

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

CAMILA TENÓRIO FERREIRA

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: A TRAJETÓRIA DE EGRESSOS (AS)
DO VER-SUS NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

RECIFE

2018

CAMILA TENÓRIO FERREIRA

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: A TRAJETÓRIA DE EGRESSOS (AS)
DO VER-SUS NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de mestra em Ciências.

Orientadora: Dr^a Kátia Rejane de Medeiros

Coorientadora: PhD Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

F383f Ferreira, Camila Tenório.
Formação profissional em saúde: a trajetória de egressos (as) do Ver-SUS no Estado de Pernambuco / Camila Tenório Ferreira. — Recife: [s.n.], 2018.
178p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Kátia Rejane de Medeiros; Coorientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Capacitação Profissional. 2. Estudantes. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Estágio. 5. Prática de Saúde Pública. I. Medeiros, Kátia Rejane de. II. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. III. Título.

CDU 377.354

CAMILA TENÓRIO FERREIRA

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: A TRAJETÓRIA DE EGRESSOS (AS) DO
VER-SUS NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico
em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título
de mestra em Ciências.

Aprovada em: 28/08/2018

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr^a Edna Mirtes dos Santos Granja
UniFBV-Wyden

Dr. Luciano Bezerra Gomes
Universidade Federal da Paraíba

À Espiritualidade Maior.

AGRADECIMENTOS

Sonho que se sonha junto é realidade.

Essa dissertação foi construída por muitas mãos. Sobretudo por muitas mulheres. Mulheres que convivem comigo e que não me deixaram, sequer por um momento, desistir. Os dias vividos na conjuntura atual reservam milhares de desafios às mulheres pesquisadoras. Não fosse por outras mulheres, fonte de sabedoria e força, estes agradecimentos teriam narrativa completamente distinta.

Este sonho vem sendo construído desde a graduação. Agradeço a *Juliana Oliveira* e *Vanessa Leal* por acreditarem no potencial daquele tímido relato de experiência. Sem dúvidas, escrever sobre a experiência que, em 2012, despertou-me tantos desejos de luta, ajudou-me a ganhar asas. Não sendo suficiente, os voos me levaram a mais implicações, e na monografia da Residência, tive a oportunidade de ser orientada por uma das autoras mais importantes no quesito VER-SUS/Brasil, *Thaís Maranhão*. Apesar de termos nos encontrado uma única vez lá em 2014, a tecnologia nos permitiu a construção de uma excelente parceria, escrevendo sobre a contracorrente das vivências em Pernambuco. Sem dúvidas, foi uma experiência incrível.

Em um dos encontros da disciplina de seminários de pesquisa, já no mestrado, *Idê Gurgel*, em momento avaliativo do produto que eu ali apresentara, discordou do que, em minha cabeça, era mais do que pertinente. Aquilo me levou a procurar mais implicações científicas para fundamentar a obviedade dos meus pensamentos, haha. E depois de muitas críticas (hoje sei que, sobretudo, foram muito cuidadosas com a pesquisadora em formação), o elogio e os adjetivos: ousadia e rebeldia. Essa aprovação também importou bastante para a construção e impulsionamento deste sonho.

Mais tarde, na qualificação do projeto, as tão ricas contribuições de *Edna Granja*, que mesmo na condição de examinadora suplente, teceu ricas considerações, desdobradas em contribuições imprescindíveis ao amadurecimento da minha escrita e, conseqüentemente do meu trabalho; e de *Paulette Cavalcanti*, que viria a se tornar minha coorientadora, quem me apresentou às queridas *Fabi Oliveira*, que gentilmente esteve conosco na condução do grupo focal, e *Náercia Ranúzia*, que me apresentou ao método utilizado na análise das evidências.

Especialmente importante, a trajetória dessa dissertação não seria possível sem o empenho de *Kátia Medeiros*. Para além de minha orientadora, transformou-se numa amiga de compartilhamento da vida, da realidade vivida por nós e pelas mulheres que nos rodeiam. Com todo o seu companheirismo, comprometimento, compreensão, parceria, atenção,

disposição e todos os adjetivos que possam definir nossa relação orientanda-amiga, foi uma de minhas principais incentivadoras.

Estendo os meus agradecimentos à minha mãe, minha *Linda Tenório*, pela compreensão de minhas ausências e por nunca me deixar desistir. Ao meu pai *Beto Ferreira*, sempre disponível a atender minhas necessidades e compreensivo em nossas saudades. Sem vocês, nada disso seria possível. Vocês são os principais responsáveis por cada degrau avançado. À minha irmã *Elisângela* pela torcida constante, e às minhas gostosuras: *Emylle*, *Evinha*, *Esther e Enzo*, tia sempre esteve muito ocupada, quase indisponível, mas estar com vocês sempre correspondia aos minutos de fuga mais gostosos. Nossos momentos de denço, trela e gargalhada, sem dúvidas, também contaram muito, tia sempre será de vocês.

Às minhas companheiras de amor, vida e luta: gratidão por tudo. *Erika*: “*Acredite em você*”; *Laila*: “*Vai, amiga!!! Quando terminar, vamos à praia*”; *Day*: “*Vai dar certo, amiga, vamos juntas, a gente consegue*”; *Alana*: “*Tá bom, mãe, eu espero mais um pouco. Quero um fim de semana só meu!*”; *Lara e Rafa*: “*Ow, flor, força, vai dar certo*”; *Emylle*: “*Você não para de estudar nunca não? Nem pra dormir?*”; *Ana Mércia*: “*Vamos, falta pouco, você consegue*”; *Luís Otávio*: “*Meu bem, eu sei que você está ocupada, passando só pra desejar um bom dia*”; *Lely*: “*Não quero atrapalhar vocêeeee*”. Perdão por tanto “não posso; hoje não dá; em março tô mais folgada; deixa agosto acabar”. Mais uma vez lhes sou grata por tudo, tudo, tudo. *Fundamental é mesmo o amor, é impossível ser feliz sozinha*.

Agradeço também a todas e todos que compõe o Levante Popular da Juventude, a Consulta Popular, o Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde núcleo Recife, a Comissão Organizadora do VER-SUS PE RMR: vocês foram minha família de luta nas terras recifenses.

À família Fiocruz-PE, todas e todos aqueles que oportunizaram mais uma formação, os meus agradecimentos; a todas as mestras e mestres formados na turma de mestrado acadêmico em saúde pública 2016-2018, valeu por cada suor, perrengue, conhecimento e compartilhamento: gratidão e parabéns (nós merecemos). A todas e todos que fizeram o VER-SUS Pernambuco acontecer, em especial àquelas (es) que, gentilmente, aceitaram integrar o grupo focal: meus sinceros agradecimentos.

Por fim, a cada Ana Maria Araújo Freire, a cada Malala Yousafzai, a cada Nelson Mandela, a cada Pepe Mujica, a cada Nise da Silveira, a cada Alexina Crespo, a cada lutadora e lutador que vive nos corações de quem acredita nas transformações: os meus sinceros e humildes agradecimentos.

*“Que possamos pegar nossos livros e canetas.
São as nossas armas mais poderosas. Uma
criança, um professor, um livro e uma caneta
podem mudar o mundo” Malala Yousafzai*

FERREIRA, C. T. **Formação profissional em Saúde: A trajetória de egressos (as) do VER-SUS no estado de Pernambuco.** 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

A década de 90 marcou o surgimento de iniciativas voltadas à adequação da formação profissional para o SUS. Em 2003 surgiram as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS/Brasil), com a finalidade de discutir e objetivar formação de qualidade para o SUS. A estratégia se manteve entre os anos de 2004 e 2005, mas mudanças ocorridas na gestão do Ministério da Saúde resultaram em sua interrupção, tendo retomada somente em 2012. Analisa-se como a participação no VER-SUS ocorrido em Pernambuco no período de 2012 a 2016 orientou a formação acadêmica/profissional de seus egressos (as). Estudo descritivo e explicativo de ênfase quanti-qualitativa, realizado mediante pesquisa documental; grupo focal e diário de campo, apreciado através da análise de discurso de Pêcheux. Aponta-se o envolvimento de cerca de 1200 participantes, distribuídos entre os quatro segmentos do quadrilátero de formação para a área da saúde, e advindos de 17 estados do país. Sua tônica foi conduzida pelo protagonismo estudantil. Cerca de 14% do grupo de graduandos (as) ingressaram em Residência Multiprofissionais em Saúde no estado, resultando o envolvimento de 29 programas, configurando o VER-SUS Pernambuco como sendo um marcador de acontecimento na saúde coletiva do estado. Considerando as múltiplas determinações imbricadas no processo da formação profissional em saúde dos egressos e egressas da experiência, esta demonstrou-se como sendo um grande emaranhamento colorido, traduzido em trajetórias diversas que revelaram, sobretudo, a implicação coletiva envolvida da construção aos desdobramentos gerados nos momentos pós-VER-SUS, responsáveis por gerar transformações em diversas dimensões. Evidenciou-se, ainda, a construção de novos olhares sobre a saúde pública, vinculados à crítica e ao comprometimento com a transformação social e em defesa do SUS, levando-se a acreditar em possibilidades de consolidação do Sistema, com foco no cuidado integral e universal, na equidade, e na prestação de atenção de qualidade ao povo pernambucano e brasileiro.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Formação profissional. Estudantes.

FERREIRA, C. T. **Vocational training in health: the trajectory of VER-SUS graduates in the state of Pernambuco.** 2018. Dissertation (Academic Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

The 1990s was the decade that featured the emergence of initiatives focused on the adequation of the vocational training for SUS. In 2003 emerged the stages in the reality of the Brazilian National Health System (VER-SUS/Brazil), with the purpose of discussing and objectifying quality training for SUS. The strategy was kept between 2004 and 2005, but changes in the management of Ministry of Health resulted in its interruption, and it was resumed only in 2012. It analyzed how the participation in VER-SUS occurred in Pernambuco between 2012 and 2016 guided the formation academic/professional of its graduates. Descriptive and explanatory study of quantitative-qualitative emphasis performed through documentary research; focal group and dairy field, appreciated through the analysis of Pêcheux discourse. It is shown the engagement of 1200 participants, distributed in four segments of the quadrilateral formation for the health field, who came from 17 estates of the country. Their keynote was conducted by student in Health in the estate, resulting in the engagement of 29 programs, featuring VER-SUS protagonism. Around 14% of the undergraduates group entered at Multidisciplinary Residency Pernambuco as a event marker in the public health on the estate. Considering the multiple determinations imbricated in the process of professional training in health of the graduates of the experience, this one was demonstrated as a large colorful tangle, translated into may pathways that revealed, mostly, the collective implication involved from the construction to the unfoldings generated in the moments post-VER-SUS, responsible for generating transformations in many dimensions. This was evidenced, yet, the creation of new thoughts on public health, linked to the critic and the commitment with social transformation and in defense of SUS, leading to believe possibilities of consolidation of the System, focusing on the integral and universal care, equality, and care delivery of good quality to the people in the state of Pernambuco and Brazil.

Keywords: Unified Health System. Vocational training. Students.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo esquemático utilizado na pesquisa documental realizada para a obtenção do primeiro e segundo objetivo específico do estudo.....	70
Figura 2 - Rede de contatos acionados para a composição do grupo focal, a partir da técnica bola de neve.....	75
Quadro 1 - Caracterização de participantes do Grupo Focal.....	75
Figura 3 – Modelo esquemático de como se deu a organização dos sentidos no conceito-análise “motivação em participar do VER-SUS”	82
Figura 4 – Modelo esquemático de como se deu a organização dos sentidos no conceito-análise “contribuição do VER-SUS”	83
Quadro 2 – Distribuição das vivências realizadas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às comissões organizadoras e municípios.....	86
Figura 5 - Distribuição dos municípios envolvidos nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às mesorregiões	88
Figura 6 - Distribuição dos municípios envolvidos nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às regiões de saúde	89
Figura 7 - Estados representados por participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016	90
Quadro 3 - Relação dos cursos de graduação envolvidos nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, segundo área do conhecimento	94
Quadro 4 - Relação dos programas de residência envolvidos nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, segundo modalidade uni/multiprofissional.....	100
Quadro 5 - Relação das instituições de ensino superior envolvidas nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, segundo natureza público/privada..	106
Quadro 6 - Programas de RMS onde ingressaram egressos (as) do VER-SUS no período de 2013 a 2017, segundo instituição e COREMU.....	112
Quadro 7 - Distribuição do grupo ingressante nos Programas de RMS, no período de 2013 a 2017, segundo programa, instituição e perfil	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016	90
Gráfico 2 – Distribuição de participantes do VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto aos estados de residência	91
Gráfico 3 – Distribuição de participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto à categoria de participação.....	92
Gráfico 4 - Distribuição de participantes do VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto à categoria de participação.....	93
Gráfico 5 - Distribuição de estudantes de graduação participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012-2016, quanto ao curso.....	96
Gráfico 6 - Distribuição de estudantes de graduação nos cursos das ciências da saúde que apresentaram maior número de participantes no VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição	99
Gráfico 7 - Distribuição de estudantes de residência nos programas que apresentaram maior número de participantes no VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição	101
Gráfico 8 - Distribuição de integrantes de movimentos sociais participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto aos movimentos	102
Gráfico 9 - Distribuição de integrantes de movimentos sociais participantes do VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição.....	103
Gráfico 10 – Distribuição de participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto ao gênero	104
Gráfico 11 – Percentual das instituições de ensino superior envolvidas nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto à natureza público/privada.....	107
Gráfico 12 – Distribuição de participantes das edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às instituições de ensino superior.....	108

Gráfico 13 - Número de instituições de ensino superior envolvidas nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto à natureza público/privada.....	108
Gráfico 14 - Distribuição de participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto às instituições de ensino superior	109
Gráfico 15 - Número de egressos (as) do VER-SUS PE que ingressaram em Programas de RMS, ocorridas no estado, no período de 2013 a 2017.....	110
Gráfico 16 - Caracterização de ingressantes nos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017, segundo o gênero	111
Gráfico 17 - Profissões do grupo de ingressantes nos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017	111
Gráfico 18 - Distribuição percentual do grupo ingressante nos Programas de RMS, no período de 2013 a 2017, segundo perfil.....	114
Gráfico 19 - Instituições vinculadas aos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017	114
Gráfico 20 - Distribuição do grupo de ingressantes nos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017, quanto à localização geográfica.....	115
Gráfico 21 - Distribuição do grupo de ingressantes nos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017, quanto às GERES.....	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários (as) de Saúde
Amrigs	Associação Médica do Rio Grande do Sul
ASCES	Faculdade Associação Caruaruense de Ensino Superior
C.A	Centros Acadêmicos
C.O	Comissão Organizadora
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAV	Centro Acadêmico de Vitória
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGPRH	Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos em Saúde
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões de Integração Ensino-Serviço
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMFAME	Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Barbacena
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CPqAM/Fiocruz	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz
CPRS	Coletivo Pernambucano de Residentes em Saúde
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
CUT	Central Única dos Trabalhadores

D.A	Diretórios Acadêmicos
DAB/SAS	Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde
DAMED	Diretório Acadêmico de Estudantes de Medicina
DCE	Diretórios Centrais de Estudantes
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina
EBMSP	Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública
EIV	Estágios Interdisciplinares de Vivência
ELV-SUS	Estágios Locais de Vivência no Sistema Único de Saúde
ENEV	Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária
ENIV-SUS	I Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivências no SUS
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP/RS	Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul
ESPPE	Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco
Estácio Alagoas	Faculdade Estácio de Sá de Alagoas
Estácio FIR	Faculdade Estácio de Sá do Recife
Estácio Natal	Faculdade Estácio de Sá do Rio Grande do Norte
ETEPAM	Escola Técnica Estadual Professor Agamenon Magalhães
EV	Estágios de Vivência
FACHO	Faculdade de Ciências Humanas de Olinda
FACIPE	Faculdade Integrada de Pernambuco
FACISST	Faculdade de Ciências da Saúde de Serra Talhada
FAFIRE	Faculdade Frassinetti do Recife
FAINTVISA	Faculdade Integrada da Vitória de Santo Antão
FAL	Faculdade de Alagoas
FAME	Faculdade de Medicina de Barbacena
FAREC	Faculdade do Recife
FAT	Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana
FBV	Faculdade de Boa Viagem
FCHE	Faculdade de Ciências Humanas Esuda
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FCM-PB	Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba

FEAB	Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil
FG	Faculdade dos Guararapes
Fies	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FIS	Faculdade de Integração do Sertão
FJN	Faculdade Joaquim Nabuco Recife
FLS	Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na área da Saúde
FNRS	Fórum Nacional de Residentes em Saúde
FOR	Faculdade de Odontologia do Recife
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
FSM	Faculdade São Miguel
GERES	Gerências Regionais de Saúde
GERUS	Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde
GHC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HC	Hospital das Clínicas
HCP	Hospital do Câncer de Pernambuco
HDM	Hospital Dom Moura de Garanhuns
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IBGM/FGM	Faculdade de Tecnologia Gestão & Marketing
ICB	Instituto de Ciências Biológicas
IES	Instituições de Ensino Superior
IFPE	Instituto Federal de Pernambuco
II PNARA	II Plano Nacional de Reforma Agrária
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
Lappis	Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragens
ME	Movimento Estudantil
MEC	Ministério da Educação
MMM	Marcha Mundial das Mulheres
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NARAS	Núcleos de Apoio à Luta pela Reforma Agrária
NETESC	Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NURESC	Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OTICS	Observatório de Tecnologias de Informações e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde
PAREPS	Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde
PEBA	Pernambuco/Bahia
PEPS	Polo de Educação Permanente em Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PJR	Pastoral da Juventude Rural
PNDG	Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNF	Plano Nacional de Formação
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Profaps	Programa de Formação Profissional na Área de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Graduação em Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REAPH	Residência de Enfermagem em Atendimento Pré-hospitalar
Rede Unida	Associação Brasileira da Rede Unida
RENILA	Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial
REOHH	Residência em Enfermagem em Onco-Hematologia e Hemoterapia
RESM	Residência de Enfermagem de Saúde da Mulher
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculada às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde

RHS	Recursos Humanos em Saúde
RMAB	Residência Multiprofissional em Atenção Básica
RMABSF	Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família
RMAHGC	Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado do Hospital dom Moura
RMAUE	Residência Multiprofissional em Atenção e Urgências e Emergências
RMCAP	Residência Multiprofissional em Câncer e Paliativos
RMCP	Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos
RMFC	Residência de Medicina de Família e Comunidade
RMI	Residência Multiprofissional em Intensivismo
RMIACCE	Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Clínica Cardiovascular Especializada
RMIAS	Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde
RMISSM	Residência Multiprofissional Integrada em Saúde – Saúde da Mulher
RMMFC	Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade
RMO	Residência Multiprofissional em Oncologia
RMO	Residência Multiprofissional em Oncologia
RMR	Região Metropolitana do Recife
RMRAPS	Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial
RMRF	Residência Multiprofissional em Reabilitação Física
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
RMSC	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
RMSCGRS	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde
RMSCPGS	Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RMSFASPC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Atenção à Saúde da População do Campo
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
RMSFVIS	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Vigilância em Saúde
RMSI	Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso
RMSM	Residência Multiprofissional em Saúde Mental

RMVS	Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RSI	Residência de Saúde do Idoso
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
SESAU	Secretaria de Saúde da Cidade do Recife
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFESBA	Universidade Federal do Sul da Bahia
UFGO	Universidade Federal de Goiás
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMT	Universidade Federal do Mato Grosso
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRPE	Universidade Federal Rural de Pernambuco
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNCISAL	Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
UNE	União Nacional dos Estudantes
UNEB	Universidade do Estado da Bahia
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

UNICAP	Universidade Católica de Pernambuco
UNIFACEX	Centro Universitário Facex
UNIFAVIP	Centro Universitário do Vale do Ipojuca
UNIFOR	Fundação Edson Queiroz Universidade de Fortaleza
UNILAGO	Faculdade de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos
UNINASSAU	Centro Universitário Maurício de Nassau
UNINTER	Centro Universitário Internacional
UNISC	Universidade de Santa Cruz do Sul
UNIT	Universidade de Tiradentes
UNIVASF	Universidade do Vale do São Francisco
UNIVERSO	Universidade Salgado de Oliveira
UNP	Universidade Potiguar
UPE	Universidade de Pernambuco
UVA	Universidade Estadual do Vale do Acaraú de Sobral
VER-SUS/Brasil	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil
VER-SUS/RS	Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	26
2 MARCO REFERENCIAL	32
2.1 Relações entre a Formação Profissional em Saúde, a constituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o surgimento do VER-SUS/Brasil	32
2.2 Pré-VER-SUS/Brasil	38
<i>2.2.1 Estágios de Vivência na Área da Saúde</i>	41
2.3 Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único do Brasil – VER-SUS/Brasil ...	47
<i>2.3.1 VER-SUS/Brasil como Estratégia para o fortalecimento da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (2003 – 2005)</i>	47
<i>2.3.2 A nova condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a interrupção da realização regular do VER-SUS em escala nacional e a resistência das experiências locais (2006 – 2010)</i>	52
<i>2.3.3 VER-SUS/Brasil como instrumento de Educação Permanente em Saúde (2011 a 2016)</i>	54
2.4 Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil	58
<i>2.4.1 Surgimento das Residências Multiprofissionais em meio à hegemonia médica e às Residências Uniprofissionais (1978 – 1993)</i>	58
<i>2.4.2 A reorientação da Atenção Básica como principal colaboradora para a expansão das Residências Multiprofissionais em Saúde (1994 – 2004)</i>	60
<i>2.4.3 Articulação interministerial entre Saúde e Educação marca a normalização das Residências Multiprofissionais e Saúde (2005 – 2009)</i>	62
3 HIPÓTESES	65
4 OBJETIVOS	66
4.1 Geral	66
4.2 Específicos	66
5 PERCURSO METODOLÓGICO	67
5.1 Do delineamento e do objeto do estudo	67
5.2 Da população de referência	68
<i>5.2.1 Critérios de inclusão</i>	68
5.3 Das Fontes, Instrumentos e Técnicas de Análise	68
<i>5.3.1 Pesquisa Documental</i>	69

5.3.2 Grupos Focais	73
5.3.2.1 <i>Diário de Campo</i>	78
5.3.3 Técnicas de Análise	78
5.3.3.1 <i>A análise em si</i>	79
5.3.3.2 <i>A escrita da Análise</i>	80
5.4 Dos Aspectos Éticos	83
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	85
6.1 Caracterização do perfil de egressos(as) das edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco no período de 2012 a 2016	85
6.1.1 <i>Caracterização quanto à localização geográfica e gerencial das vivências</i>	85
6.1.2 <i>Caracterização de Participantes</i>	89
6.1.2.1 <i>Caracterização de participantes quanto ao estado de residência</i>	90
6.1.2.2 <i>Caracterização de Participantes quanto à Categoria</i>	92
6.1.2.2.1 <i>Caracterização dos (as) estudantes de graduação</i>	94
6.1.2.2.2 <i>Caracterização dos(as) estudantes de residência</i>	100
6.1.2.2.3 <i>Caracterização dos(as) integrantes de movimentos sociais</i>	101
6.1.2.3 <i>Caracterização de Participantes quanto ao Gênero</i>	103
6.1.3 <i>Caracterização quanto às Instituições de Ensino Superior</i>	105
6.2 Caracterização de egressos (as) do VER-SUS quanto ao ingresso nas Residências Multiprofissionais em Saúde no estado de Pernambuco	110
6.3 Egressos (as) em foco	116
6.3.1 Discursos-sentidos-significados produzidos por egressos (as) do VER-SUS Pernambuco sobre a experiência	116
6.3.1.1 <i>Desejos e querenças impulsionando guinadas pessoais e coletivas</i>	116
6.3.1.2 <i>Subjetivo, em movimento, nem sempre nítido, inquietante, processual</i>	123
6.3.1.3 <i>Afetações, direções, orientações, constatações, reflexões, percepções</i>	146
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS	152
APÊNDICE A - CARTA-CONVITE GRUPO FOCAL	168
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	169
APÊNDICE C – NOMES FICTÍCIOS ATRIBUÍDOS AOS ENUNCIADORES E ENUNCIADORAS E SEUS RESPECTIVOS SIGNIFICADOS	170
APÊNDICE D – ROTEIRO DE PESQUISA	178

1 INTRODUÇÃO

Observa-se notável envolvimento de estudantes, Brasil afora, na realização de espaços formativos com formatos que fogem à roupagem tradicional de educação, a exemplo de encontros de executivas de curso; encontros de juventude organizada; tendas Paulo Freire; Estágios Nacionais de Extensão em Comunidade; Estágios Interdisciplinares de Vivência; Estágios de Vivência no Sistema Único de Saúde, Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS/Brasil), entre outros.

