *

Questionário concluído!

Agradecemos sua disponibilidade em participar desta pesquisa. Graças a sua participação esta pesquisa poderá ajudar na produção de estudos relacionados aos coletivos de residentes em saúde, bem como, à participação em espaços político-organizativos durante a residência em saúde.

Parte inferior do formulário

7 ANEXOS

ANEXO 1: DECLARAÇÃO DO COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES EM SAÚDE



Coletivo Catarinense de Residentes em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências da Ética em Pesquisa com Seres Humanos e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento no projeto de pesquisa: **"OCUPANDO ESPAÇOS "EXTRAMUROS": UMA REFLEXÃO ACERCA DO PAPEL DO COLETIVO CATARINENSE DE RESIDENTES NA FORMAÇÃO EM SAÚDE"** da pesquisadora responsável Profa. Dra. Keli Regina Dal Prá e da residente Denise Finger, e cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares. Como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH).

Atenciosamente.

Florianópolis, 12 de Julho de 2018

JOAQUIM GABRIEL DE ANDRADE COUTO
Representante do Coletivo Catarinense de Residentes

Joachim GA Couto