O estado de Pernambuco apresenta protagonismo na realização de VER-SUS/Brasil, iniciando em 2005, quando sediou a primeira edição e registrando periodicidade semestral de realização do Projeto no período de 2012 a 2016. O presente estudo, consubstanciado em dissertação de mestrado, objetiva analisar como a participação no VER-SUS ocorrido no estado orientou a formação acadêmica/profissional de seus egressos e egressas.

Educação, saúde e trabalho são práticas sociais que fazem parte do modo de produção da existência humana. Estas precisam ser abordadas como fenômenos potenciais de produzir, reproduzir ou transformar as relações sociais (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009).

A **educação** é um processo de humanização que ocorre ao longo de toda a vida, de modos diversificados, acontecendo em múltiplos espaços e diferentes situações. Está ligada à aquisição e articulação infinita do conhecimento popular e científico, onde é possível a reorganização, a incorporação e a criação do conhecimento. Por não ser neutra, a importância e significado direcionado à educação é resultado das lutas travadas nas disputas pela sobrevivência em sociedade, dependendo por sua vez do grau de desenvolvimento social; nível de exigência dos indivíduos; possibilidades políticas e econômicas do momento histórico, mediadas pelas relações concretas estabelecidas na luta social. Portanto, só é possível compreendê-la na relação social (BRANDÃO, 1995; GADOTTI, 1990; ORSO et al., 2013).

Por sua vez, **saúde** é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, sendo determinantes e condicionantes da mesma, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990, 2013).

A educação e a saúde são práticas sociais que sempre estiveram articuladas e são consideradas inseparáveis e interdependentes (MELO, 1987; RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007). Segundo Morosini, Fonseca e Pereira (2009), na interface entre estas práticas, constituída como base no pensamento crítico sobre a realidade, a **educação em saúde** está localizada num “campo de disputas de projetos de sociedade e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas relativas à educação no campo da saúde”. De um lado, as práticas da Educação Sanitária, reproduzindo o poder biomédico; do outro, as práticas da Educação Popular em Saúde, buscando uma concepção da relação saúde e educação como resultado de ação política dos indivíduos e da coletividade.

Portanto, através do disposto, pode-se definir a **educação em saúde** como sendo um “processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde”, onde tal construção é realizada através de um “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2015).

Do início do século XX à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), registraram-se inúmeros desafios à educação em saúde, e este campo de disputas esteve sempre permeando as práticas dos trabalhadores que realizam o SUS. Reforça-se, porém, que “não são somente perspectivas ou correntes educacionais ou sanitárias que se defrontam, mas formas de conceber os homens, a relação entre estes, as formas de organizar a sociedade e partilhar os bens por ela produzidos” (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009).

Destaca-se que o **trabalhador de saúde**, indivíduo inserido direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde (no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde), apresenta papel fundamental na efetividade e eficiência do SUS (BRASIL, 2015). Assim como Machado (2008), adotaremos o trabalhador não apenas como um realizador de tarefas estabelecidas previamente pela administração local, mas como um sujeito e agente transformador de seu ambiente, concepção que o define para além de um recurso humano.

Compreendendo o papel central do trabalhador de saúde, sujeito do trabalho educativo (da educação em saúde), faz-se necessária a concepção do **trabalho em saúde**. Este vem sendo estruturado histórico hegemonicamente a partir da biomedicina, um processo pautado pela hierarquização e pela divisão intelectual e social do trabalho e do saber em saúde, o chamado modelo biomédico (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009).

Dentro do contexto acima, é cabível destacar que **a educação do trabalhador de saúde** tem uma grande importância na conformação de conceitos e práticas no setor saúde. Com a regulamentação do SUS, através da Constituição Federal (CF) de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90, fica determinado que compete ao SUS ordenar a formação de **recursos humanos em saúde**, quando passaram a ser adotadas estratégias para garantir a formação de trabalhadores com perfil condizente à nova realidade (FEUERWERKER, 2007; PIERANTONI et al., 2012).

No setor saúde, o campo de estudos e pesquisas da área de **recursos humanos** ganha ênfase no final do século XX, ganhando focos distintos ao passar das décadas de 70, 80 e 90, apontando reflexões diversas, tais como: organização social das práticas em saúde; as macro tendências do mercado de trabalho; o mundo do trabalho, a conformação das profissões de saúde, e a formação e educação dos profissionais de saúde dos níveis superior e técnico, respectivamente (MACHADO, 2008).

Brunholli (2013) aponta, através de seus estudos, que encontrou inúmeras “críticas e avaliações sobre o processo de reformas do setor da saúde no interior da Política de Recursos Humanos”. Segundo Ceccim (2008, p. 10), a formação é “um” ou mesmo “o” grande nó crítico da implementação real da mudança”. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), à educação dos profissionais da saúde, não foi destinado espaço relevante capaz de conduzir as mudanças curriculares ou pedagógicas necessárias, o que, segundo Feuerwerkwer (2005), é decorrente da influência do modelo biomédico ainda hegemônico na sociedade, que orienta a formação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, interfere profundamente na possibilidade de consolidação do SUS. Para Feuerwerkwer (2005), este, apesar de ter conseguido importantes superações em seu processo de implantação, tem a formação profissional como um dos principais desafios a ser enfrentado.

As reflexões provocadas pelo movimento sanitário frente à urgência de superação deste desafio apontaram para a necessidade do desenvolvimento de políticas e projetos voltados para a formação profissional (BRUNHOLI, 2013). Segundo Pierantoni et al. (2012), os aspectos relacionados à formação profissional em saúde estiveram presentes na agenda das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) desde o século passado, mas com o SUS foram incorporados novos desafios ao tema, frente às proposições de mudança na concepção e forma de organizar os modelos assistenciais de saúde.

O SUS necessita de profissionais preparados para atuar com competência na área da saúde pública. Ao longo do tempo foram desenvolvidas diversas estratégias políticas voltadas para a modificação da educação superior e da educação profissional (BRASIL, 2009).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), no período de 1990 a 2002, as políticas implantadas buscaram a reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, provocando mudanças nas estratégias e modos do binômio ensinar-aprender. Ao longo dos anos 2000, a formação de trabalhadores para o SUS ganhou ainda mais visibilidade nas CNS, quando passou a ser considerada uma condição necessária para o alcance de uma política de saúde pautada nos ideais preconizados pela Reforma Sanitária (BRUNHOLI, 2013).

Segundo Machado (2008), os diversos estudos e análises realizadas desde o fim da década de XX na área dos recursos humanos foram fundamentais para a transformação do “acanhado e reduzido mundo dos recursos humanos” em **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Com o objetivo de cumprir o estabelecido no Art. 200, inciso III da Constituição Federal – “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” - e criar uma política de valorização do trabalhador do SUS foi criada, através do decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) (BRASIL, 2003).

A **SGTES** está compreendida no Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e no Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e “responde pela gestão federal do SUS no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde”. Uma das primeiras ações do DEGES foi o lançamento da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação Permanente em Saúde, que “propõe a adoção da educação permanente em saúde como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde” (BRASIL, 2003, 2004, 2004a, 2005, 2015).

Educação Permanente em Saúde são ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2015, p. 20, grifo nosso).

Sendo a primeira estratégia fundamental para o apoio e a dinamização da constituição da Educação Permanente em Saúde (EPS) apontada pela Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, surge o Projeto **VER-SUS/Brasil** para estudantes de graduação, visando oportunizar experiência de protagonismo em aprendizagem de ações de gestão e controle social no SUS a estudantes da área da saúde, bem como estágios regionais

interprofissionais e vivência de educação popular no SUS, junto à extensão universitária (BRASIL, 2003, 2004, 2015).

Segundo o disposto no Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, **formação profissional em saúde** compreende:

processo de ensino-aprendizagem dos conhecimentos requeridos para o exercício de uma profissão ou ocupação regulamentada que se dirige à educação técnica ou superior. Tem por objetivo propiciar ao estudante ou ao trabalhador, no exercício de sua profissão, o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, capacidade crítica e postura solidária perante os usuários a fim de qualificar a resposta do setor da saúde às necessidades da população do sistema de saúde (BRASIL, 2015, p. 22).

No contexto da formação profissional em saúde, Feuerwerkwer (2007) considera que é preciso reconhecer que a **educação na saúde** é um campo de produção do conhecimento, necessariamente inter e transdisciplinar, onde as conexões entre os saberes filosóficos, científicos, técnicos, tecnológicos e as práticas sociais se apresentam de maneira específica. Para Feuerwerkwer (2007), a “educação na saúde é um campo de saberes e de práticas sociais em pleno processo de constituição/construção”. Está envolvida, especificamente, na “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2015).

Conforme o disposto acima é possível situar o **VER-SUS/Brasil** como importante estratégia de formação e educação na saúde. Esta estratégia foi incorporada em 2003 como projeto político do governo federal, acontecendo nacionalmente entre os anos de 2004 e 2005, mas interrompido por quase sete anos, devido a mudanças ocorridas na direção do MS e SGTES, e na condução da Política de Educação Permanente. Somente em 2012 o Projeto foi retomado pelo Ministério da Saúde, voltando a ser realizado em vários estados (BRASIL, 2004c; FERLA; RAMOS; LEAL, 2013; FERLA, MATOS, 2013).

A nova conjuntura política vivenciada após o **Golpe de Estado de 2016**, que destituiu a presidenta Dilma Rousseff, legitimamente eleita, através de um processo de artimanhas jurídicas aliadas a um conluio do judiciário com um Parlamento expressivamente corrupto e uma mídia corporativista a serviço exclusivo das elites financeiras, aponta para o desmonte do Estado, uma grande tragédia para o povo trabalhador que sonha em viver num país desenvolvido com justiça social. A pretensão do grupo de ministros da nova ordem, assim como o autodenominado presidente da república é “simplesmente acabar com o pacto resultante da democratização do Brasil há três décadas, consubstanciado na Constituição de

1988”, atacando o SUS, o Sistema de Seguridade Social e o Estado laico (COSTA, 2016; JINKINGS, 2016, p.13).

Tal pretensão aponta para um futuro incerto para a Educação e a Saúde, tendo como exemplo concreto a **Emenda Constitucional nº 95/2016**, que “congela” os chamados gastos primários (saúde, educação, assistência social, cultura, entre outros) durante um período de vinte anos, colocando iniciativas como o VER-SUS/Brasil e o Programa Mais Médicos na lista dos cortes de gastos públicos rumo ao desmonte do SUS, sem falar da já extinção do Programa Farmácia Popular. Com isso, acredita-se que o presente estudo poderá contribuir para a consolidação do VER-SUS enquanto política pública, ressaltando-o como estratégia de modificação da prática profissional em saúde, através da modificação dos processos formativos, imprescindível à organização da formação profissional e do trabalho em saúde.

Os anseios acima citados partem da **implicação** da pesquisadora do presente estudo com o tema, que tomou como base sua trajetória acadêmica e profissional após a participação no VER-SUS Recife 2012 edição de inverno, a qual referencia como um “divisor de águas acadêmico” (FERREIRA et al., 2016, p. 30), assim como sua observação acerca dos egressos e egressas da experiência desde que passou a acompanhar a mesma enquanto comissão organizadora. Infere-se, portanto, que os frutos gerados deste poderão contribuir para os estudos e construção do VER-SUS no país, situando sua importância na trajetória acadêmica/profissional de estudantes egressos (as) do Projeto.

Observando-se as diversas edições de VER-SUS realizadas em **Pernambuco**, torna-se importante expandir a quantidade de estudos que dão visibilidade a este instrumento como estratégia de modificação dos processos formativos. Portanto, faz-se necessário estudar a capacidade de contribuição de tal estratégia para a formação profissional em saúde e organização do trabalho de quem a vivenciou no período de 2012 a 2016.

2 MARCO REFERENCIAL

Esta seção foi construída a partir da reflexão sobre as relações da formação profissional em saúde e da constituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com o caminhar histórico do surgimento do VER-SUS, bem como das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil.

2.1 Relações entre a Formação Profissional em Saúde, a constituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o surgimento do VER-SUS/Brasil

Ao longo dos anos de implementação do SUS, acumularam-se experiências e reflexões acerca dos limites e possibilidades do movimento de mudanças na formação dos profissionais de saúde que, por sua vez, têm o compromisso ético-político com a saúde da população brasileira e com os princípios do Sistema (FEUERWERKER, 2007; PIERANTONI et al., 2012).

Partindo-se da compreensão de que os trabalhadores e seus processos de trabalho definem tanto os modelos de atenção quanto os modelos de gestão do Sistema, a formação profissional em saúde passou a ser tema constante em fóruns que discutem a consolidação do SUS (FERLA et al., 2013).

Quando é atribuída ao SUS a competência de ordenar a formação de profissionais em saúde, as questões da educação na saúde passam a fazer parte das atribuições finalísticas do Sistema (PIERANTONI et al., 2012). Da regulamentação do SUS aos dias atuais transcorreram quase três décadas, registrando historicamente os avanços atingidos e os desafios permanentes a enfrentar. Isso tem exigido dos gestores e gestoras do SUS um movimento constante de mudanças que busque superar a fragmentação das políticas e programas de saúde.

Para Brunholi (2013), as reflexões provocadas pelo movimento sanitário repercutiram na área de recursos humanos e na necessidade do desenvolvimento de políticas e projetos voltados para a formação profissional. Desde o século passado, os aspectos que envolvem a formação dos Recursos Humanos para a Saúde (RHS) compõem a agenda das CNS. Mas, com o SUS, são incorporados novos desafios ao tema, frente às proposições de mudança na concepção e forma de organizar os modelos assistenciais de saúde (PIERANTONI et al., 2012).

Ao mesmo tempo em que a criação e implantação do SUS propõem uma nova lógica para o cuidado em saúde e produção de vida, a realidade encontrada na academia é a formulação e produção de conhecimentos sustentados em paradigmas teórico-práticos tecnicistas, cartesianos, com ênfase nos procedimentos em detrimento dos processos de cuidado (FERLA, 2007). Para Ferla, Ceccim e Alba (2012), a inadequação da formação das profissões da saúde às políticas e ao desenho do Sistema de saúde definido constitucionalmente é diagnóstico corrente no Brasil, constatando-se a fragmentação dos saberes em campos profissionais, a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de agente na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população.

A reflexão sobre as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no país demonstra um distanciamento da formação profissional às reais necessidades do SUS. Existe um consenso implícito entre os observadores da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) acerca da formação profissional em saúde, afirmando ser esta um dos mais graves problemas do SUS. Constatam-se ainda que, na maioria das vezes, os profissionais recém-formados não detêm de suficiente experiência em serviço, não estando totalmente preparados para atuarem na complexidade inerente ao sistema de saúde, compreender sua gestão e, sobretudo, compreender a ação de controle social da sociedade sobre o setor. Isto ocorre devido a dois principais motivos (CECCIM; BILIBIO, 2004; HADDAD et al., 2008).

O primeiro, e mais grave motivo, é o fato de a concepção medicalizadora da saúde ocupar um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica e na imagem do trabalho e saúde, fazendo com que o estudo sobre o SUS e a saúde coletiva ocupe um lugar de pouco prestígio na organização curricular que compõe os cursos de graduação da área de saúde. Ou seja, ensinando de forma não comprometida com o Sistema. Apesar de parte significativa dos conteúdos serem desenvolvidos nos equipamentos de saúde do SUS, formadores e estudantes usufruem do campo da prática, muitas vezes, sem dar nada em troca, usando o sistema público para formar profissionais para o privado, o que caracteriza falta de comprometimento ético com os usuários e com o SUS (CANÔNICO; BRÊTAS, 2008; CECCIM; BILIBIO, 2004; SILVA; SENA, 2006).

O segundo motivo é observado ao se comparar a atenção dada às práticas do modelo biomédico com as práticas que priorizam os valores da saúde coletiva. Constatam-se que a formação em saúde reproduz uma visão mais voltada às práticas biomédicas do que às voltadas aos valores da saúde coletiva, dando lugar ao tratamento impessoal nos serviços de saúde e à visão autoritária da educação em saúde. Esta constatação revela que a ênfase nos

procedimentos supera o sentido de pensar saúde amplamente, acusando paradoxalmente que os gestores e os formadores em saúde não têm gerado suficiente contato dos acadêmicos com o SUS e nem assegurado a eles o conhecimento em saúde coletiva e a necessária familiaridade para que se componha como núcleo de práticas de cada profissão (CECCIM; BILIBIO, 2004).

Contraditoriamente, é nesse Sistema que os profissionais recém-formados estarão majoritariamente desempenhando suas funções e exercendo seu papel de lideranças técnico-científicas e gestoras do setor da saúde. Destarte, entende-se que o exercício do ofício intelectual das profissões da saúde não pode se distanciar do farto relacionamento de aprendizagem com o SUS e da adequada aproximação com os saberes da saúde coletiva. Os depoimentos da população em suas instâncias de participação e controle social são cansadamente repetidos, afirmando que “não encontra com regularidade profissionais capazes de realizar sua prática individual com a qualidade do cuidado assistencial que almeja, nem profissionais capazes de refletir em seu discurso a desejada organização do Sistema e dos serviços de saúde” (CECCIM; BILIBIO, 2004, p. 10).

Nos currículos tradicionais de cursos como Psicologia, Serviço Social, Biologia, Educação Física e Medicina Veterinária, quando não há total ausência de conteúdos sobre o SUS, o conhecimento não é apresentado como uma produção, mas como um dado isolado, apenas. A saúde, assim produzida, passa a ser um “bem” a serviço da produção capitalista, e a doença, um mal que deverá ser sanado a qualquer custo (CECCIM; BILIBIO, 2004; SCHAEDLER, 2004).

A insuficiência do estudo sobre o SUS no percurso da graduação tem sido uma preocupação frequente de uma parcela mínima de gestores, formadores, usuários do setor da saúde e dos próprios estudantes desta área, por meio de suas instâncias organizadas. O estudante é o personagem central dos processos formativos de profissionais para o SUS, e precisa ocupar uma posição central de produção política desses processos (CECCIM; BILIBIO, 2004).

O SUS necessita de profissionais preparados para atuar com competência na área da saúde pública. Ao longo do tempo foram desenvolvidas várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS através de ações estruturantes com foco nos profissionais do SUS; mudanças na educação superior e mudanças na educação profissional (BRASIL, 2009).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), a partir da análise das políticas implantadas no período de 1990 a 2002, observa-se que alguns programas buscaram

a reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, provocando mudanças nas estratégias e modos do binômio ensinar-aprender, entre as quais se destacam: polos de capacitação, formação e EPS da família; interiorização do trabalho em saúde (PITS); incentivo às mudanças curriculares nos cursos de graduação em medicina (PROMED); profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem (PROFAE); qualificação de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde; desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde (GERUS); especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde; cursos de formação de conselheiros de saúde e de agentes do ministério público para o fortalecimento do controle social no SUS.

Esses programas possibilitaram a mobilização de pessoas e de instituições, no sentido de uma aproximação entre as instituições formadoras e as ações e serviços do SUS. Também desenvolveram condições de crítica e de reflexão sistemática e estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo de formação e, ainda, introduziram mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e de cuidado em saúde. No entanto, por serem desenvolvidos de forma desarticulada ou fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, tiveram limitada capacidade de produzir impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações ou das profissões. Além disso, não desafiaram os distintos atores para assumir uma postura de mudança e de problematização de suas próprias práticas e do trabalho em equipe (BRASIL, 2004, p. 8-9).

Foi a partir dos anos 2000 que a formação de trabalhadores para o SUS ganhou visibilidade considerável nas CNS, tendo sua modificação apontada como uma condição necessária para o alcance de uma política de saúde que preconizasse os ideais pautados pela Reforma Sanitária (BRUNHOLI, 2013). Na 11ª CNS, realizada em 2000, foram aprovados os princípios da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), buscando a superação dos desafios de implementação de uma política de RHS (BRUNHOLI, 2013).

Em 2002, o Ministério da Saúde financiou 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade, “procurando aproximar o ensino da gestão, o que por si só já se constitui em inegável inovação na formulação de políticas para formação de trabalhadores do e para o SUS” (BRASIL, 2006, p. 13). Segundo Ferreira e Olschowsky (2010), durante a trajetória da formulação de políticas para a formação profissional em saúde, o Ministério da Saúde passa a compreender que a formação e o exercício profissional não poderiam estar alheios ao debate de estruturação da implementação do cuidado no SUS.

Objetivando-se tornar a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, foram viabilizados inúmeros projetos voltados para a formação

profissional em saúde, como estágios de vivência na realidade do SUS, AprenderSUS, Fórum Nacional de Educação das Profissões na área da Saúde (FNEPAS), Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis). O serviço se tornou um campo de ensino-aprendizagem, encravando o discurso de uma Política Nacional de Educação na Saúde que previa a formação em serviço como forma de incentivo ao trabalho em equipe e ao cuidado integral à saúde, garantindo a combinação entre formação, gestão, atenção e participação de profissionais de saúde (PASINI, 2010; ROSA; LOPES, 2010).

Com a eleição do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, houve uma reestruturação administrativa no Ministério da Saúde. Uma das mudanças ocorridas foi a criação da SGTES, que surge com o objetivo de cumprir o estabelecido no Art. 200 da Constituição Federal e criar uma política de valorização do trabalhador do SUS. Ainda em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a resolução nº 330, em 4 de novembro, para aplicar os princípios e Diretrizes da NOB/RH-SUS como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2003, 2004a, 2005).

A organização de trabalho da SGTES compreendida entre o DEGES e o DEGERTS inaugurou uma nova forma de organizar as questões do campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, que até então eram conduzidas pela Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos em Saúde (CGPRH) do Ministério da Saúde. A SGTES passou então a se responsabilizar pelo planejamento, coordenação, organização e apoio de atividades relacionadas à gestão do trabalho e da educação na saúde, além de outras atribuições, entre elas: formulação de critérios para as pautas das negociações; ordenamento de responsabilidades entre as três esferas de governo; e estabelecimento de parcerias entre os gestores do SUS (BRASIL, 2003, 2004a, 2005).

Segundo Haddad et al. (2008, p. 102), a SGTES pautava as suas ações

[...] buscando articulações internas ao Ministério da Saúde, além de estabelecer parcerias e diálogo constantes com os Ministérios da Educação, do Trabalho e Emprego, Ciência e Tecnologia, Comunicações, e Defesa; com a Casa Civil; com o Conselho Nacional de Saúde (CNS); com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); com o Conselho Nacional de Educação (CNE); representações de trabalhadores e profissões da saúde; associações de ensino; conselhos profissionais; e entidades de representação estudantil.

A educação na saúde deve decorrer, portanto, de um movimento intersetorial. Integra a atual política do DEGES/SGTES, a articulação com as necessidades de formação e capacitação dos trabalhadores da saúde, em acordo com a agenda estratégica estabelecida pelo Ministério da Saúde e de forma articulada com o Ministério da Educação.

Entre as estratégias que têm sido desenvolvidas em conjunto, visando à integração educação-trabalho em saúde, destacam-se: (1) incentivo e apoio às mudanças nos

cursos de graduação na área da saúde e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); (2) incentivo e fortalecimento das ações de educação profissional em saúde — fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS, formação dos Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares de Enfermagem, Técnicos em Higiene Dental e Auxiliares de Consultório Dentário; (3) fortalecimento das ações de pós-graduação, em especial as Especializações em Saúde da Família e as Residências Multiprofissionais em Saúde e em Medicina da Família e Comunidade; e (4) utilização de modernas tecnologias de informação e comunicação para a qualificação das equipes de Saúde da Família, melhorando o atendimento da atenção básica no SUS, como no Programa TELESSAÚDE BRASIL.

A junção das dimensões educação e trabalho em uma mesma área ministerial apontou uma nova concepção de formação e desenvolvimento para o trabalho. Além disso, com a criação da SGTES, o Ministério da Saúde lançou uma agenda própria para o campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, incorporando o tratamento de um conjunto de questões que se mantinha no esquecimento desde o início da implementação do SUS (BRASIL, 2005).

No período de 2003 a 2010 ocorreram alterações significativas na direcionalidade das políticas de formação e desenvolvimento para a qualificação do trabalho em saúde, dividindo o período em dois momentos. O primeiro esteve compreendido entre os anos de 2003 e 2005, e foi marcado pela ênfase na fundamentação das diretrizes de educação permanente, quando foi proposto o desenho da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS. O segundo correspondeu aos anos de 2006 a 2010, e enfatizou a diretriz da regionalização, com foco no protagonismo dos gestores locais e regionais do SUS (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012). Este último será melhor abordado na subseção 2.3.2 deste escrito.

Pouco mais de três meses após a criação da SGTES foi aprovada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação Permanente em Saúde. Esta “propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor saúde” (BRASIL, 2004, 2004a).

Nesta política foram elencadas dez¹ “estratégias fundamentais para o apoio e a dinamização da constituição da EPS e fortalecimento do trabalho de formação e desenvolvimento em saúde”. A primeira delas propõe “Mudança na formação de graduação

¹ Estratégias: 1. Mudança na formação de graduação das profissões da saúde e Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS para estudantes de graduação; 2. Formação de formadores e de formuladores de políticas; 3. Acompanhamento e avaliação das iniciativas em curso; 4. Revisão da Política de Especialização em Serviço/Residência Médica; 5. Secretarias Estaduais de Saúde Educadoras: produção da formação e desenvolvimento em saúde como atributo estadual no SUS; 6. Rede de Municípios Colaboradores para a Educação Permanente em Saúde; 7. Projeto de qualificação e formação dos profissionais de escolaridade básica ou técnica; 8. Educação Popular em Saúde; 9. Projeto de serviço civil profissional e prioridade à região amazônica brasileira; 10. Educação nos Hospitais de Ensino (BRASIL, 2004, p. 24-30).

das profissões da saúde e Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS para estudantes de graduação”, onde o Ministério da Saúde aparece como cooperador técnico, operacional e financeiro, desde que sejam assumidos os “compromissos concretos com a educação permanente e a produção e a disseminação do conhecimento”, segundo os princípios elencados na Política (BRASIL, 2004, p. 24).

Apostando-se na aproximação dos estudantes aos desafios inerentes à implantação do SUS, foi estabelecida uma agenda de compromissos entre o DEGES/SGTES/MS e o movimento estudantil nacional da área da saúde (por meio das executivas de 14 cursos), onde foram realizadas negociações para a realização de um estágio nacional de vivências no SUS. A partir de então, nasceu a estratégia nacional de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil, pretendendo-se proporcionar trabalho articulado entre as diferentes instâncias do SUS e as instituições de ensino (BRASIL, 2003a, 2004a).

2.2 Pré-VER-SUS/Brasil

Antes de mergulhar nas experiências de VER-SUS/Brasil ocorridas, faz-se necessário compreender, através de um breve histórico, como se iniciou a realização dos estágios de vivência no Brasil, assim como quais foram as iniciativas que inspiraram a estratégia nacional. Convém ressaltar que a construção deste resgate histórico considerou a linha histórica cronológica dos estágios e vivências².

Em meados dos anos 60, as estruturas curriculares dos cursos das ciências agrárias passaram por uma modificação, o que conduziu à formação de profissionais com ênfase tecnicista em detrimento da formação humanista. Este fato corresponde ao período em que ocorreu uma modernização agrícola conservadora no Brasil, a chamada revolução verde, difundida com o discurso da necessidade de novas tecnologias para o aumento da produção de

² Durante o trabalho de campo que possibilitou a construção deste marco referencial, apenas a linha cronológica utilizada esteve disponível para consulta e utilização. Porém, Maranhão e Matos (2018) apresentaram a possibilidade de olhar para este processo a partir de análises plurais, publicando novas maneiras de apresentar as linhas históricas que permearam os encontros de construção do VER-SUS/ Brasil entre o Movimento Estudantil da Área da Saúde e o Ministério da Saúde, os dois principais atores envolvidos nesta construção na década de 2000. No estudo, as autoras elencaram os dez principais fatos envolvidos, a saber: 1) Greve nas Universidades Públicas em 2001; 2) Fórum Social Mundial em 2003; 3) Fóruns e Representações Estudantis; 4) Os Estágios e Vivências; 5) A promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Saúde (DCNs); 6) Conferências de Saúde realizadas em 2003; 7) Política de Educação para o SUS (EducarSUS); 8) Residências Integradas em Saúde; 9) Educação Permanente em Saúde; 10) AprenderSUS. Resolvi, entretanto, manter a linha histórica considerada inicialmente, em vistas a evitar equívocos metodológicos de transposição do presente para o passado, e ocultar a historicidade em torno da narrativa predominante em torno do “pré VER-SUS”, bem como da nova abordagem possibilitada por Maranhão e Matos.

alimentos e diminuição da fome mundial, quando na realidade, era baseada na mecanização agrícola; uso de sementes melhoradas, fertilizantes e agrotóxicos, e objetivava divulgar os pacotes tecnológicos. Estes, por sua vez, disseminaram tecnologias altamente dependentes de petróleo, que não respeitavam os ciclos biológicos nem os saberes populares, acarretando consequências desfavoráveis à vida de quem permanecia no campo (CAPORAL, 2002; GONZAGA et al., 2016).

Na década de 70, estudantes das ciências agrárias, especialmente do curso de agronomia, passaram a concentrar esforços para entender criticamente o modelo de desenvolvimento agropecuário que estava sendo implantado no país, buscando tanto analisar suas consequências quanto melhorar a qualidade do ensino da agronomia, no sentido de melhor aproximá-lo da realidade, demandas e necessidades dos trabalhadores rurais colocados à margem de tal modelo de desenvolvimento (GONZAGA et al., 2016).

Através de iniciativas que datam do final da década de 80 surgiram, na Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (FEAB), alguns projetos que buscavam aproximar o estudante universitário da realidade econômica, social, política e cultural do campo, para que a partir da contextualização desta realidade, pudessem incidir sobre a qualidade do ensino de Agronomia. Nesse contexto surgem os Estágios de Vivência (EV), realizados junto a assentamento rurais, caracterizados como experiências locais de caráter disciplinar (FEDERAÇÃO DOS ESTUDANTES DE AGRONOMIA DO BRASIL, 2005).

Os EV das agrárias foram compreendidos em três fases. A primeira fase (nascimento), ocorrida entre os anos de 1989 e 1990, apresentou caráter disciplinar e se relacionou com as primeiras experiências realizadas pela FEAB, que deram origem à metodologia dos estágios de vivência em 1989. A primeira edição dos EV em agronomia aconteceu em associação com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) no município de Dourados (MS), reunindo estudantes de agronomia de toda região centro-oeste. Seus objetivos eram colocar os estudantes em contato com a realidade agrária e agrícola do país para que fossem criados grupos de estudo e extensão em relação à temática, e promover a expansão dos EV em nível nacional, através da formação de monitores. A segunda edição do EV aconteceu em Santa Catarina (SC), localizada na região Sul (FEDERAÇÃO DOS ESTUDANTES DE AGRONOMIA DO BRASIL, 2005).

Nesta fase, ocorrida no período de 1991 a 1996, através da implementação de um Programa Nacional de Estágios de Vivência, em parceria com escolas de agronomia das sete regiões de abrangência da FEAB, ocorreu a multiplicação da proposta por todo o país, quando assumiu caráter local ou regional. A partir disso, evidenciou-se a necessidade de que o estágio

assumisse caráter interdisciplinar, passando a ser Estágio Interdisciplinar de Vivência (EIV). A primeira experiência interdisciplinar ocorreu em 1991 no Paraná, seguida por Santa Catarina em 1992; Maringá (PR) e Areia (PB) em 1993; Espírito Santo (ES), Maringá (PR) e Botucatu (SP) em 1995; Pelotas (RS) e Viçosa (MG) em 1996. Nesta fase, a realização dos estágios foi marcada pelo envolvimento de comunidades de agricultores familiares, pescadores e indígenas, além dos já realizados com agricultores assentados (FEDERAÇÃO DOS ESTUDANTES DE AGRONOMIA DO BRASIL, 2005).

Na década de 90, a FEAB contou com a participação de diversas entidades representativas dos estudantes na construção dos EIV: as Federações e Executivas de Cursos; Diretórios Centrais de Estudantes (DCE); Centros e Diretórios Acadêmicos (C.A e D.A), que começaram a enxergar a importância desse instrumento para, além de sensibilizar estudantes às questões de luta por transformações no meio agrário, promover uma formação político-militante dentro do ME, diretamente relacionado com os movimentos sociais populares na construção dos EIV (GONZAGA et al., 2016; PEDREIRA, 2014).

Em 1992 a FEAB foi premiada pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) como iniciativa de destaque da juventude latino-americana. Com o sucesso das experiências, algumas universidades institucionalizaram a metodologia, que passou a ser utilizada em disciplinas aplicadas nos cursos de Agronomia, outras transformaram os estágios de vivência em projetos de extensão universitária, desenvolvendo trabalhos de longo prazo em conjunto com assentamentos e comunidades rurais (FEDERAÇÃO DOS ESTUDANTES DE AGRONOMIA DO BRASIL, 2005; GONZAGA et al., 2016).

A terceira fase dos estágios de vivência (determinações políticas), compreendida no período entre 1996 e 2003, que marca o auge das lutas pela terra no Brasil e confere destaque nacional ao MST, é caracterizada pela disseminação da metodologia por todo o país, marcada pela manutenção das escolas que já existiam junto ao surgimento de outras. Somam-se às experiências anteriormente citadas, as ocorridas em Lavras (MG); o II EIV Pelotas (RS) em 1997; as experiências ocorridas em Santa Maria (RS) e em Seropédica (RJ) em 1998. Também foram realizadas algumas experiências de estágio profissional (FEDERAÇÃO DOS ESTUDANTES DE AGRONOMIA DO BRASIL, 2005).

Neste período, a tônica dos EIV passa a ser a aproximação de estudantes na luta pela reforma agrária. Através do incentivo da FEAB, surgiram nas universidades os Núcleos de Apoio à Luta pela Reforma Agrária (NARAS), que possuíam caráter interdisciplinar e reuniam os estudantes participantes das vivências, que eram responsáveis pelos EIV e pela

tarefa de realização de discussões e seminários sobre reforma agrária, a fim de manter certa continuidade das discussões vivenciadas nos EIV, expandindo-se nas Universidades e na sociedade, por meio de realização de mostras de fotos da luta pela terra, além do apoio logístico nas marchas e caminhadas promovidas pelo MST (FEDERAÇÃO DOS ESTUDANTES DE AGRONOMIA DO BRASIL, 2005; RIBEIRO, 2012).

Chamada de planificação, a quarta fase dos EIV, datada do período de 2004 a 2009, marca a elaboração do II Plano Nacional de Reforma Agrária (II PNRA) e do Plano Nacional de Formação (PNF), com o objetivo de formar gerações de profissionais “comprometidos com a defesa da universidade pública, gratuita e de qualidade, com aluta pela terra e com a transformação da estrutura fundiária e social brasileira”. O PNF não chegou a ser realizado, e a única ferramenta consolidada novamente foi o EIV, que acabou condensando toda a necessidade de formação do ME. Com o “inchaço” da ferramenta, que passou a ser chamada de “Super-EIV”, pois estava sendo usado demasiadamente pelo ME para suprir todas as necessidades de formação política, sua perspectiva política passou a ser questionada (RIBEIRO, 2012).

A quinta fase dos EIV, de 2010 aos dias atuais, marca o período de formação político-militante dos quadros do ME, mantendo-se amplo relacionamento com os demais movimentos sociais populares, e caracteriza o amadurecimento do ME, marcado por diversos reflexos da conjuntura, como a o descenso das lutas camponesas e as greves unificadas. Neste período ocorreu ainda a estadualização e a retomada da construção dos EIV em diversos estados (RIBEIRO, 2012).

Para a Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (2005, p. 18), “o estágio de vivência tem caráter de sensibilizar politicamente o estudante para a realidade de pobreza e exclusão de vários trabalhadores rurais sem terra, e ainda, para a situação precária dos pequenos agricultores”.

2.2.1 Estágios de Vivência na Área da Saúde

No fim dos anos 70, somado à reorganização da União Nacional dos Estudantes (UNE), o Movimento Estudantil (ME) se tornou uma força social importante no processo de luta contra a ditadura militar e pela redemocratização do Brasil (SCOREL, 2008). Já nos anos 80, segundo Santos (1998) e Pinto (2000), a criação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) fortaleceu o desenvolvimento de pautas mais setoriais, relacionadas ao movimento de reforma sanitária.

A inserção de estudantes da saúde nos Estágios de Vivência se deu quando a FEAB e a Executiva Nacional dos Estudantes de Veterinária (ENEV) utilizaram a metodologia das experiências dos EV e EIV no debate das questões agrárias. Estudantes dos mais variados cursos, especialmente de medicina que compunham DENEM participaram dos EV da agronomia e apresentaram a metodologia vivenciada na Executiva, para multiplicação (TORRES, 2013).

Este processo resultou nas Frentes de Trabalho em Saúde, criada ainda no final da década de 80, como sendo uma estratégia que promoveria várias vivências. Estas agregariam o foco da reforma sanitária, “discutindo a determinação social do processo saúde-doença, problematizando a saúde como “núcleo subversivo da ordem social”, buscando articular também movimentos e organizações populares de saúde, e agregando às lutas a necessidade de realização da reforma sanitária” (PINTO; GARCIA Jr., 2017, p. 12).

Os EV só entraram na agenda prioritária do ME de medicina na segunda metade dos anos 90. Nesse contexto, novos significados foram sendo atribuídos aos EV, transformando-os em estágios de vivência no SUS. Com este reposicionamento, os estágios ganharam um foco: “a promoção de uma vivência em um local considerado pelo movimento como uma boa experiência de luta de implantação do SUS e garantia concreta do direito à saúde”, e “o que deveria ser conhecido era uma experiência concreta de implantação do SUS” (PINTO; GARCIA Jr., 2017, p. 13).

Na década de 90, a metodologia foi proposta inicialmente com estudantes de medicina e posteriormente com os demais cursos da saúde. Com o objetivo de aproximar os quadros do movimento estudantil às realidades do sistema, utilizando a metodologia dos EV, a DENEM intensificou o debate da formação médica nos encontros de estudantes, partindo de uma perspectiva contra hegemônica ao processo de formação (BRASIL, 2001).

A partir de 1996 foram organizados vários EV no SUS pela DENEM, prioritariamente nas férias de verão, em municípios cujos avanços no setor saúde revelaram experiências exitosas em distintos modelos tecno-assistenciais. Habitualmente, participantes de um Estágio atuavam como multiplicadores da experiência nas férias seguintes “aproveitando a experiência e empolgação com o EV em que foi participante”. Os primeiros Estágios ocorreram em: Santos (SP), em 1996; Camaragibe (PE), em 1997; Ceará (CE), em 1999, municípios (BRASIL, 2001).

Segundo Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 13-15), nas primeiras experiências:

Eram conhecidos os serviços em transformação, buscando compreender como acontecia seu processo de trabalho e organização, no que as práticas de cuidado avançavam na perspectiva da integralidade, se superavam os limites da clínica

degradada (CAMPOS, 2000), se avançavam na superação do modelo assistencial hegemônico (PAIM, 2008), se desenvolviam experiências potentes de educação popular etc. A conversa, com o objetivo de conhecer a experiência e compreender como os diferentes sujeitos participavam, se relacionavam, se posicionavam e tomavam parte nela, era com os sujeitos que construíam aquela experiência, fossem trabalhadores de saúde, usuários dos serviços, gestores, lideranças populares ou sindicais etc. Dialogava-se com trabalhadores de saúde mais parecidos com o perfil de profissional que o ME entendia que a escola deveria formar. Buscava-se conhecer experiências e dispositivos de horizontalização da gestão e de práticas participativas e democráticas em todos os níveis da gestão - da gestão da equipe e do conselho local de saúde ao colegiado de gestão da secretaria de saúde, orçamento participativo da prefeitura ou conselho municipal de saúde. Refletia-se sobre a experiência buscando compreender como aconteceu, quem foram os atores sociais que atuaram no processo, como atuaram, quais foram as estratégias de luta, quais os princípios do processo de mudança, quais as relações entre valores, objetivos e práticas desses sujeitos (SADER, 1995). Tudo isso deveria enriquecer a caixa de ferramentas do estudante militante para tentar reinventar experiências semelhantes em seu local de inserção social e política. [...] O choque de realidade era buscado no confronto entre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, o modo de fazer a gestão pública, a luta social e as práticas de cuidado em saúde do local tido como experiência exitosa frente ao o local de inserção de cada estudante.

Das experiências exitosas de iniciativa da FEAB e da DENEM, atribuiu-se ao movimento estudantil:

a proposição metodológica dos estágios de vivência como aposta na aproximação dos estudantes às realidades sociais, possibilitando espaços de reflexão e construção de “olhares” acerca destas realidades e a participação de processos de aprendizagem participativa. Estes estágios, no tocante ao SUS, surgem pela pactuação do movimento estudantil com algumas Secretarias Municipais de Saúde, as quais permitem a entrada dos estudantes na rede de serviços (BRASIL, 2003a apud TORRES, 2013, p. 11).

Em 2001, após o período de reativação do Fórum de Executivas de Curso, responsável por estreitar e fortalecer as relações das executivas iniciou-se um diálogo do Ministério da Saúde (através do Departamento de Atenção Básica) com o movimento estudantil. Este esteve representado por estudantes de medicina, veterinária, enfermagem e nutrição (e posteriormente, fisioterapia, odontologia e psicologia) através das respectivas executivas, a fim de viabilizar o I Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivências no SUS (ENIV-SUS), baseando-se nos estágios de vivência no SUS realizados pela DENEM e propondo construir uma visão crítica aos acadêmicos através do fomento de iniciativas “que reforçassem a importância da saúde da família e a necessidade de atuar nas regiões com maiores necessidades de profissionais” (BRASIL, 2001; PINTO; GARCIA Jr., 2017, p. 26).

Devido a dificuldades de articulação entre as executivas e federações de representação nacional dos estudantes e o Ministério da Saúde, o projeto nacional de estágio de vivência no SUS não se realizou em 2001, fato que levou ao desmembramento do grupo que o propunha. Apesar do não avanço do ENIV-SUS em nível nacional, aconteceram algumas experiências locais, mesmo sem financiamento do Ministério da Saúde, como é o caso do estágio

municipal ocorrido em Caxias do Sul (RS) e outras experiências realizadas em outros municípios (TORRES, 2005, 2013).

Segundo Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 17), este acontecimento trouxe aprendizados importantes:

A partir daquela experiência, tanto a de organização quanto a de vivência interdisciplinar nos estágios realizados, se identificou que os estágios, a partir daquele período, deveriam sempre ser interdisciplinares e com estudantes de vários cursos, participando tanto da vivência quanto da organização, fosse por meio de uma articulação nacional entre as executivas ou devido à presença na comissão organizadora local dos Centros Acadêmicos (CA) dos vários cursos da área da saúde independente de suas executivas estarem ou não participando da iniciativa nacionalmente. Antes era comum ver um ou outro estudante de outro curso nos EV no SUS, mas a decisão a partir daquele momento foi de promover estágios realmente interdisciplinares e multiprofissionais.

Com o passar do tempo, diversos gestores municipais, estaduais e federais passaram a apoiar a metodologia proposta pelos estágios de vivência no SUS. Registra-se a iniciativa dos Estágios Locais de Vivência no Sistema Único de Saúde (ELV-SUS), promovidos pelo Diretório Acadêmico de Estudantes de Medicina (DAMED) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), direcionados em princípio aos calouros de medicina da UFBA, com o intuito de apresentar um SUS pouco conhecido para a maioria da população (DIRETÓRIO ACADÊMICO DE ESTUDANTES DE MEDICINA, 2005 apud TORRES, 2013).

Os ELV-SUS são realizados desde os anos 2000 em municípios do interior da Bahia: Vitória da Conquista, Alagoinhas e Juazeiro, escolhidos por, além de ser referência na região nordeste pelo avanço do SUS, encontrarem-se em processo avançado de implementação do sistema, proporcionando a possibilidade de uma análise crítica e mais aprofundada do SUS (DIRETÓRIO ACADÊMICO DE ESTUDANTES DE MEDICINA, 2005 apud TORRES, 2013).

Considera-se que, neste período, encontrou-se no Rio Grande do Sul, um cenário político de contexto profícuo para a articulação estudantil frente à realização dos EV no SUS. Isto se dá, pois entre os anos de 1999 e 2003, este cenário esteve representado por nomes como Olívio Dutra no governo do estado; Maria Luiza Jaeger na Secretaria Estadual de Saúde (SES), que duas décadas atrás havia sido representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) na comissão da reforma sanitária. Também estavam na SES Alcindo Ferla, que foi dirigente da DENEM num período de discussão EV; e Ricardo Ceccim, atual diretor da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) (PINTO; GARCIA Jr., 2017).

Em 2002, a ESP/RS implantou uma política de articulação com o segmento estudantil da área de saúde na busca de novos desafios à produção social do setor, mais especificamente,

em relação à formação de profissionais comprometidos com o projeto da reforma sanitária brasileira. A partir desta articulação, foi criada a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde, tendo como principal objetivo formar vínculos com os estudantes da área de saúde, a fim de desenvolver, de maneira organizada, projetos destinados à educação de futuros profissionais, perpassando pelos princípios e diretrizes do SUS, pela real valorização da saúde coletiva e pela imagem multiprofissional do trabalho em saúde. Essa perspectiva vai ao encontro das propostas de mudança curricular, de ensino-aprendizagem e de outros aspectos na constituição de profissionais generalistas (BARDAGI et al., 2008; CECCIM; BILIBIO, 2004; MENDES et al., 2012).

Como frutos dessa articulação, surgiram três projetos realizados já no ano de 2002: a Escola de Verão; o VER-SUS/Rio Grande do Sul (VER-SUS/RS) e o 1º Congresso Gaúcho de Estudantes Universitários da Saúde. Estas foram experiências regionais, capazes de recuperar as forças do Movimento Estudantil, levando de volta às mãos dos estudantes da saúde o seu papel de protagonistas, o que contribuiu para o destino de sua própria formação e legitimou sua presença nos espaços de debate sobre outras questões importantes do contexto da saúde coletiva no estado gaúcho (CECCIM; BILIBIO, 2004).

A primeira experiência regionalizada de estágios e vivências no SUS ocorreu nas férias de verão de 2002, no Rio Grande do Sul, a chamada Escola de Verão. Esta partiu de uma iniciativa de estudantes de medicina e foi construída em parceria com a ESP/RS e a coordenação sul-um da DENEM, visando abrir o campo de vivência na gestão de sistemas e serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul (CECCIM; BILIBIO, 2003; 2004).

O Projeto de Escola de Verão da ESP/RS foi realizado em parceria com a Associação Médica do Rio Grande do Sul (Amrigs) e correspondeu ao V Estágio Nacional de Vivência no SUS e I Estágio Regional de Vivência no SUS da DENEM. A experiência, que durou 15 dias de vivência, contou com a participação de 56 estudantes de medicina de diversas Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o país e ocorreu de forma regionalizada no estado, conforme a divisão sanitária do mesmo em Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS).

No Estado ao todo são 19 CRS, das quais 06 proporcionaram os espaços de vivência, cujos municípios sedes de cada CRS foram: Porto Alegre (1ª CRS), Pelotas (3ª CRS), Santa Maria (4ª CRS), Caxias do Sul (5ª CRS), Passo Fundo (6ª CRS) e Ijuí (17ª CRS). A inovação desta proposta, comparada às experiências anteriores, encontra-se no foco à gestão do Sistema Estadual de Saúde, além da manutenção dos espaços junto à rede assistencial e às tecnologias do cuidado na atenção básica à saúde (CECCIM; BILIBIO, 2003, 2004 apud TORRES, 2013, p. 18).

No Projeto Escola de Verão da ESP/RS “o projeto inicial de acompanhamento de serviços foi reorientado para o acompanhamento da gestão do SUS”. Esta proposta amplia os espaços de vivência para além da assistência, possibilitando uma visão de como se organizam os sistemas e serviços de saúde (CECCIM; BILIBIO, 2003, p. 350).

Os estudantes de medicina envolvidos com a escola de verão, apoiados pela ESP/RS e pelo Núcleo Estudantil de Trabalhos em Saúde Coletiva (NETESC), construíram uma rede de contatos com os Diretórios e Centros Acadêmicos de outros cursos da área da saúde, convidando-os a se somarem na construção da proposta de um estágio multiprofissional de vivências no SUS no Rio Grande do Sul. Diversas representações estudantis, de diferentes cursos e instituições de ensino aceitaram a proposta, iniciando-se a construção do primeiro estágio multiprofissional e interinstitucional de vivências no SUS, VER-SUS/RS (CECCIM; BILIBIO, 2003, 2004).

A ideia era levar os universitários a verem o SUS em sua realidade concreta, multifacetada e diversificada pelas regiões do território estadual. Uma vivência-estágio para ‘ver’ a realidade do SUS, ainda que sentindo-a, experimentando-a e refletindo coletivamente sobre ela, levou ao VER-SUS/RS (CECCIM; BILIBIO, 2003, p. 353).

A intenção foi utilizar os tradicionais períodos de férias letivas universitárias para a realização sistemática da Vivência-Estágio. O VER-SUS/RS ocorreu em julho de 2002, de maneira regionalizada nas 19 CRS da SES/RS, contando com o apoio dos 19 Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva (NURESC), órgão da CRS responsável pelo desenvolvimento de profissionais para o SUS, na organização local da proposta. Os NURESC foram responsáveis por pactuar as visitas locoregionais; organizar a infraestrutura necessária e garantir toda a logística do VER-SUS/RS, como alojamento, alimentação e transporte. Outras associações científico-profissionais apoiaram a experiência, como a Amrigs que manteve a parceria no VER-SUS/RS, juntamente com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), ambas da seção Rio Grande do Sul, as quais foram responsáveis pela execução financeira dos custos operacionais, a partir de repasse de recursos por convênio do Governo do Estado (CECCIM; BILIBIO, 2003, 2004).

Participaram do VER-SUS/RS 112 estudantes dos cursos da saúde (Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social). A estes cursos somou-se o curso de saúde coletiva da Universidade Estadual do RS – Administração de Sistemas e Serviços de Saúde, que na época era sediado na ESP/RS. Ficou a cargo dos DA’s e CA’s, e quando estes não eram organizados das instituições formadoras, realizarem a seleção dos estudantes interessados em participar do projeto. Esta etapa objetivou, além da seleção dos estagiários, aproximar docentes e discentes de uma mesma instituição, a fim que se formassem comissões entre cursos as quais possibilitassem o debate

acerca do SUS e da formação (CECCIM; BILIBIO, 2003, 2004 apud TORRES, 2013, p. 21).

O VER-SUS/RS passou a ser, pela primeira vez, uma política pública com pretensões de continuidade (PINTO; GARCIA JR., 2017). Segundo Riquinho e Capoane (2002, p. 148), os objetivos propostos pelo VER-SUS/RS eram:

Promover o encontro de estudantes de graduação e proporcionar estágio de vivência no Sistema Único de Saúde; possibilitar o intercâmbio entre estudantes, docentes e trabalhadores da área da saúde pública; constituir fóruns regionais entre instituições de ensino, de serviço, de gestão e de controle social na área da saúde; oportunizar o debate das políticas de saúde no Sistema Estadual de Saúde em âmbito estadual, regional, municipal, distrital e local; propiciar o encontro da equipe de saúde, com atuação integrada e horizontal das profissões de saúde e o precoce contato interprofissional para pensar o desempenho ético, técnico e político do setor; ativar o pensamento reflexivo sobre a indissociabilidade gestão-atenção-controle social e a intersetorialidade na condução do SUS; trabalhar sobre os princípios contidos no Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde para a reorganização das práticas de acolhimento, acompanhamento e responsabilidade da equipe de saúde na assistência.

Em 2003, um ano após a realização da Escola de Verão e do VER-SUS/RS, os estágios de vivência no SUS foram incorporados como projeto político do governo federal, o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil (BRASIL, 2004).

2.3 Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único do Brasil – VER-SUS/Brasil

Nesta seção, para fins metodológicos, dividiremos a construção histórica do VER-SUS/Brasil em três fases. A primeira, ocorrida no período entre 2003 e 2005, registra o momento em que o VER-SUS/Brasil foi considerado como uma das estratégias para o fortalecimento da Política de Educação e Desenvolvimento para a SUS. A segunda fase, situada no período de 2006 a 2010, marcou o momento de interrupção da realização regular do VER-SUS em escala nacional e a resistência das experiências locais. A terceira, situada entre 2011 e 2016, registrou o período em que o VER-SUS se configurou como instrumento de EPS.

2.3.1 VER-SUS/Brasil como Estratégia para o fortalecimento da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (2003 – 2005)

Como evidenciado na seção anterior, desde a década de 60, diversas entidades estudantis, em especial as dos cursos de agronomia e medicina constroem estágios de

vivências na área da saúde. Desde então, foram-se realizando diversas experiências e, em 2002, com o apoio da ESP/RS, foi realizado o primeiro Projeto VER-SUS/RS, que contou com a participação de aproximadamente 200 estudantes (FERLA et al., 2013).

Em 2003, os estágios de vivência no SUS foram incorporados como projeto político do governo federal, o Projeto VER-SUS/Brasil, que compõe a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BRASIL, 2004) e passa a ser uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil para a área da educação na saúde, visando a aproximação de universitários de várias áreas do conhecimento ao cotidiano do SUS, em diferentes municípios e regiões do país (BURILLE et al., 2013).

Este foi o ano que Lula assumiu o governo federal, encampando um discurso que apontava para um projeto de fortalecimento das políticas sociais. No MS estava Humberto Costa, que havia conhecido e apoiado os EV, quando parlamentar e secretário de saúde do Recife. Na diretoria da recém-criada SGTES estava Maria Luiza Jaeger, com Ricardo Ceccim como diretor do DEGES (PINTO; GARCIA Jr., 2017).

A proposta do VER-SUS/Brasil se baseou na premissa de que os estágios profissionais permitiam apenas que os estudantes convivam nas áreas restritas ao exercício de cada profissão e centrada na assistência ou na rede de serviços, não sendo viabilizada a convivência com todos os setores do SUS. Isto faz com que os egressos dos cursos universitários da saúde, ao atuarem profissionalmente junto à sociedade, assumam o papel de protagonistas de um complexo sistema de serviços de saúde sem terem a devida familiaridade com a sua organização e funcionamento (BRASIL, 2003a, 2004d).

O VER-SUS/Brasil surge, portanto, com a finalidade de discutir e objetivar uma formação de qualidade para o SUS; capacitar profissionais de saúde; estimular a mudança curricular na graduação e especialização dos cursos da área, bem como a educação popular em saúde, utilizando práticas inovadoras de educação na área da saúde (BRASIL, 2004; 2004a).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL 2003a apud TORRES, 2013, p. 24), a missão do VER-SUS está constituída em:

[...] promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços de saúde, levando-se em consideração os aspectos de configuração do sistema, as estratégias de atenção à saúde e de controle social, tendo como propósito focar a organização da atenção do sistema. A complexidade desta articulação de processos caracteriza a perspectiva de gestão abordada no Projeto.

As vivências se dão num processo de imersão³ teórica, prática e vivencial dentro do sistema de saúde dos territórios de abrangência. Com isso, pretende-se, principalmente, “estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendam como atores sociais e agentes políticos capazes de promover transformações na sociedade” (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013, p. 4).

A efetivação da proposta do VER-SUS/Brasil se deu a partir da realização, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2004, de um Projeto-Piloto envolvendo estudantes considerados orgânicos (envolvidos ativamente) do movimento estudantil, com o objetivo de que o mesmo servisse como atividade de capacitação para os facilitadores e se constituísse como um laboratório do Projeto VER-SUS/Brasil (BRASIL, 2004b; TORRES, 2013).

Ao todo, 11 municípios da Rede de Municípios Colaboradores de EPS, que já mantinham um diálogo com o DEGES/SGTES/MS sediaram a proposta do Projeto-Piloto.

A Rede de Municípios Colaboradores de Educação Permanente em Saúde foi convidada a receber a iniciativa do Projeto-Piloto do VER-SUS/Brasil por já ocorrer um diálogo estabelecido entre os municípios e entre estes e o DEGES/SGTES/MS. Fazem parte da rede: Região Sul: Caxias do Sul (RS) e Londrina (PR); Região Sudeste: Belo Horizonte (MG), Campinas (SP), Marília (SP) e Niterói (RJ); Região Centro-Oeste: Goiânia (GO); Região Nordeste: Aracaju (SE) e Sobral (CE); Região Norte: Belém (PA) (TORRES, 2013, p. 25).

Cada município recebeu um grupo de 10 estudantes do movimento estudantil (que foram indicados para vivenciarem a experiência e posteriormente serem facilitadores das outras vivências), envolvendo 122 estudantes na edição Piloto. A avaliação do Projeto-Piloto realizada pela equipe do DEGES apontou os principais desafios e estratégias de superação, que foram incorporadas nas diretrizes para a etapa seguinte (BRASIL, 2004b; 2004d; 2005f; FERLA; RAMOS; LEAL, 2013).

Após o Projeto-Piloto, ocorreram duas edições do VER-SUS/Brasil. A primeira grande experiência nacional do VER-SUS/Brasil, realizada nos meses de julho e agosto de 2004, contou com o número de 5.000 inscrições, 1.200 das quais resultou na participação de estudantes, distribuídos entre 53 municípios, em 19 estados brasileiros, que realizaram vivências baseadas em diversas realidades de saúde locais (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013; MARANHÃO, 2013).

³O VER-SUS foi inventado num formato de imersão. Os estudantes participam de maneira integral nas atividades, por cerca de 7 a 15 dias, hospedados fora de domicílio habitual, durante o período de férias universitárias. O grupo é sempre composto por alunos de diferentes cursos, podendo mesclar, também, acadêmicos de diferentes instituições, num ambiente multiprofissional. As ações são dinamizadas por estudantes facilitadores, que contribuem com o processo político-pedagógico do grupo (MARANHÃO; MATOS, 2018, p. 2).

Maranhão (2015) estudou a atividade de facilitação no VER-SUS Brasil, em sua primeira experiência nacional de 2004. Segundo a autora, esta experiência envolveu uma forte representação do movimento estudantil da área da saúde; a comissão de representação do movimento estudantil da área saúde era composta por diversas entidades estudantis, como as executivas e pró-executivas. Para Maranhão, a importância da facilitação para o VER-SUS está relacionada com:

a organização das vivências, com as pactuações dos trabalhos ao longo da imersão, com as articulações políticas, com a prática do protagonismo estudantil, com a militância na afirmação do SUS, como também com a potência pedagógica na produção de encontros (MARANHÃO, 2015, p. 182).

Após avaliação nacional da primeira edição, realizada em janeiro de 2005 em Porto Alegre/RS, aconteceu entre os meses de julho a setembro de 2005, a segunda edição do VER-SUS/Brasil, realizada em 10 municípios de 06 estados brasileiros, envolvendo 251 estudantes na realização das vivências. Dessa experiência não houve um processo ampliado de avaliação. “Em 2006, foi organizado o VER-SUS Extensão (Estágios Rurais Interprofissionais no SUS e Vivências em Educação Popular no SUS) com seleção de parceria por edital, mas o formato proposto já não era o original e muito da metodologia inicial se perdeu” (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013, p. 3).

Para Ferla, Ramos e Leal (2013), a publicação da Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 foi um importante marco histórico. Esta Portaria institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A EPS passou a ser um dispositivo estratégico da Política de Educação para o SUS, orientado para a transformação das práticas de formação em saúde (BRASIL, 2004c).

Segundo o DEGES/SGTES/MS, a EPS

apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras. Ao se colocar em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS, por meio da construção da educação permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. [...] Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde (BRASIL, 2004, p. 9-10).

Para Ceccim, Bravin e Santos (2009, p. 163), a PNEPS entabula “uma aposta na educação que a enceta como um projeto de vida, de cidadania, de autonomia e de trabalho, não mais como algo complementar, acessório, penduricalho das políticas de saúde, mas ela

própria como política pública”. A nova PNEPS retomou o sentido ético-político da Reforma Sanitária e recuperou a agenda dos anos 90, liderada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que postulava as bases da aprendizagem significativa como estratégias de mudança no trabalho em saúde (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994; VIEIRA et al., 2008).

A partir de 2004, como estratégia de implementação da Política e visando contemplar o papel dos entes federativos, foram criados Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), explicitando-se que “a condução locorregional da PNEPS será efetivada mediante um Colegiado de Gestão configurado como Polo, a ser implantado nas unidades federativas” (BRASIL, 2004, p. 45).

Os PEPS funcionavam como instâncias de articulação interinstitucional, realizando negociações entre as instituições formadoras e atores das ações e serviços do SUS através de diálogo entre os mesmos, a fim de se identificar as necessidades e construir estratégias e políticas no campo da formação e desenvolvimento, para promover mudanças nas práticas de saúde e de educação na saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

As propostas e projetos apresentados pelos Polos deveriam ser encaminhados ao DEGES/SGTES/MS, onde seriam acompanhados, avaliados e pactuados consensualmente pelo Colegiado de Gestão e Conselho Gestor do Polo e pela Comissão Intergestores Bipartite, aprovados no Conselho Estadual de Saúde, assegurando a construção da EPS pelo Ministério da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Os projetos deveriam conter proposições que mais tarde também seriam incorporadas aos eixos norteadores das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), como por exemplo: presença da multiprofissionalidade; adequação às necessidades de saúde; relação com os princípios e diretrizes do SUS, com o princípio de atenção integral à saúde e da cadeia de cuidados progressivos à saúde na rede do SUS (BRASIL, 2004c).

Segundo Teixeira, Oliveira e Arantes (2012, p. 213), foram tomadas algumas medidas pra a efetivação da política: “a organização de equipes matriciais do Ministério da Saúde, em apoio à constituição e ao funcionamento dos polos; e o Programa de Facilitadores dos Polos de Educação Permanente”, além do AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde.

Os PEPS desempenharam o papel de levar o debate sobre a EPS às instâncias descentralizadas do SUS, com descentralização de recursos financeiros para definição de prioridades em âmbito local e regional, incorporando novos atores que estavam alheios ao

processo, como as IES, trabalhadores de saúde e o controle social. Apesar disso, os PEPS encontraram inúmeras dificuldades para sua operacionalização (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

2.3.2 A nova condução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a interrupção da realização regular do VER-SUS em escala nacional e a resistência das experiências locais (2006 – 2010)

Estudos como o de Vieira et al. (2008) evidenciaram problemas na efetivação dos marcos da PNEPS nos moldes propostos, apontando a fragilidade existente na orientação conceitual dos projetos apresentados ao Ministério da Saúde. Assim, devido às dificuldades de operacionalização dos PEPS, os gestores do SUS iniciaram discussões para a revisão do processo normativo do SUS, culminando na Portaria 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que pactua as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, definidas em três dimensões: Pacto em Defesa do SUS; Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

A partir da instituição do Pacto pela Saúde, as ações voltadas ao desenvolvimento da PNEPS se intensificaram, e a Política ganhou destaque nas diretrizes para a Educação na Saúde. As ações de Educação na Saúde passaram a compor a dimensão do Pacto de Gestão, colocando a responsabilidade pelas ações de educação na saúde na agenda da gestão do SUS (SEMINÁRIO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, 2008).

Com a finalidade de se adequar às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto de Gestão e pela Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente foi rediscutida através de negociações envolvendo todos os gestores do sistema, e as políticas e programas existentes foram revistos. As reformulações realizadas na Política culminaram na aprovação da Portaria 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007 que, por sua vez, passou a definir as diretrizes para a implementação da PNEPS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Priorizou-se, nesse segundo momento da PNEPS (caracterizado pelo período de 2006 a 2010) a diretriz da regionalização, com foco no protagonismo dos gestores locais e regionais do SUS, a partir da extinção dos PEPS e da criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). A Portaria 1.996/GM/MS/2007 define que a condução regional da PNEPS será realizada pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR) com a participação das CIES e

“introduziu alterações com respeito ao financiamento, critérios de alocação e mecanismos de transferência de recursos para as ações de EPS, sendo que o repasse de recursos federais para os estados passou a ser feito por meio de transferência fundo a fundo em todas as unidades federativas” (BRASIL, 2007; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011, p. 68).

Alguns autores, como Viana et al. (2010) avaliam positivamente a adesão das CIES ao desenho da regionalização. Para eles, os vínculos existentes entre a Política de Educação Permanente e o CGR abrem caminhos para as demandas regionais, formalizadas por meio do Plano de Ação Regional da Educação Permanente em Saúde (PAREPS). Contudo, segundo Teixeira, Oliveira e Arantes (2012, p. 216), a centralidade na regionalização também apresentou importantes desafios para a efetivação da PNEPS. “Destacam-se as assimetrias na maturidade dos colegiados em termos nacionais e a permanência de disfunções, ainda não solucionadas, como a baixa execução dos recursos destinados à Educação Permanente”.

Para Carvalho (2014), após a instituição da Portaria 1.996/2007, os objetivos da EPS passaram a se concentrar no planejamento e na gestão da saúde pública, apresentando a educação de maneira restrita em relação ao seu caráter transformador:

A partir da Portaria citada, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde deve ser desenvolvido considerando a coerência entre as ações e estratégias propostas, o diagnóstico epidemiológico do Estado, as prioridades do Pacto pela Saúde e a permeabilidade aos Programas estratégicos do SGTES (CARVALHO, 2014, p. 89).

Ressalta-se também que o binômio ensino-serviço, afirmado na nova regulamentação, pode indicar um afastamento do marco anterior de educação permanente, cujo foco era a relação intrínseca entre o ‘mundo do ensino’ e ‘mundo do trabalho’, como espaço de aprendizagem, nos territórios concretos das ações de saúde e da produção de conhecimento e práticas. A permanência da dicotomia entre o espaço do saber e o mundo do trabalho continuou uma lacuna não superada pelas reformulações da política de educação permanente (TEIXEIRA; OLIVEIRA; ARANTES, 2012, p. 216).

De fato, conforme o disposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), as políticas e programas existentes foram revistos, visando adequação às normas e propostas do Pacto pela Saúde, a saber: Residência Multiprofissional de Saúde; Pró-Residência; Projeto Piloto de Revalidação de Diplomas de Médico Obtidos no Exterior; Pró-Internato Médico; Pró-Saúde; Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde); Programa Nacional de Telessaúde; Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS (PNDG); Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS); Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (Fies); Programa de Formação Profissional na Área de Saúde (Profaps); Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculada às instâncias gestoras

do Sistema Único de Saúde (RET-SUS); Formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A mudança de gestão ocorrida na SGTES/MS e na condução da PNEPS resultou na interrupção da realização de edições regulares do VER-SUS/Brasil em nível nacional no período de 2006 a 2010. Somado a isso, neste mesmo período, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) assumia a direção do MS, sendo o principal responsável por esta amarga interrupção.

No entanto, apesar desta nova condução política e, mesmo sem financiamento federal, algumas experiências locais continuaram sendo organizadas, “através de projetos de extensão universitária ou do protagonismo de diversos atores do campo da saúde”, mas poucas universidades “mantiveram a experiência de levar os estudantes a vivenciar a realidade do SUS através da extensão, imbrincada na problematização social e da realidade de saúde” (GONÇALVES; SCHWEIG; ARAÚJO, 2017, p. 39; LEMÕES et al., 2017, p. 53). Ferla e Matos (2013) afirmam que o VER-SUS foi um processo inspirador de diversas iniciativas similares ocorridas em todo o Brasil.

[...] podemos citar a realização do Estágio Interdisciplinar de Vivência na Rede de Saúde Mental (RS) realizado anualmente na cidade de São Lourenço do Sul; o Estágio de Vivência em Comunidades Rurais organizado com frequência na Paraíba junto com os movimentos sociais e o movimento de educação popular em saúde; o Estágio de Vivência da Medicina em Vitória da Conquista que é organizado anualmente para a recepção dos calouros de medicina da UFBA; os Estágios de Vivência no SUS/Bahia que ocorrem desde 2009, sendo que hoje já se realiza a 6ª edição; o VER-SUS/Rio de Janeiro realizado em janeiro de 2011 com parceria do projeto OTICS; os estágios de vivência tradicionalmente organizados pela UNISC no Rio Grande do Sul como atividade de extensão universitária; e a experiência do VER-SUS organizado pelo Grupo Hospitalar Conceição para seus residentes conhecerem melhor o SUS (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013, p. 3).

2.3.3 VER-SUS/Brasil como instrumento de Educação Permanente em Saúde (2011 a 2016)

Por possibilitar a experimentação de um novo espaço de aprendizagem, imbuído no cotidiano das redes e sistemas de saúde, a continuidade de execução do VER-SUS/Brasil possibilita aos participantes o exercício da experimentação e da resignificação permanente do SUS, com o intuito de melhorar as ações e as práticas sociais e em saúde através de reflexões acerca da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade (FERLA; MATOS, 2013).

Desde meados de 2011, o Ministério da Saúde e sua rede de parceiros iniciou a organização do novo VER-SUS/Brasil. Tal organização foi possibilitada quando o Ministério da Saúde “voltou a ser dirigido por quadros do movimento estudantil sanitário ligados ao

Partido dos Trabalhadores (PT)”, além de quadros que foram da DENEM, como o então ministro da saúde, Alexandre Padilha; o secretário da SGTES, Mozart Sales; e o diretor do Departamento de Atenção Básica, e depois também secretário da SGTES, Hêider Pinto (PINTO; GARCIA Jr., 2017, p. 18-19).

A nova roupagem do Projeto se caracterizou por abarcar “diretrizes que convergem com as políticas prioritárias que preveem a organização das redes de atenção à saúde nas diversas regiões de saúde, tendo a atenção básica como organizadora do processo de cuidado”. A intenção e foco principal do Projeto é qualificar futuros profissionais do SUS em um espaço de formação e trabalho que dialogue com os novos processos organizativos do SUS, possibilitando aos estudantes um espaço privilegiado de interação e imersão no cotidiano do sistema de saúde brasileiro em diversos territórios do país (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013, p. 4).

Segundo Ferla et al. (2013a, p. 4-5), a realização dos estágios de vivência passou a se basear em quatro eixos estruturantes principais:

- Aprendizagem significativa: pressupõe o encontro com o novo, a sensação de incômodo e o desejo de ação nesse cenário como dispositivos no ensino. O contato com uma novidade e, a partir disso, o acúmulo de experiências, vivências, aprendizados, se configura em aprendizagem significativa, pois promove e produz sentidos para a atuação dos alunos (CECCIM, 2005).
- Pedagogias problematizadoras: pressupõe o constante questionamento dos fatos e fenômenos, compreendendo-os nos seus contextos histórico-sociais e propondo novos arranjos possíveis (CECCIM; FERLA, 2008).
- Multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: A multiprofissionalidade é componente estratégico das experiências de educação permanente em saúde a serem analisadas. A interdisciplinaridade também é componente pedagógico estratégico, articulando diferentes disciplinas e núcleos de saberes para uma produção conjunta, coletiva e comum sobre um determinado tema. E a transdisciplinaridade é o componente pedagógico a ser construído ao longo da formação, com a possibilidade do desenvolvimento das ações em articulações que transcendem os limites disciplinares e setoriais, buscando a produção de conhecimento articulado em diferentes níveis de organização científica e profissional (FERLA et al., 2013).
- Respeito e defesa radical dos princípios e diretrizes do SUS.

Para Ferla et al. (2013a, p. 5), “segundo esta premissa, os estágios e vivências proporcionam experiências afinadas com os princípios e diretrizes do SUS, além de dialogar de forma problematizadora com conceitos importantes para o campo da saúde coletiva”.

Segundo Burille et al. (2013), a retomada da execução do VER-SUS/Brasil ocorreu em 2011, através da realização de duas experiências-piloto ocorridas no Rio de Janeiro (RJ) e em Lages (SC), respectivamente, envolvendo 56 participantes. Com o êxito dessas experiências, constrói-se uma nova rede parceira para o desenvolvimento do Projeto em sua nova roupagem (FERLA; MATOS, 2013).

Concretizou-se, então, uma articulação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio da Rede Governo Colaborativo em Saúde⁴; com o Ministério da Saúde, por meio do DEGES/SGTES e do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS). Formou-se uma nova rede de parcerias, envolvendo diversos atores: Associação Brasileira da Rede Unida (Rede Unida); Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); UNE; CONASS; CONASEMS; com apoio da OPAS e secretarias municipais de saúde (MARANHÃO, 2013).

Além das instituições que compõem a Coordenação Nacional do Projeto VER-SUS, a rede Unida sedia a Secretara Executiva, responsável pela coordenação operacional e apoio aos projetos, realizados em todo o Brasil. Essas iniciativas são realizadas com a organização local de uma coordenação, envolvendo universidades (estudantes e docentes), serviços (atenção e gestão) e, sempre que possível, também outros movimentos sociais. A coordenação local é responsável pela elaboração de um projeto e análise e preparação das vivências. Os projetos recebidos pela Secretaria Executiva que atendem às condições pedagógicas, políticas e financeiras estabelecidas pela Coordenação Nacional são apoiados pelo Projeto VER-SUS Brasil, com suporte logístico (materiais de apoio, financiamento parcial dos custos, inscrições e gestão do projeto), pedagógico (materiais para a formação de facilitadores, tecnologias para apoio pedagógico das vivências) e de divulgação. Um ambiente virtual de suporte, com diversos dispositivos como acervo de documentos, publicações informações úteis e portfólios virtuais e comunidades de práticas são oferecidos aos participantes, no Observatório de Tecnologias de Informações e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS) (FERLA; MATOS, 2013, p. 100).

Após as experiências-piloto ocorridas no Rio de Janeiro e em Lages em 2011, passaram a ocorrer duas edições do VER-SUS/Brasil anualmente. Segundo Ferla e Matos (2013, p. 100), mais de seis mil estudantes, de diferentes cursos de graduação já participaram do VER-SUS/Brasil no período de 2011 a 2013, “envolvendo 20 estados e aproximadamente 200 municípios, com mais de 180 instituições de ensino e gestão envolvidas no processo”.

A primeira edição da retomada do Projeto ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, envolvendo 915 participantes, de 09 estados e 70 municípios brasileiros. A segunda edição, que ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2012, contou com o número de 1640 participantes, distribuídos em 11 estados e 114 municípios (FERLA; RAMOS; LEAL, 2013).

No ano de 2012, a Comissão Nacional lançou mão de algumas estratégias de mobilização para o VER-SUS, como: a I Mostra Nacional de Experiências VER-SUS/ Brasil ocorrida no Rio de Janeiro (RJ), em articulação com a Comissão Organizadora do 10º Congresso Internacional da Rede Unida; a 1ª Oficina Nacional de Mobilização do VER-SUS/Brasil e o 1º Encontro Nacional de Formação de Multiplicadores do VER-SUS. Tais

⁴ Em 2011 foi assinado um termo de cooperação técnica entre a UFRGS e o Ministério da Saúde, objetivando o desenvolvimento de ações conjuntas no âmbito do ensino, da pesquisa e do apoio institucional, denominada Rede de Gestão Colaborativa na Saúde: Articulação Institucional e Formativa, Pesquisa & Desenvolvimento e Apoio em Rede para o Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (FERLA; MATOS, 2013, p. 100).

experiências tiveram o objetivo de “aproximar e fortalecer as comissões locais de diferentes partes do Brasil, criar um espaço de diálogo e reflexão acerca dos rumos do projeto em nível nacional e fomentar a criação de novas comissões e projetos” (FERLA et al., 2013a, p. 7).

Em 2013 foram realizadas outras duas edições. A edição de verão chegou em 07 estados brasileiros, mobilizando cerca de 840 participantes, dentre os quais, aproximadamente 280 apoiadores locais. Segundo Ferla et al. (2013a), a edição de inverno superou as metas previstas, fechando com 1057 participantes e totalizando no ano 1897 participantes distribuídos (as) em 12 estados. No período de escrita deste referencial teórico não foi possível encontrar dados oficiais sobre o VER-SUS/Brasil nos anos de 2014, 2015 e 2016.

Para Ferla et al. (2013a, p. 4,8), as vivências e estágios na realidade do SUS estão fundamentadas na EPS, e:

[...] Além de impactar a formação profissional, também têm a potência de qualificar os processos organizativos de trabalho desenvolvidos no interior dos serviços e sistemas, oportunizando também a reflexão e reformulação das práticas dos trabalhadores a partir deste encontro. [...] O VER-SUS possui consonância com os processos de formação da educação permanente em saúde e é fruto dessa construção.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a EPS se configura como uma aprendizagem-trabalho que acontece no cotidiano das pessoas e organizações, feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e levando em consideração os conhecimentos e as experiências já vivenciadas pelas pessoas. Através da EPS, existe a possibilidade de transformar as práticas profissionais, porque são construídas perguntas e respostas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam (BRASIL, 2005a).

Segundo a Associação Brasileira da Rede Unida (2016), responsável pela Secretaria Executiva do Projeto VER-SUS/Brasil, “O VER-SUS já ocorreu em 21 Estados (AM, PA, TO, MS, MT, GO, SP, MG, RJ, PI, MA, CE, RN, PB, PE, AL, BA, PR, SC, RS, SE) e no Distrito Federal, envolvendo mais de cento e oitenta (180) municípios e nove (9) mil participantes (vivos e facilitadores)”. Segundo Pinto, Maranhão e Ferla (2017, p. 29), desde a retomada do VER-SUS Brasil pelo governo federal:

[...] aproximadamente 12 mil realizaram as vivências (como vivos ou facilitadores) e os demais se envolveram em outras atividades relacionadas ao projeto. Somados os trabalhadores e atuantes dos movimentos sociais que se envolveram na organização das Vivências, teremos um acréscimo de aproximadamente 4,5 mil pessoas.

2.4 Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil

No segundo momento de realização da PNEPS, concernente à interrupção da realização regular das experiências nacionais do VER-SUS, as Residências passam a ganhar o foco. Semelhante à subseção anterior, optou-se por dividir o histórico das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil em três fases: o surgimento em meio à hegemonia médica e às Residências Uniprofissionais; a expansão através da reorientação da atenção básica; e a normalização por meio da articulação interministerial entre Saúde e Educação.

2.4.1 Surgimento das Residências Multiprofissionais em meio à hegemonia médica e às Residências Uniprofissionais (1978 – 1993)

A residência é um tipo de modalidade de formação profissional em saúde, com surgimento datando o fim do século XIX, desenvolvido em ambientes hospitalares e em regime de internato. Residência remete ao termo moradia, devido à ideia de que o residente deveria residir no local do programa ao qual pertencesse e estar à disposição do mesmo integralmente. Nos dias atuais continua sendo exigida a dedicação integral, mas não há mais a obrigação de residir onde se realiza o curso (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010; SILVEIRA, 2005).

A partir da década de 40, adotando um modelo baseado nas residências médicas americanas, surgem as primeiras residências uniprofissionais no Brasil. Estas eram caracterizadas como um treinamento especializado avançado, em regime de internato e objetivavam complementar o ensino teórico-prático dos jovens profissionais (BOTTI, 2009). De acordo com Ferreira e Olschowsky (2010), a primeira profissão a ter uma modalidade de ensino legalmente reconhecida enquanto ensino em serviço de pós-graduação foi a medicina. A realização de residências para outras profissões da área da saúde, como a fisioterapia, odontologia, nutrição, farmácia e enfermagem aconteceu duas décadas depois, seguindo o modelo da residência médica, com a proposta de treinamento em serviço de longa duração, ainda sem o caráter interdisciplinar e o cuidado integral (ABIB, 2012; BRUNHOLI, 2013).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011), o desenvolvimento dos primeiros programas de residência multiprofissional, que agregam diferentes profissões em um mesmo curso, se deu pela necessidade de realizar um trabalho integrado envolvendo uma equipe de saúde, dando foco à atenção à família e à comunidade. A primeira experiência de residência multiprofissional surgiu em 1978, um ano após a regulamentação da Residência

Médica, quando a primeira Residência em Medicina Comunitária do Brasil, denominada São José do Murialdo, em Porto Alegre, incluiu assistentes sociais, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos. A proposta era a de formar profissionais críticos e humanistas com alta resolutividade clínica e com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública (DA ROS et al., 2006).

O pioneirismo e inovação dessa experiência inspiraram os estados de Pernambuco e Rio de Janeiro a incorporar esse modelo que agrega num mesmo programa diversas profissões de saúde, visando o trabalho em equipe interdisciplinar voltado para o cuidado à comunidade na rede de atenção básica, extrapolando a abordagem biomédica. A experiência se propagou, e no final da década de 1970 muitos programas de residência já haviam sido criados (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010; ROSA; LOPES, 2010).

O final da década de 70 e toda a década de 80 foram marcados por vários acontecimentos na área da saúde. Um deles, de cenário internacional, refere-se à Conferência de Alma Ata (1978), que colocou no cerne da questão a Atenção Primária à Saúde, responsável por reorientar políticas públicas de atenção à saúde no Brasil, enquanto no país se iniciava o Movimento pela Reforma Sanitária, que resultou, na década de 80, na criação do SUS (ROSSONI, 2010).

Destaca-se que as primeiras residências multiprofissionais aconteceram no bojo da ditadura militar, período em que a saúde ainda não se configurava como um direito universal e o cuidado integral. A força e enfrentamento dos movimentos sociais e do movimento da reforma sanitária culminaram na construção do SUS e no direito democrático de todos à saúde. Na área da saúde, entre as décadas 70-80, “a luta era pela organização de um sistema de saúde único e hierarquizado, que não dicotomizasse o cuidado à doença e a promoção da saúde, a saúde individual e a saúde coletiva” (ROSA; LOPES, 2010, p. 488).

Como ressaltado anteriormente, as discussões protagonizadas pelo Movimento Sanitário também repercutiram na área da formação profissional em saúde e na necessidade de desenvolver políticas e projetos voltados à formação profissional. As residências, portanto, atuavam como dispositivos de mudança do modelo de atenção vigente na época, levando ao centro da questão a reforma das práticas, a organização dos serviços de saúde e a valorização da formação de profissionais capazes de se identificar e se comprometer com os princípios e diretrizes do SUS (BRUNHOLI, 2013; CECCIM, 2010).

Segundo Brunholi (2013), até o final da década de 80, muitas experiências das Residências Multiprofissionais provocaram mudanças relacionadas à pós-graduação, considerando-se as Residências como palco de transformações da relação ensino-serviço.

Ainda assim, a partir de 1982, os Programas de Residência passaram por uma série de dificuldades relacionadas principalmente ao financiamento dos residentes não médicos. Nos anos 90, diversos programas de residência foram encerrados pelo Ministério da Educação (MEC), quando este definiu financiamento somente para a Residência Médica. A contenção de recursos limitou as experiências após tal acontecimento; as poucas que seguiram foram financiadas por um período determinado por fundações privadas ou pela previdência social. Destaca-se que a política de distanciamento do Estado da gestão dos setores sociais contribuiu para o fechamento de muitos desses programas (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010; MOURÃO et al., 2006; ROSA; LOPES, 2010).

No período de transição do sistema político ditatorial para o sistema democrático, o Brasil passou por diversas mudanças conjunturais. Fatores como o avanço do capital financeiro; o caráter institucional do sistema burocrático-autoritário de intervenção na regulação da saúde; a desvalorização da atenção primária e a hegemonia do modelo flexineriano enfraqueceram o movimento das Residências Multiprofissionais, principalmente as de caráter comunitário. A criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que incorporou no conjunto de atribuições fundamentais das equipes da atenção primária a articulação intersetorial e o trabalho multiprofissional foi o pontapé inicial para a reversão do cenário desanimador (BRUNHOLI, 2013; CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

2.4.2 A reorientação da Atenção Básica como principal colaboradora para a expansão das Residências Multiprofissionais em Saúde (1994 – 2004)

A instituição do PSF em 1994 exigiu a modificação do modelo assistencial vigente, colocando a atenção básica, a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a humanização do atendimento, a integralidade e a equidade como foco principal. Visando atender à demanda e aos desafios apresentados, esta mudança apontou para a necessidade de transformação na formação dos profissionais de saúde. A 10ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1996 recomendou a revisão dos programas de Residência para adequação ao SUS, além da ampliação das vagas e o dimensionamento para todas as profissões de nível superior ligadas à saúde (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Considerada importante estratégia na busca pela integralidade, começaram a surgir, sob a orientação dos fóruns participativos da saúde, novos programas de RMS com foco na reorientação da Atenção Básica. Com o objetivo de produzir condições necessárias para a mudança do modelo médico assistencial hegemônico, o programa de RMS foi apresentado

para a implantação dos serviços públicos embasados na lógica do SUS (RAMOS et al., 2006; ROSA; LOPES, 2010).

Em 1999, através de uma articulação do DAB/MS com atores do Movimento Sanitário aconteceu um seminário, visando a criação de um modelo de Residência Multiprofissional. Este deveria vincular-se ao pensamento da saúde pública acrescido de valores como a promoção, a integralidade da atenção, o acolhimento e que possuísse uma área comum, preservando também as especificidades de cada profissão (BRASIL, 2006).

Os 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade oportunizados em 2002 passaram a ser financiados pelo Ministério da Saúde; nesse momento ainda sem representação do MEC. Tais programas apresentavam formatos diversificados, mas havia a intenção de que todas as profissões da área da saúde pudessem trabalhar integradamente, pois era necessário um espaço formal de troca de experiências e de articulação para superar os problemas enfrentados nas RMS, como o reconhecimento e o financiamento destas (DA ROS et al., 2006).

Com a criação da SGTES em 2003, somada à aprovação da PNEPS, foram viabilizados inúmeros projetos voltados para a formação profissional em saúde, objetivando tornar a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Também neste período, os discursos em torno da Política Nacional de Educação na Saúde previam a formação em serviço, tornando este um campo de ensino-aprendizagem, como forma de incentivar o trabalho em equipe e o cuidado integral à saúde, a fim de garantir a combinação entre formação, gestão, atenção e participação dos profissionais de saúde. Por sua vez, o trabalho desenvolvido no campo apontava a possibilidade de interação entre as instituições formadoras e de serviço e, portanto, entre gestores, trabalhadores, estudantes/residentes, usuários e familiares (BRASIL, 2004a; FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010; PASINI, 2010; ROSA; LOPES, 2010).

A NOB/RH-SUS aprovada em 2003 trouxe em seu documento, por sua vez, a necessidade de regulamentação e ampliação de Programas de Residências que estivessem adequados ao SUS e baseados no trabalho em equipes multidisciplinares (BRASIL, 2002; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

2.4.3 Articulação interministerial entre Saúde e Educação marca a normalização das Residências Multiprofissionais e Saúde (2005 – 2009)

A inclusão das RMS na legislação sofreu resistência de alguns setores governamentais e das corporações médicas. Em fevereiro de 2005, através do envio da Medida Provisória nº 238, propondo a formação de uma Comissão para elaboração das normas e regras de funcionamento das Residências Multiprofissionais financiadas pelo Ministério da Saúde, é que se iniciou o processo de regulamentação das RMS. Esta Medida separou oficialmente a Residência Médica das demais (BRASIL, 2005b; DA ROS et al., 2006; PASINI, 2010).

Através da Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 foi criada, no âmbito do MEC, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento passaram a ser de responsabilidade dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde. A Lei instituiu ainda a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005c).

Ainda em 2005, outras duas portarias lançadas foram importantes para a normalização das RMS, ambas interministeriais e publicadas em 03 de novembro, as Portarias nº 2.117 e 2.118. A primeira instituiu a RMS no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação e a segunda instituiu a parceria entre o MEC por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e o MS por meio da SGTES, para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de profissionais na área da saúde. Portanto, o ano de 2005 marcou a configuração da RMS como sendo um programa de responsabilidade interministerial entre os setores da saúde e da educação (BRASIL, 2005d, 2005e; BRUNHOLI, 2013).

Em 2006, durante o 8º Congresso da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), foi criado o Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) que, de acordo com documento produzido em sua primeira Reunião Nacional, caracterizou-se como sendo um ator político e representativo composto por residentes dos programas de RMS, visando contribuir para a materialização e potencialização do debate sobre as Residências enquanto estratégia para a consolidação do SUS (FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE, 2010; SARMENTO, 2016).

Segundo Abib (2012), estavam entre os objetivos do FNRS: promover espaços dinâmicos e suprapartidários para o compartilhamento de experiências; problematização da prática dos programas existentes; debate do cenário de atuação e discussão do ideário em

defesa do SUS, a fim de fortalecer a representatividade dos atores residentes em seu processo de legitimação, mostrando-se como um movimento articulado que muito contribuiu para a construção das RMS.

Entre as modificações ocorridas na PNEPS decorrentes do Pacto pela Saúde, que culminou na Portaria GM/MS nº 1996/2007, encontrava-se a RMS. Esta passou a ser caracterizada pela integração ensino-serviço-comunidade, com programa direcionado à formação profissional para o SUS, pautado por seus princípios e diretrizes.

No percurso rumo à instituição das Residências, muitos foram os obstáculos enfrentados, como tensões corporativas, tecnoburocráticas e políticas. Isto fez com que somente após dois anos da promulgação da Lei 11.129 fosse lançada a Portaria Interministerial nº 45/2007, a qual dispõe sobre os princípios e diretrizes da Residência Multiprofissional em Saúde e da Residência em Área Profissional da Saúde, instituindo a CNRMS no âmbito do Departamento de Residências e Projetos Especiais da Saúde do MEC. A coordenação e o financiamento da estrutura e funcionamento da CNRMS ficaram a cargo dos representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação (ABIB, 2012; BRASIL, 2007a).

A Comissão possuía representatividade paritária entre o governo e a participação social, atuando com base nos eixos da Portaria, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS. Foram destacadas algumas funções da CNRMS: credenciamento dos Programas de RMS, em Área Profissional da Saúde e das instituições habilitadas para oferecê-los; avaliação e acreditação dos programas; sugestão de modificações ou suspensão do credenciamento de programas que não estivessem de acordo com a regulamentação; registro de certificados e proposição da carga horária mínima e máxima para os programas de residência (BRASIL, 2007a).

A proposta das Residências em Saúde como Multiprofissionais e como integradas ao SUS apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde (CECCIM, 2010, p. 20).

Em 2009, a Portaria Interministerial nº 45 foi revogada pela Portaria nº 1.077, também Interministerial, que dispõe sobre os programas de RMS e em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para estes Programas e para a CNRMS. Nesta Portaria, a composição da CNRMS foi modificada, passando a ser presidida pelo diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde, do MEC. Além disso, a representação governamental ganhou destaque e a nova Comissão sofreu críticas devido ao seu papel excessivo de regulamentação centralizada (BRUNHOLI, 2013).

Segundo Brunholi (2013), foi no bojo do constante impasse no campo político e metodológico da condução das RMS, que o MEC fomentou a modalidade de formação de Residência Multiprofissional inserida no contexto hospitalar, com um projeto para a implantação e financiamento, em 2009, de Programas de RMS nos Hospitais Universitários Federais.

Após enfrentar os mais diversos obstáculos até sua instituição, eis que através da Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009, as RMS obtêm a constituição de Programas de formação na modalidade de formação *lato sensu*, caracterizados por ensino em serviço, possuindo carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, compreendendo atividades práticas e teóricas desenvolvidas por residentes dentro do contexto dos serviços do SUS, com orientação dos trabalhadores desses espaços. A Portaria ainda define as treze profissões (não médicas) contempladas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2009a).

Existe hoje uma grande variedade de Programas que se diferenciam das mais diversas formas, desde a natureza das instituições de ensino que oferecem os programas, até seus projetos políticos pedagógicos (SARMENTO, 2016). Segundo Ramos et al. (2006), ao considerar as RMS como espaço transformador para trabalhadores da saúde, articulado como dispositivo de educação permanente, com potencial questionador do instituído, sua definição como importante estratégia dentro de uma política de Estado de formação para trabalhadores da saúde implica tanto em debates pedagógicos, quanto na legitimação política para a sustentabilidade e ampliação dos Programas, carregando consigo a integralidade do cuidado como princípio referencial e o trabalho em equipe interdisciplinar como princípio operador.

Segundo Lobato (2010), a Residência Multiprofissional se apresenta como uma das alternativas da educação no e pelo trabalho que visa alterações nas práticas dominantes dos sistemas de saúde e que possibilita a transformação dos trabalhadores da saúde em agentes instituintes de mudança nas práticas do mundo do trabalho, seja na assistência, no ensino ou na gestão. As RMS possibilitam ainda mudanças na lógica tecnoassistencial quando apresentam como objetivos a formação de profissionais para atuar no SUS com uma lógica que envolva a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e a educação permanente adequada às necessidades locais, com práticas ajustadas a seus princípios e diretrizes.

3 HIPÓTESES

O VER-SUS reverbera no (a) estudante a potencialidade de incidir politicamente dentro de sua realidade, sendo capaz de induzir transformações nas práticas, de um lado no redirecionamento da formação acadêmica e de outro, nos processos de transformações das práticas profissionais existentes.

Consideramos ainda que o VER-SUS é uma estratégia que desperta no (a) estudante o pensamento crítico sobre a organização do trabalho em saúde, a importância de compreender o mundo do trabalho e sua condição de transformar esse espaço de inserção.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar como a participação no VER-SUS ocorrido em Pernambuco no período de 2012 a 2016 orientou a formação acadêmica/profissional de seus egressos e egressas.

4.2 Específicos

- a) Caracterizar o perfil de egressos (as) das edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco no período de 2012 a 2016;
- b) Identificar como a participação nas edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco contribuiu na inserção de egressos (as) em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde existentes no estado no período de 2013 a 2017;
- c) Descrever a percepção dos (as) egressos (as) do VER-SUS sobre a experiência como orientadora da formação acadêmica/profissional.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Em seus escritos, Minayo e Sanches (1993) caracterizam o conhecimento científico como sendo a busca pela articulação entre teoria e realidade, colocando o método empregado na construção do conhecimento como uma espécie de linha condutora para a formulação de tal articulação. Segundo Sousa (2016), é necessário, portanto, que o método utilizado na pesquisa seja capaz de assegurar coerência entre o referencial teórico que guia o estudo, além de atender à necessidade de investigação requerida pelo objeto pesquisado. Segundo Minayo (2010), sua função fundamental é tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas por quem realiza a investigação.

5.1 Do delineamento e do objeto do estudo

Estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo-explicativo, utilizando como instrumentos de produção de evidências, pesquisa bibliográfica e documental; grupo focal e diário de campo, apreciadas através da análise de discurso de Pêcheux.

Sabe-se que são apontados alguns limites às abordagens quantitativa ou qualitativa quando utilizadas de maneira isolada. Segundo O’Cathain e Thomas (2009), “um motivo comum para mesclar métodos é expandir o âmbito da investigação ao acessar uma variedade maior de dados. No presente estudo, tais abordagens foram utilizadas de maneira complementar, tomando como base o destacado por Minayo e Sanches (1993, p. 240):

[...] ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade.

O’Cathain e Thomas (2009) afirmam que tem sido descrita uma variedade de maneiras para a utilização de métodos mistos (combinação de componentes qualitativos e quantitativos em um único estudo), tanto na pesquisa em saúde, como na pesquisa social. Alguns dos quais orientaram este estudo são descritas: “A pesquisa quantitativa facilita a pesquisa qualitativa pela identificação de pessoas para participarem na investigação qualitativa”; “A pesquisa qualitativa e quantitativa são usadas conjuntamente para fornecer um quadro maior ou mais rico”; “A pesquisa quantitativa acessa aspectos estruturais, enquanto a pesquisa qualitativa acessa processos”; “A pesquisa quantitativa enfatiza as preocupações do pesquisador, enquanto a pesquisa qualitativa enfatiza as preocupações dos sujeitos”; “A pesquisa

quantitativa ajuda a generalizar os achados qualitativos”; “A pesquisa qualitativa facilita a interpretação dos achados da pesquisa quantitativa” (BRYINAN, 1992 apud O’CATHAIN; THOMAS, 2009, p. 119).

Por estudos descritivos entendem-se aqueles que realizam levantamento de dados e explicam os porquês de sua ocorrência; já os explicativos informam e explicam a ocorrência dos fenômenos encontrados (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

É importante ressaltar que a escolha do objeto do presente estudo foi norteadada pela implicação da pesquisadora com o tema. Este foi desenvolvido no estado de Pernambuco no período de agosto de 2016 a julho de 2018.

5.2 Da população de referência

O universo do estudo foi definido pela totalidade de participantes das edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco no período de 2012 a 2016, de modo a definir o grupo de egressos (as). Após identificar aqueles (as) pertencentes à categoria “estudantes de graduação”, ingressantes em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no estado de Pernambuco, no período de 2013 a 2017, aplicou-se a amostragem em bola de neve (ver subseção 6.3.2) para orientar a composição do grupo focal. Os elementos de inclusão estarão descritos abaixo.

5.2.1 Critérios de inclusão

- a) Ter participado da experiência do VER-SUS em Pernambuco no período de 2012 a 2016;
- b) Residir em território pernambucano;
- c) Diversidade de cursos de graduação na área da saúde;
- d) Estar cursando ou ter cursado Programa de RMS no período de 2013 a 2017;
- e) Interesse e disponibilidade para participar do estudo.

5.3 Das Fontes, Instrumentos e Técnicas de Análise

A coleta de evidências foi realizada mediante a utilização de fontes secundárias e primárias. O primeiro objetivo específico - caracterizar o perfil de egressos (as) das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016 -, foi conduzido através da

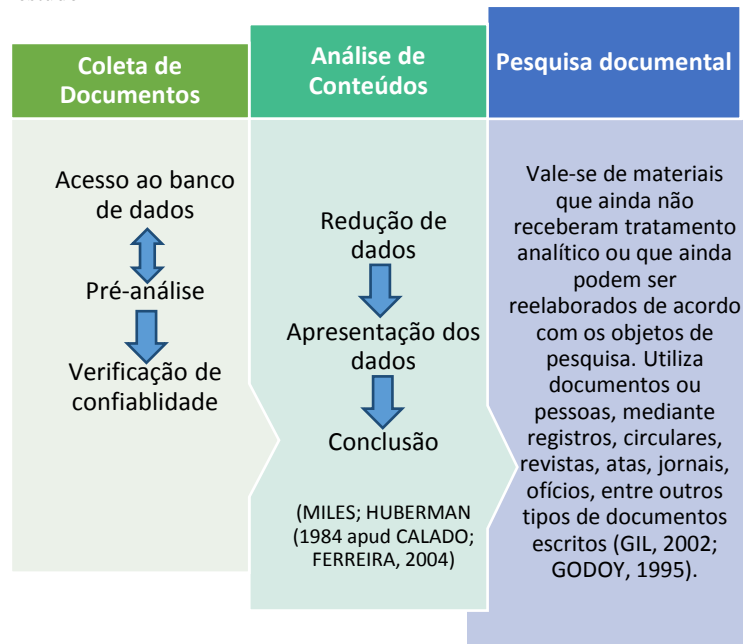
pesquisa documental. Da mesma maneira ocorreu para identificar quantas pessoas do grupo de egressos (as) ingressou nos Programas de RMS existentes no estado no período de 2013 a 2017, correspondente à etapa inicial do segundo objetivo específico. Estes propósitos definiram a utilização de fontes secundárias que, segundo Marconi e Lakatos (2008), geralmente estão disponíveis ao pesquisador, possibilitando a resolução de problemas já conhecidos e a exploração de áreas onde os problemas não foram suficientemente solidificados.

O segundo objetivo específico - identificar como a participação nas edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco colaborou na inserção de egressos (as) em Programas de RMS existentes no estado no período de 2013 a 2017 -, assim como o terceiro objetivo específico - analisar como a participação no VER-SUS ocorrido em Pernambuco no período de 2012 a 2016 orientou a formação acadêmica/profissional de seus egressos e egressas-, conduziram à pesquisa em fontes primárias. Estase baseia em documentos originais, que não foram utilizados em nenhum estudo ou pesquisa, ou seja, são coletados pela primeira vez pelo pesquisador para a solução do problema, mediante entrevistas, questionários e observação (ANDRADE, 1998). Neste estudo, será fonte primária todo o material proveniente do grupo focal e do diário de campo. Os aspectos quanto à coleta, seleção, e tratamentos dos dados serão explicitados adiante.

5.3.1 Pesquisa Documental

Partindo da concepção adotada por Bravo (1991) sobre o que vem a ser documento, entende-se: todas as produções desenvolvidas pelas pessoas, apresentadas como resultados de sua ação, podendo revelar ideias, opiniões, formas de atuar e viver, a saber: documentos escritos, numéricos, estatísticos, documentos-objeto, e de produção de som e imagem. Considerando o reconhecimento da multiplicidade documental, destaca-se que nesta etapa da pesquisa o documento foi a única fonte de produção do conhecimento, o que levou à adoção da pesquisa documental enquanto método de pesquisa, conforme esquema abaixo (Figura 1).

Figura 1 - Modelo esquemático utilizado na pesquisa documental realizada para a obtenção do primeiro e segundo objetivo específico do estudo



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Segundo Calado e Ferreira (2004), a pesquisa documental pode ser dividida nas etapas de coleta de documentos e análise do conteúdo. Observando tais etapas sob a perspectiva do tipo de abordagem adotada, observa-se que a pesquisa documental congregou a utilização de métodos mistos, sendo a primeira etapa qualitativa e a segunda, quanti-qualitativa. Segundo Bauer; Gaskell e Allum (2002, p. 24) “não há quantificação sem qualificação”, “a mensuração dos fatos sociais depende da categorização do mundo social”.

Para a realização do primeiro objetivo específico, a primeira etapa foi realizada através da reunião de documentos concedidos pela Secretaria Executiva da Coordenação Nacional do Projeto VER-SUS/Brasil e pelas respectivas comissões organizadoras com informações acerca dos (as) participantes do Projeto em Pernambuco no período de 2012 a 2015 e no período de 2012 a 2016, respectivamente.

Destaca-se que o contato com os documentos acompanhava observação quanto à sua relevância, ação considerada como a etapa de pré-análise na pesquisa documental. A coleta se alimenta da pré-análise e vice-versa; aquela estimula a realização de novas coletas documentais, que passa a ser mais criteriosa, com a intenção de alcançar melhores resultados na análise do material recolhido (CALADO; FERREIRA, 2004; LOFLAND; LOFLAND, 1984 apud CALADO; FERREIRA, 2004).

Cada pré-análise e cada nova coleta de documentos levava a um movimento de verificação de confiabilidade das informações, procedimento necessário devido às constantes modificações do sistema de inscrição e certificação do VER-SUS via plataforma OTICS.

A referida verificação se deu através de um rigoroso exame no acervo documental dos (as) organizadores (as) do Projeto VER-SUS PE no período de 2012 a 2016, como: pesquisas nas propostas de vivência submetidas à apreciação da Rede Unida; listas de selecionados (as) para as vivências no período de estudo; redes sociais das comissões, a exemplo de e-mails, blog, páginas do *Facebook* e vídeos do *Youtube*; relatorias de reuniões; metodológicos⁵; relatórios de avaliação do Projeto. Também foram utilizados documentos de domínio público, como currículo *lattes*; certificados de participação disponíveis no OTICS, bem como a lista de participantes cadastrados nas comunidades da plataforma e os relatórios do tipo diário de campo dos (as) participantes, disponíveis na mesma; assim como perfis de redes sociais destes (as).

Ressalta-se que a planilha *Excel* cedida pela Coordenação Nacional do VER-SUS/Brasil apresentou muita fragilidade nas informações relacionadas ao grupo de participantes da primeira vivência realizada em 2012; ao grupo de facilitadores (as) e comissão organizadora dos anos de 2012 e 2013; determinados (as) participantes da edição verão de 2015. Além disso, a coleta de informações acerca das edições de 2016 foi realizada sem o auxílio de tal planilha. Portanto, todo o processo de verificação de confiabilidade exigiu grande esforço, principalmente para o recolhimento individual de todos os dados ausentes.

A segunda etapa da pesquisa documental se refere à análise dos conteúdos. Segundo Silva et al. (2009), esta é a etapa que dá conta de interpretar crítica e refinadamente o conteúdo do material recolhido. Tal análise “implica um conjunto de transformações, operações e verificações”, realizadas a partir dos dados brutos dos documentos coletados na primeira etapa da pesquisa documental, com a finalidade de lhes ser atribuído significados relevantes em relação ao problema de investigação (FLORES, 1994 apud CALADO; FERREIRA, 2004, p. 3). Para Silva et al. (2009, p. 2559), “por meio das inferências lançadas a partir da descrição do conteúdo explícito poderia se atingir o que está além das aparências, o conteúdo latente, indo muito além da mensagem expressa no documento”.

⁵ “Refere-se à metodologia pensada para a realização da vivência. Geralmente é disposta em planilha *Excel*, com o detalhamento diário do que será trabalhado, contendo: módulo; dia; data; nome do eixo; facilitador(a) responsável; horário; atividade; objetivo; descrição; materiais; observação, entre outros” (FERREIRA, 2016, p. 44).

É possível dividir a análise de conteúdo em três fases: redução de dados; apresentação dos dados; conclusões (MILES; HUBERMAN, 1984 apud CALADO; FERREIRA, 2004). A primeira fase consiste, basicamente, na categorização e codificação dos dados (BOGDAN; BYKLEN, 1994; FLORES, 1994 apud CALADO; FERREIRA, 2004). As categorias utilizadas no estudo foram definidas a partir dos dados obtidos, marcando a característica interpretativa do mesmo.

O banco de dados, disposto em planilha *Excel*, agrupou as seguintes informações: ano; edição; região de vivência; nome; gênero; estado de residência; e-mail; curso; instituição; categoria; modalidade, conformando a planilha base controle. Tais informações foram codificadas e categorizadas: identificação da vivência; identificação de participantes; categoria de participação; modalidade de participação, permitindo a quantificação e caracterização do perfil de egressos (as).

Para a obtenção da etapa inicial do segundo objetivo específico, fez-se necessária a obtenção da relação de aprovados (as) nos Programas de RMS de Pernambuco, no período de 2013 a 2017. A coleta aconteceu mediante pesquisa nos sites de domínio público da UPENET/IAUPE; da Universidade Federal do Vale do São Francisco; da Fundação Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia; da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco; da Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes; do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES e do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, instituições que ofertaram Residência Multiprofissional no período citado.

Foram coletadas as seguintes informações: nome completo; profissão; programa de residência; instituição de ensino proponente; comissões de residência multiprofissional (COREMU); ano de ingresso, também dispostas em planilha *Excel*. Estas informações foram confrontadas com as contidas na planilha base controle através da função PROCV, uma das funções de pesquisa e referência do *Excel*, que localiza informações contidas em linhas de uma tabela ou de um intervalo, o que gerou a planilha denominada “cruzamento”.

Na planilha cruzamento, as informações foram codificadas e categorizadas: identificação de participantes; identificação do programa de RM; identificação da instituição proponente; identificação do curso de graduação; identificação da versão da vivência, sendo possível identificar a relação de egressos (as) do VER-SUS que ingressaram nos Programas de RMS, assim como delimitar os critérios para a composição do grupo focal.

A etapa de verificação de confiabilidade se deu através de contato realizado com as COREMU dos respectivos programas de RM, precedendo a análise de conteúdos e a realização dos grupos focais.

Ressalta-se que a análise do conteúdo dos documentos foi fundamentada através da concepção epistemológica da pesquisadora, norteada pela abordagem marxista, consonante à sua vivência política junto a algumas organizações que compõem a via camponesa e o campo popular em Recife, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), a Pastoral da Juventude Rural (PJR), a Consulta Popular, o Levante Popular da Juventude e a Marcha Mundial das Mulheres (MMM).

A apresentação dos dados ocorreu na seção dos Resultados, buscando-se explicar a ocorrência dos fenômenos encontrados. A construção das conclusões permeou todo o processo da pesquisa documental, e está disponível adiante.

5.3.2 Grupos Focais

Os grupos focais constituem num tipo de entrevista em grupo que valoriza a comunicação entre os participantes da pesquisa e são projetados para valorizar a interação grupal, onde as pessoas são estimuladas a falar umas com as outras, a perguntar, ouvir histórias e a comentar sobre as experiências e os pontos de vista umas das outras. São particularmente adequados para o estudo de atitudes e experiências (KITZINGER, 2009). Geralmente os participantes possuem características comuns de vida, trabalho, ou pensamento. Os grupos focais, dependendo de quem os conduz, podem identificar conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes, o que possibilita uma análise mais profunda das evidências obtidas nessa situação de interação em grupo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Segundo Carey (1994), o grupo focal é coordenado por um moderador e tem como objetivo levantar informações sobre um tópico específico de interesse do pesquisador. Para Minayo (2010), sempre que haja comunicação entre membros de grupos sociais que foram atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, estes tendem naturalmente a se impor, o que pode influir na consciência e comportamento dos indivíduos. Westphal, Bógus e Faria (1996) consideram a construção social das percepções, atitudes e opiniões, onde suas expressões são mais facilmente identificadas durante um processo de interação em que os comentários de alguns sujeitos possam fazer emergir a opinião de outros. Os autores também afirmam que durante os grupos focais é possível perceber o que e porque os sujeitos envolvidos pensam de determinada forma.

Neste estudo, o grupo focal foi composto por egressos e egressas do VER-SUS Pernambuco, mediante os critérios de inclusão apresentados anteriormente. Segundo

Kitzinger (2009, p. 36), “mesmo poucas sessões de discussão podem gerar uma grande quantidade de dados”. As pessoas foram contatadas através do *whatsApp*, recebendo uma carta-convite (APÊNDICE A) à participação na pesquisa. A amostra foi composta mediante a utilização da amostragem em bola de neve; adesão ao convite de participação; assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e permanência na pesquisa.

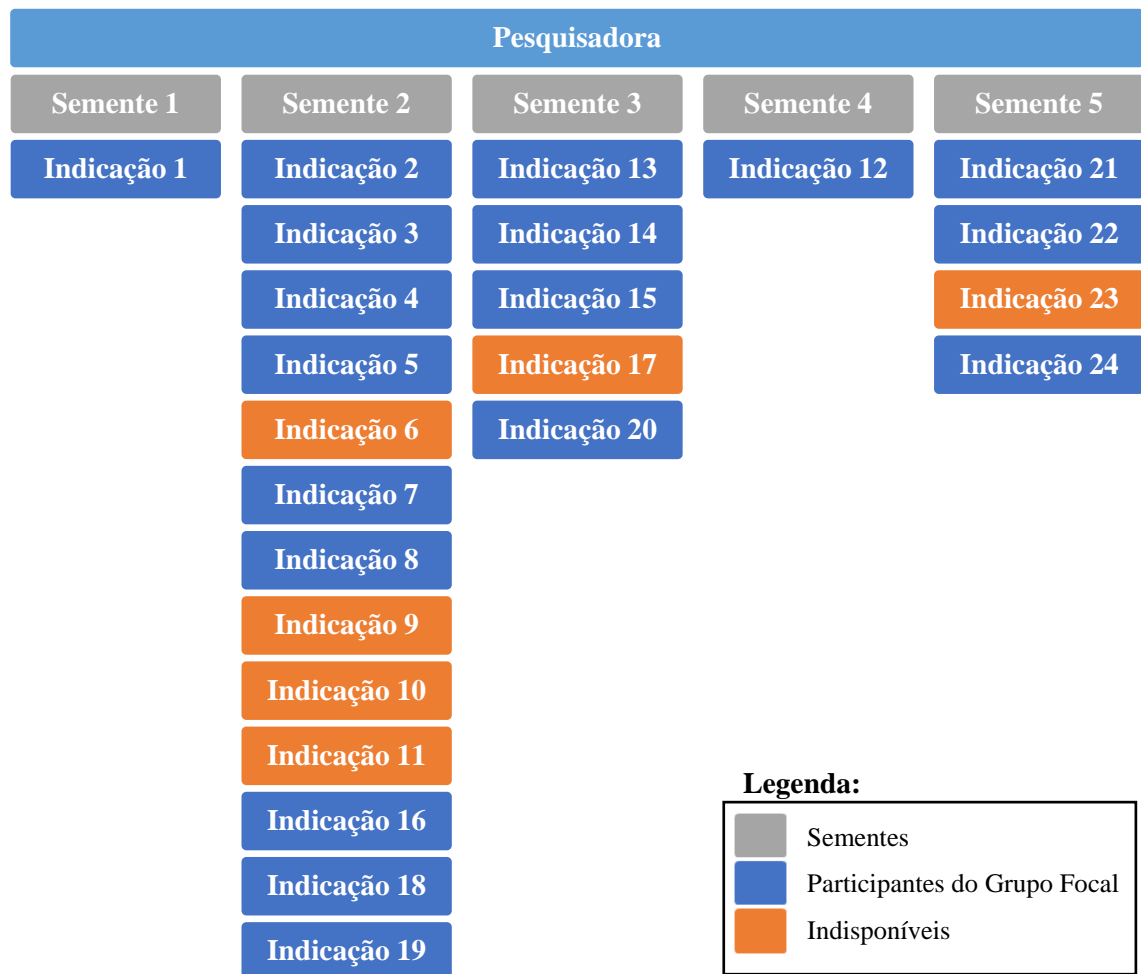
A técnica bola de neve é uma forma de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência para a seleção de participantes da pesquisa, não sendo possível determinar a probabilidade de tal seleção (VINUTO, 20014). Segundo Mattar (1996 apud OLIVEIRA, 2001, p. 2), amostragens não probabilísticas são aquelas “em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo”.

O pontapé inicial para a aplicação da técnica se deu através do contato com a planilha cruzamento, através da qual foi possível identificar informantes-chaves de edições dos anos 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, respectivamente, com o ponto em comum de terem sido comissão organizadora em alguma edição. Estes (as), nomeados (as) como sementes, indicaram pessoas com o perfil desejado à pesquisa, através de uma lista disponibilizada pela pesquisadora, composta mediante critérios como: edição de VER-SUS que foi egresso (a); programa de RM em que ingressou e, profissão a qual pertence.

Após contato com a pessoa indicada, foi solicitado à mesma a indicação de outra pessoa com as características desejadas, a partir da lista disponibilizada, e assim sucessivamente, dando forma ao quadro de amostragem do grupo focal (Figura 2). A pesquisadora cessou a busca pelas indicações quando foi atingido o número máximo (dezesseis) de participantes estimado para o grupo focal.

A técnica bola de neve foi aplicada no grupo que ingressou em programas de RMS situados na I GERES. Isto se deu, pois, além do envolvimento majoritário desta na distribuição de ingressantes (70%), tornou-se facilitado o acesso de habitantes da Região Metropolitana do Recife ao CPqAM/Fiocruz-PE, local onde foi realizado o grupo focal. Tende-se a ponderar que tal escolha não limitou a diversidade de participantes. Apesar de ter sido estimada a participação de dezesseis pessoas, duas que inicialmente não apresentaram disponibilidade compareceram ao local. O grupo foi composto por mulheres e homens, estando representadas dez profissões da área da saúde: enfermagem, nutrição, psicologia, saúde coletiva, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, biomedicina e medicina veterinária. Diversas edições de VER-SUS também estiveram representadas, assim como diversos PRMS (Quadro 1).

Figura 2 - Rede de contatos acionados para a composição do grupo focal, a partir da técnica bola de neve



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Quadro 1 - Caracterização de participantes do Grupo Focal

Pessoa	Gênero	Edição de VER-SUS	Curso/Universidade	RMS/Instituição
P1	Homem	2012.2	Medicina Veterinária/UFRPE	Saúde Coletiva/CPqAM-Fiocruz
P2	Mulher	2015.2	Serviço Social/UFPE	Rede de Atenção Psicossocial/Sesau-IMIP
P3	Mulher	2015.1	Enfermagem/UPE	Saúde da Família/UPE
P4	Mulher	2012.2	Enfermagem/UPE	Saúde Coletiva/CPqAM-Fiocruz
P5	Homem	2015.1	Enfermagem/UPE	Saúde da Família/UPE
P6	Mulher	2013.2	Enfermagem/UPE	Saúde Coletiva/CPqAM-Fiocruz
P7	Homem	2016.1	Biomedicina/ASCES	Saúde Coletiva/CPqAM-Fiocruz
P8	Mulher	2014.1	Enfermagem/UPE	Saúde Coletiva/CPqAM-Fiocruz
P9	Homem	2012.2	Fonoaudiologia/UFPE	Saúde da Família/UPE
P10	Homem	2012.2	Fisioterapia/UFPE	Saúde da Família/UPE
P11	Homem	2012.2	Enfermagem/UFPE	Saúde Coletiva/UPE
P12	Homem	2012.2	Farmácia/UFPE	Atenção Básica e Saúde da Família/Prefeitura de Jaboatão
P13	Mulher	2015.1	Saúde Coletiva/UFRN	Saúde Coletiva/CPqAM-Fiocruz
P14	Mulher	2014.1	Psicologia/UFPE	Saúde da Família/UFPE
P15	Mulher	2013.1	Nutrição/UFPE	Saúde da Família/UFPE
P16	Mulher	2012.1	Enfermagem/UFPE	Saúde da Família/UFPE
P17	Homem	2014.2	Nutrição/UFAL	Saúde da Família/UPE
P18	Homem	2014.2	Enfermeiro/UNCISAL	Saúde Coletiva/CPqAM-Fiocruz

Fonte: Elaboração própria, 2018.

Reitera-se que se optou por atribuir nomes fictícios às pessoas acima relacionadas, de modo a garantir a confidencialidade, o anonimato e o sigilo mencionado no TCLE (APÊNDICE B). Tomaram-se como inspiração dois principais projetos para a escolha dos nomes fictícios: o “Mulheres Cabulosas da História”, organizado pelas mulheres do Levante Popular da Juventude, e a “Coleção Lutadores”, organizado por militantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Nomes de militantes das Ligas Camponesas, assim como de mulheres trans também estiveram entre os escolhidos. Todos estarão relacionados no APÊNDICE C deste escrito.

A condução do grupo focal se deu a partir da utilização de um roteiro de tópicos (APÊNDICE D), construído com base nos objetivos da pesquisa, contendo em suas questões os temas chaves da investigação, com sequência ordenada seguindo das questões gerais para as questões específicas, conforme o disposto no estudo de Vieira et al. (2013).

Este roteiro foi estruturado seguindo o exemplo utilizado por Zimmermann e Martins (2008), contendo questões do tipo: introdutória, de transição, chave, final, resumo e de fechamento. As questões de cada fase foram inseridas com o objetivo de identificar as seguintes partes da estrutura narrativa: a situação inicial, que gera o desenrolar da ação; o nó, que quebra o curso da situação inicial; as intrigas ou variações de motivos para a ação; as transformações e, por fim, a situação final (RICOEUR, 1997; ADAM; RAVAZ, 1997).

A situação inicial marcou o tópico introdutório; o nó e as intrigas marcaram o momento de transição; as transformações marcaram a questão chave e a situação final procurou trazer elementos consensuais como finalizadores do grupo focal.

O ambiente da sala onde foi realizado o grupo focal foi composto por uma meia lua formada por vinte e uma cadeiras (incluindo a pesquisadora e as duas moderadoras), permitindo que no centro fosse disposta uma mandala com materiais que remetiam às vivências, assim como um cartaz com informações sobre as versões de participação e profissões de quem ali se encontrava; duas cadeiras com pontos coletores de áudio; uma mesa auxiliar com notebook para gravação de imagens; uma mesa onde foram disponibilizados alimentos e bebidas.

Enquanto as pessoas iam chegando, foi-se construindo um clima de descontração e interação entre as mesmas. Durante este tempo foi entregue uma ficha/guia para apresentação, que posteriormente também serviu para registrar a avaliação do grupo focal, e o TCLE. Este foi lido coletivamente, explicitando-se a importância da assinatura nas duas vias.

Feito isto, a pesquisadora agradeceu a presença de todos e todas presentes, explicitando a importância da realização do grupo focal para a construção de evidências à

pesquisa, seguindo à oportunização de um momento místico, realizado através da exibição de um vídeo com fotografias das edições de VER-SUS realizadas no período de 2012 a 2016, ao som da música primavera nos dentes (1973), do grupo secos e molhados. Aos poucos a pesquisadora foi introduzindo comentários que remeteu à trajetória do VER-SUS no estado; trechos disparadores que posteriormente apareceram como tópicos de investigação “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde Pernambuco”, “O que são?”, “Para que contribuem?”; assim como citações de Paulo Freire.

Em seguida, explicou-se às pessoas como seria dada a condução do grupo focal, seguindo às sugestões sobre como poderiam ser norteadas as apresentações, mediante as informações disponibilizadas na ficha/guia, principalmente o nome (ou as iniciais); ano e edição em que participou do VER-SUS, ênfase do PRMS e ano de ingresso, sendo permitida também a inclusão do que achassem necessário para o momento. A pesquisadora também orientou a importância de avaliação do grupo focal quando de sua finalização, e seguiu pedindo que fosse adicionada à apresentação a explicitação do motivo de realização do VER-SUS (tópico norteador introdutório).

Cerca de quarenta minutos após o início do grupo focal, a mediadora 1 lançou o segundo tópico norteador ao grupo, de caráter provocador (tópico de transição), onde as pessoas, na maneira em que foram se sentindo instigadas e estimuladas, foram colocando como se deu a volta, como foi aterrissar de volta, quais foram os sentimentos, enfim, o que se deu no momento pós-VER-SUS. Chegando há quase uma hora e vinte de grupo focal, foi lançada outra provocação, principalmente às pessoas que ainda não haviam se colocado, sobre que potência foi essa, que carregou o sentimento de luta, por transformação da realidade a partir do VER-SUS (tópico chave). Passada uma hora e quarenta e cinco da realização do grupo focal, a mediadora 2 foi conduzindo ao momento de síntese e considerações, pedindo que fossem evidenciadas colocações específicas à inserção nas residências multiprofissionais e sua relação com o VER-SUS (tópico final).

Após a aplicação do roteiro (aproximadamente duas horas e quinze minutos de grupo focal), a mediadora 2 resumiu as principais impressões que emergiram da conversa e concedeu espaço para que as pessoas tecessem suas considerações, de modo a avaliar o momento. Também foram realizados agradecimentos, tanto pela pesquisadora e mediadoras, quanto pelo grupo presente.

5.3.2.1 *Diário de Campo*

É um caderno de anotações do pesquisador, utilizado para registro das reflexões geradas nas observações cotidianas acerca da pesquisa; impressões pessoais (que vão se modificando com o tempo); resultados de conversas informais; observações sobre os comportamentos dos interlocutores durante a entrevista (MINAYO, 2010). Foi utilizado um diário de campo, com vistas às anotações durante toda a construção da dissertação: os esquemas de estudo; cronograma; ideias; impressões pessoais; as conversas com terceiros acerca do estudo; assim como das impressões acerca do grupo focal no momento de sua realização.

5.3.3 *Técnicas de Análise*

As evidências provenientes do grupo focal foram transcritas pela pesquisadora e, a fim de que fosse garantida maior fidedignidade possível, realizou-se uma revisão da mesma, para então seguir à análise.

Realizou-se a Análise de Discurso (AD), uma análise materialista, também chamada de AD francesa, com surgimento datado da década de 60 na França, e organizada por Michel Pêcheux, estudioso responsável por articular os conceitos de língua, sujeito, ideologia e discurso (SOUZA, 2014).

Para Pêcheux (1997), a língua não é somente estrutura; é estrutura e acontecimento; é tudo o que é dito e permanece envolvido no dizer, no uso da linguagem. Percebe-se, portanto, que tal análise não se detém à linguagem verbal, mas à linguagem entendida como prática social, que envolve a linguagem do silêncio, das emoções, dos gestos expressados, dos significados e informações não verbalizadas.

“Não é tudo que é permitido dizer para qualquer momento e para qualquer pessoa.” Ou seja, enquanto sujeito do discurso não se pode dizer tudo na língua. O dizer é contingenciado, colocando o indivíduo em uma posição-sujeito, que se refere ao lugar (construído simbólico historicamente nas relações sociais) de onde se fala e se produz sentido (SOUZA, 2014, p. 11).

Considerar a língua enquanto prática social requer a compreensão do papel constitutivo de ideologia compreendido na AD. Nesta, Pêcheux se apropria do conceito althusseriano. Trata-se de uma releitura do conceito marxista clássico, que caracteriza a ideologia como sendo a relação imaginária que temos das coisas, transformada em práticas

guiadas por essa relação. “Não há sujeito sem linguagem e nem há linguagem sem ideologia. Portanto, não há sujeito sem ideologia” (SOUZA, 2014, p. 13).

Segundo Pêcheux (1996), o discurso é produzido no mundo com indivíduos e grupos em constante interação. Estes são constituídos pelos valores, princípios, diretrizes e crenças que aceitam, enquanto rejeitam outros, apresentando formulações comunicativas influenciadas permanentemente por discursos que estão postos na realidade.

“Portanto, para Pêcheux, discurso é a relação da língua com a ideologia, determinando o sujeito e os sentidos. Não há discurso isolado. Todo discurso está em relação a outros discursos” (SOUZA, 2014, p. 13).

Segundo Orlandi (2001, p. 11), a análise de discurso possibilita que os leitores se situem melhor e efetivamente no confronto com “a linguagem e, por ela, com o mundo, com os outros sujeitos, com os sentidos, com a história”. Pretende-se, por fim, apresentar a concepção de AD como aquilo que é essencialmente constituído por uma maneira própria de explicar a realidade, ou melhor, por uma posição ideológica.

As investigações que utilizam abordagem qualitativa produzem grandes quantidades de materiais que precisam ser bem organizados, a fim de se obter análise mais prazerosa, menos demorada e difícil. No presente estudo foram utilizados os procedimentos metodológicos propostos por Souza (2014) para a organização do processo. Segundo o autor, a análise possui dois momentos distintos e complementares: a análise em si e a escrita da análise.

5.3.3.1 A análise em si

Em linhas gerais, a análise em si envolve a circunscrição do conceito-análise e a escolha, interpretação e análise do corpus por meio de perguntas heurísticas.

A circunscrição do conceito-análise é a primeira etapa e corresponde ao objeto de análise, que pode ser a priori, quando é definido pelo interesse do analista; ou a posteriori, quando do surgimento durante o processo de análise (SOUZA, 2014).

Utilizou-se o conceito-análise a priori, visto que partiu do interesse da pesquisadora o estudo sobre a trajetória de egressos (as) do VER-SUS no estado de Pernambuco. Segundo Souza (2014), a partir desta definição, o analista deve se perguntar quem tem algo a dizer sobre o assunto, são os chamados enunciadoreis. Neste estudo, foram enunciadoreis os/as 18 participantes do grupo focal, diretamente envolvidos (as) com a temática em questão.

“O texto é o objeto teórico do discurso e é o texto que o analista manuseia. O texto ou os textos de análise compõem o corpus” (SOUZA, 2014, p. 21). O corpus, portanto, foi definido a partir do material gerado pela transcrição do grupo focal. Uma vez definido o corpus, iniciou-se o processo de descrição/interpretação dos textos. Inicialmente foi realizada uma leitura flutuante, onde foi possível identificar no corpus o que apareceu com recorrência, assim como foram sendo identificadas as primeiras hipóteses. Segundo Souza (2014), este é o momento em que o analista trava sua primeira relação de análise com o texto.

Após a leitura flutuante foi realizada uma leitura analítica. Nesta, voltou-se ao texto, utilizando-se uma adaptação do modelo de perguntas heurísticas propostas por Souza (2014). Estas auxiliaram a evidenciar os sentidos, a saber: a) a qual conceito-análise está relacionado o dizer de quem enuncia; b) qual sentido é estabelecido ao conceito-análise; c) este sentido respondeu a qual (is) objetivo (s) do estudo; d) em que discurso está localizado o sentido.

5.3.3.2 *A escrita da Análise*

Esta etapa consiste na estruturação do texto da análise e, segundo Souza (2014) é realizada seguindo os seguintes passos: 1) caracterização da análise; 2) explicitação do dispositivo teórico e do dispositivo analítico; 3) relato de análise: descrição e interpretação; 4) o retorno da análise; 5) referências, anexos e apêndices.

Para o autor, ao se escrever o relato de uma análise, deve-se explicar ao leitor ou leitora o cenário em que ela ocorreu, ou seja, a contextualização do tema em que estão inseridos os conceitos-análise; as condições de produção; o ponto de inquérito do analista; a descrição do corpus analisado. A caracterização da análise por meio desses caminhos permite que seja compreendida a análise abordada pelo analista e o que compõe a materialidade textual utilizada nela (SOUZA, 2014).

Para Souza (2014), é através da contextualização do tema que se deve explicar o ponto de vista do (a) analista em relação ao tema. Considerou-se que a escolha dos autores e autoras utilizadas nas citações; a maneira como foi construída a narrativa e o tipo de escrita sejam capazes de explicar o ponto de vista da analista desta pesquisa. Portanto, seu cenário ocorreu com base na contextualização temática realizada na seção do marco referencial.

As condições de produção seguiram um caminho lento e progressivo, passando pelas aproximações com a temática referida; pelas construções e desconstruções realizadas através da disciplina de Seminários de Pesquisa, do Programa de Pós-Graduação, Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Aggeu Magalhães/Fiocruz – PE; pela preparação do

material para apresentação na Jornada Científica de Pós-Graduação do referido Programa; como das aproximações teóricas mais relacionadas à metodologia qualitativa, principalmente no que tange à análise de discurso, exercício realizado pela primeira vez aqui, assim como da troca com pares que também lançavam mão desta análise materialista em suas pesquisas. Pontos distintos, distantes um do outro, onde muita coisa aconteceu e permeou o “acontecimento” deste escrito, desta dissertação.

Por sua vez, o ponto de inquérito, ou seja, as questões que inquietaram a analista a partir para este trabalho de análise, foram construídas desde sua implicação com o tema, e versou em torno do questionamento sobre “como o Projeto VER-SUS realizado em Pernambuco no período de 2012 a 2016 orientou a formação acadêmica/profissional de seus egressos e egressas”.

Segundo Souza (2014), os passos acima permitem que os leitores (as) compreendam o que a análise aborda e o que compõe a materialidade textual utilizada nela. O último passo para da caracterização da análise é a descrição do corpus analisado. Este consta na subseção 6.3.2 dos resultados e discussão.

A segunda etapa da escrita da análise é explicitação do dispositivo teórico. Sua escrita neste momento do texto possibilitou o enegrecimento do conceito de *batimento* definido por Pêcheux (1997), definido pelo movimento circular entre descrição-interpretação-ampliação do corpus, levando à construção em espiral da análise. Segundo Souza (2014), tal explicitação é destinada a informar os pressupostos teóricos que fundamentam o trabalho de análise, com uma breve explicação sobre o que significa a AD e os seus pressupostos, e esta foi construída anteriormente, encontrando-se na subseção *técnicas de análise*.

Por sua vez, “o dispositivo analítico funciona como um dispositivo teórico já “individualizado” pelo analista para um trabalho específico, com um objeto/recorte já delimitado. O dispositivo teórico é sempre o mesmo, mas o analítico não é” (SOUZA, 2014, p. 38). “O que define a forma do dispositivo analítico é a questão posta pelo analista, a natureza do material que analisa e a finalidade da análise (ORLANDI, 2001, p. 27).

Dos tópicos norteadores utilizados para a condução do grupo focal surgiram dois conceitos-análise: motivação em participar do VER-SUS e contribuição do VER-SUS. O terceiro conceito-análise utilizado surgiu no momento da análise em si: percepção sobre o VER-SUS.

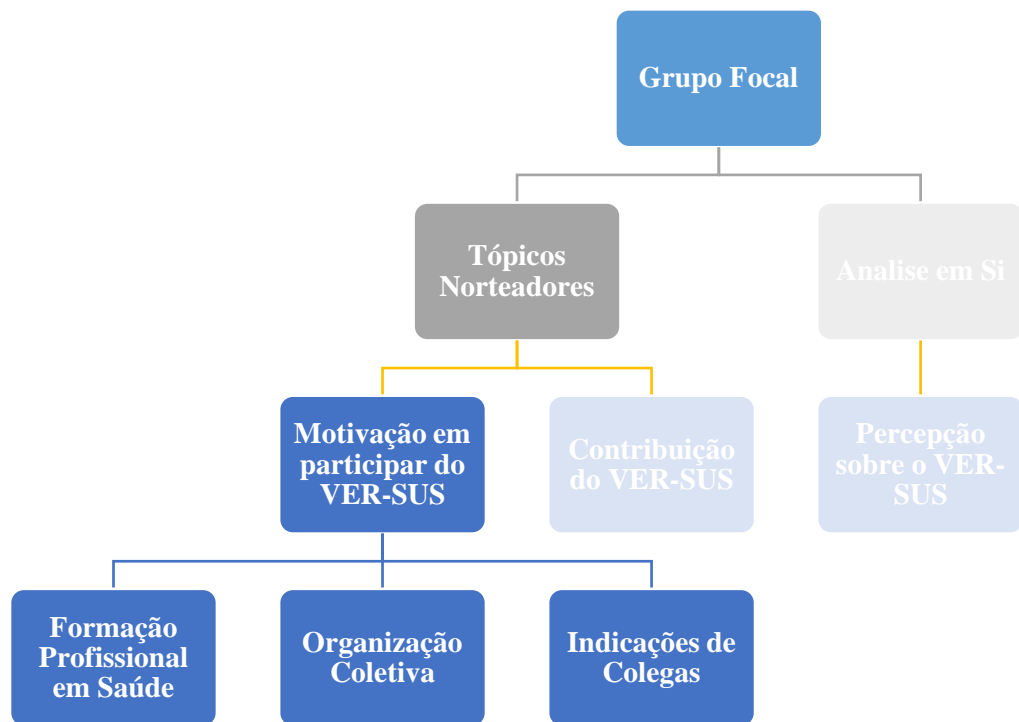
No relato da análise foram organizadas as marcas (exemplos retirados do texto) e as propriedades às quais elas apontaram, a fim de disponibilizar organizadamente aos leitores (as) a interpretação da análise. Segundo Souza (2014), finalizada a análise, o analista passa a

se referir ao discurso, expondo o funcionamento do discurso identificado na materialidade do texto por meio das marcas, não bastando apenas a informação sobre qual discurso está representado. O relato também se encontra na subseção 6.3.2 dos resultados e discussão.

Foram atribuídos sentidos às marcas dos discursos do grupo de participantes. Optou-se por considerar que não necessariamente seria atingida saturação discursiva em todos os conceitos-análise, sendo os sentidos trabalhados de forma a expressar com fidedignidade a produção de evidências gerada a partir do encontro no grupo focal. Para isso, em cada conceito-análise, agruparam-se os sentidos que se aproximavam em termos temáticos.

No conceito-análise “motivação em participar do VER-SUS” surgiram variados sentidos, estes foram agrupados em três blocos principais: formação profissional em saúde; organização coletiva; indicações de colegas. A figura abaixo procura resumir, de forma esquemática, como se deu a organização deste conceito-análise.

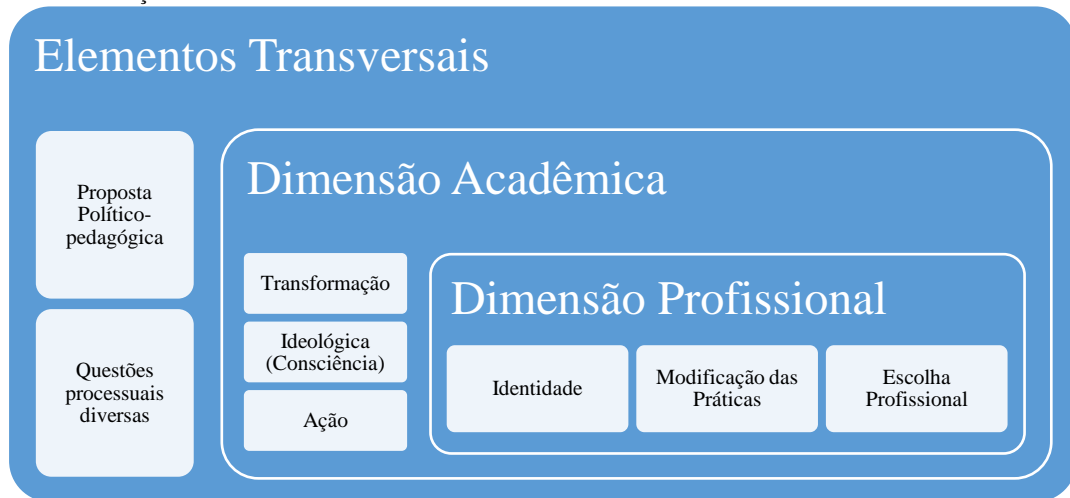
Figura 3 - Modelo esquemático de como se deu a organização dos sentidos no conceito-análise "motivação em participar do VER-SUS".



Fonte: Elaboração Própria, 2018.

O mesmo aconteceu com o conceito-análise “contribuição do VER-SUS”, foram diversos os sentidos atribuídos às marcas dos discursos. Estes também foram agrupados, gerando duas dimensões, uma de cunho acadêmico e outra de cunho profissional. Ambas estiveram permeadas por elementos que as transversalizaram. A figura abaixo procura esquematizar.

Figura 4 - Modelo esquemático de como se deu a organização dos sentidos no conceito-análise "contribuição do VER-SUS".



Fonte: Elaboração Própria, 2018.

Agruparam-se em torno do conceito-análise “percepção sobre o VER-SUS”, as práticas discursivas que apresentaram marcas como o VER-SUS é...; acho que o VER-SUS tem...; para mim o VER-SUS foi...; o projeto do VER-SUS traz...; a visão que eu tenho do VER-SUS. Estas surgiram principalmente no momento em que o grupo focal foi instigado a tecer suas sínteses e considerações sobre o momento.

“Todo texto vem do social e a ele deve voltar” (SOUZA, 2014, p. 39). O retorno da análise é o momento em que, a partir da análise da linguagem, deve ser comparada a visão do fato social do analista e a visão padrão presente no imaginário social. Souza (2014) evidencia ainda que também podem ser apresentadas questões que surgiram no decorrer da análise e que precisam de maior aprofundamento. Tal retorno foi realizado nas considerações finais. As referências e apêndices estão apresentados em seções específicas para estes fins.

5.4 Dos Aspectos Éticos

Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos de forma direta ou indireta devem ser submetidos a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 510/16 e suas complementares. Sob a ótica dos indivíduos e das coletividades, a resolução incorpora referenciais da bioética: autonomia; não maleficência; justiça e equidade, visando assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

Dentre as exigências da resolução está a obrigatoriedade de que os/as participantes sejam esclarecidos (as) sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios. Dessa maneira, encontra-se no APÊNDICE B o TCLE, que foi

assinado pelos (as) participantes em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em sua posse.

A presente pesquisa foi submetida ao CEP do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e aprovada, e dispõe de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº: 51079215.7.0000.5190.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontram-se nesta seção os dados relevantes obtidos e sintetizados durante o período estudado, a fim de revelar o que foi encontrado na pesquisa.

6.1 Caracterização do perfil de egressos (as) das edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco no período de 2012 a 2016

Um mil duzentos e quarenta e dois (1.242) participantes, majoritariamente mulheres, das cinco regiões geográficas do país participaram das 27 vivências realizadas. O quadrilátero de formação para a área da saúde esteve representado, mas a tônica das experiências foi conduzida pelo protagonismo estudantil, ancorado ao controle social. Os/as estudantes de graduação representaram diversas instituições de ensino superior, sendo as de natureza pública as que representaram maior envolvimento. Estes (as) eram, em sua maioria, estudantes da área da saúde, principalmente dos cursos de enfermagem, psicologia, serviço social, medicina, nutrição e educação física. Estas e outras informações, disponíveis detalhadamente nas próximas seções, compõem o perfil de egressos (as) das edições do VER-SUS ocorridas em Pernambuco no período de 2012 a 2016.

6.1.1 Caracterização quanto à localização geográfica e gerencial das vivências

O VER-SUS é uma política pública que atua na disputa de corações e mentes para a defesa do SUS (MARANHÃO, 2015). O pressuposto da autora se manteve presente nas 10 edições⁶ realizadas em Pernambuco no período de 2012 a 2016. Ao todo, foram vinte e sete vivências⁷, organizadas por quatro⁸ comissões organizadoras (C.O) situadas em municípios

⁶Corresponde ao semestre de realização da vivência. Uma C.O pode organizar duas edições de VER-SUS ao ano, no período de férias das instituições de ensino superior. A vivência que ocorre no primeiro semestre é denominada edição de verão ou “ano.1” (ex.: 2013.1). Já a que ocorre no segundo semestre é denominada edição de inverno ou “ano.2” (ex.: 2013.2) (FERREIRA, 2016, p. 126).

⁷Aprendizagem (KASTRUP, 2001) adquirida a partir da exposição a determinadas situações e realidades. Nomenclatura utilizada para diferenciar o formato de ensino-aprendizagem com princípios bancários (FREIRE, 2011). A tradicional transmissão de conhecimentos do processo de capacitação é substituída no VER-SUS por um processo de aprendizagem significativa e participante de maneira horizontal na construção dos saberes. Portanto, a vivência em si foge do clássico modelo escolar de capacitação, tendo base na formação de vínculos e sensibilização ao tema pelo próprio caminho da vivência, o qual montará a proposta problematizadora (FERLA et al., 2013). Segundo Ferla (2007, p. 333), nas experiências vivenciais, há o desenvolvimento de sensibilidade “para se deixar transformar por conhecimentos, pelas culturas, pelas forças e por outras formas de alteridade”.

distintos: a C.O da Região Metropolitana do Recife (RMR); a C.O do Vale do São Francisco em Petrolina; a C.O Saúde do Campo em Caruaru, e a C.O egressos (as) do VER-SUS em Vitória de Santo Antão. No período citado, tais comissões organizaram, respectivamente, dezessete, cinco, duas e três vivências (Quadro 2).

Em termos geográficos, no decorrer das vivências ocorridas, houve o envolvimento de dezenove municípios pernambucanos e três municípios pertencentes ao estado da Bahia⁹, sediando a vivência e/ou recebendo o grupo de participantes em sua rede instalada de saúde (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição das vivências realizadas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às comissões organizadoras e municípios (continua)

Edição	Comissão Organizadora	Município(s) Envolvido(s)
2012.1	PE RMR (1 vivência)	Recife
2012.2	PE RMR (2 vivências)	Recife
		Vitória de Santo Antão
2013.1	PE RMR (3 vivências)	Goiana
		Recife
		Limoeiro
	Vale do São Francisco (1 vivência)	Petrolina e Juazeiro (BA) *
2013.2	PE RMR (1 vivência)	Paulista
2014.1	PE RMR (4 vivências)	Serra Talhada
		Caruaru
		Vitória de Santo Antão
		Recife
	Vale do São Francisco (1 vivência)	Petrolina e Juazeiro (BA)*
2014.2	PE RMR (2 vivências)	Caruaru
		Goiana
2015.1	PE RMR (1 vivência)	Serra Talhada, Calumbi*, Flores*, São José do Belmonte*, Triunfo*
		Carnaubeira da Penha*
		Vale do São Francisco (1 vivência)
2015.2	PE RMR (1 vivência)	Recife, Camaragibe* e Cabo de Santo Agostinho*
		Campo (1 vivência)
2016.1	PE RMR (1 seminário)	Recife
		Bezerros
		Vitória de Santo Antão
		Recife
2016.1	Egressos (as) do VER-SUS (3 Vivências)	Recife
		Bezerros
		Vitória de Santo Antão

⁸ Qualquer grupo que se interesse em construir o VER-SUS pode formar uma Comissão Organizadora. Basta redigir um Projeto seguindo modelo proposto pela Rede Unida, explicitando a proposta da vivência, e submetê-lo à apreciação no período aberto à submissão de Projetos. Caso seja aprovado, a Comissão dará continuidade à organização e realização da vivência. Ressalta-se que quanto mais diversificada seja a composição da mesma, com representantes dos pilares do quadrilátero da formação em saúde, mais rica a construção, mas se enfatiza, porém, a importância do protagonismo de estudantes de graduação no processo (FERREIRA, 2016, p. 47-48).

⁹ O registro de municípios baianos nas vivências de Pernambuco se dá devido à relação com o grupo organizador das vivências, a C.O do Vale do São Francisco. A Rede de Atenção à Saúde da região do Vale do São Francisco é denominada Rede Pernambuco/Bahia (PEBA). Segundo Pierro (2011), também conhecida como Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, a Rede PEBA é constituída por 55 municípios de Pernambuco e da Bahia e foi a primeira Rede interestadual do Brasil.

Quadro 2 - Distribuição das vivências realizadas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às comissões organizadoras e municípios (conclusão)

Edição	Comissão Organizadora	Município(s) Envolvido(s)
2016.1	Vale do São Francisco (1 vivência)	Petrolina*, Lagoa Grande*, Juazeiro (BA), e Senhor do Bonfim (BA)*
2016.2	PE RMR (1 Vivência)	Moreno e Jaboatão dos Guararapes*
	Vale do São Francisco (1 vivência)	Juazeiro (BA) e Sento Sé (BA)*
	Campo (1 vivência)	Caruaru

Nota: Os municípios marcados com (*) não sediaram vivência, mas estão relacionados por terem recebido o grupo de participantes em sua rede instalada de saúde.

Fonte: Elaboração Própria, 2017.

Os municípios envolvidos estiveram distribuídos nas cinco mesorregiões¹⁰ pernambucanas. Em número, a mesorregião metropolitana do Recife foi contemplada com a maior quantidade de municípios envolvidos com as vivências: Recife, Paulista e Moreno sediando vivências em anos distintos; e Camaragibe, Cabo de Santo Agostinho e Jaboatão dos Guararapes, recebendo os grupos de participantes em sua rede instalada de saúde (Figura 5).

O sertão pernambucano esteve representado pelos municípios de Serra Talhada, Calumbi, Flores, São José do Belmonte e Trinco, sendo Serra Talhada o município que sediou vivência em duas edições. Os demais receberam o grupo de participantes em sua rede instalada de saúde, na edição de 2015.1, quando aconteceu a primeira vivência com a lógica da regionalização em Pernambuco (Figura 5).

Na mesorregião do São Francisco foram envolvidos os municípios de Carnaubeira da Penha, Lagoa Grande e Petrolina, sendo este último sede de algumas vivências realizadas pela Comissão do Vale. As mesorregiões do Agreste e da Zona da Mata Pernambucana envolveram os municípios de Limoeiro, Caruaru e Bezerros; Vitória de Santo Antão e Goiana, respectivamente, todos sendo sede de vivência em alguma edição realizada (Figura 5).

¹⁰ Mesorregião é a subdivisão dos estados do Brasil que reúne municípios de determinada área geográfica, que apresentam similaridades econômicas e sociais. Pernambuco é subdividido em cinco mesorregiões: São Francisco, Sertão, Zona da Mata, Agreste e Metropolitana do Recife. Estas, por sua vez, são subdivididas em microrregiões (IBGE, 1992).

Figura 5 - Distribuição dos municípios envolvidos nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às mesorregiões



Fonte: Elaboração própria, 2017.

A mesorregião metropolitana do Recife sediou 1/3 das vivências realizadas no período de 2012 a 2016. Apesar disso, o envolvimento das demais mesorregiões indica que houve descentralização das vivências para municípios interioranos, o que evidencia o disposto por Ferla et al. (2013, p. 8):

Pretende-se que, a partir desta retomada do projeto em nível nacional que possam ser organizadas vivências em territórios considerados prioritários pelas políticas de saúde, bem como em territórios de fronteiras, com o intuito de aproximarmos os futuros profissionais e trabalhadores das diferentes formas de organização do sistema de saúde bem como dinâmicas sociais diferentes.

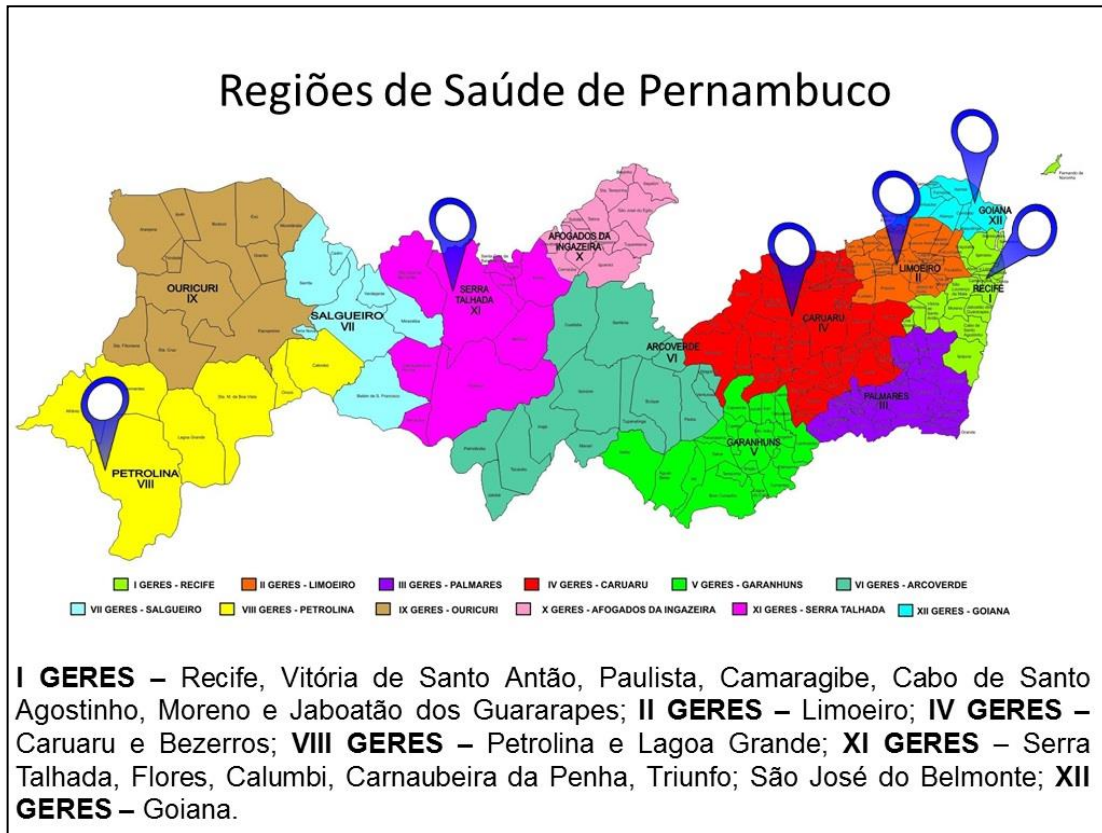
Seguidas da mesorregião metropolitana, estiveram envolvidas, em ordem de envolvimento, as mesorregiões do Agreste, Zona da Mata, São Francisco e Sertão.

Seguindo a lógica de organização dos municípios em regiões de saúde¹¹, estiveram envolvidas seis diferentes Gerências Regionais de Saúde (GERES)¹² com a realização das vivências: I, II, IV, VIII, XI, XII GERES (Figura 6). Ressalta-se, porém, que apenas uma edição ocorreu de maneira regionalizada, a edição de 2015.1 que, por sua vez, envolveu a XI GERES.

¹¹ Compreende-se por Regiões de Saúde o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011).

¹² As GERES têm a finalidade de garantir a gestão do sistema estadual de saúde nas regiões do estado. Os 184 municípios pernambucanos são divididos em doze GERES (PERNAMBUCO, 2016).

Figura 6 - Distribuição dos municípios envolvidos nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às regiões de saúde



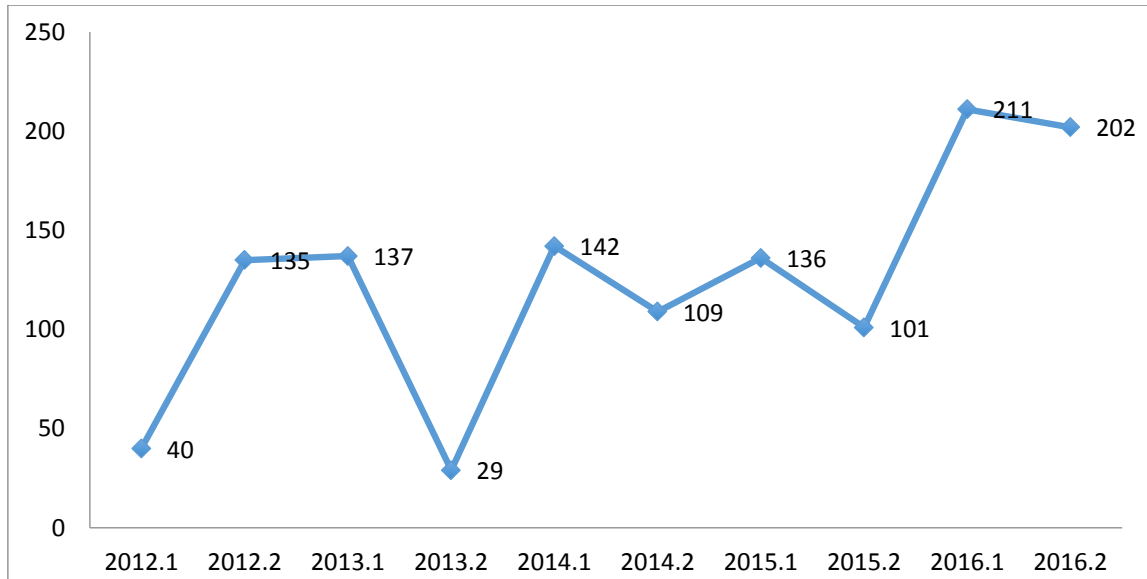
Fonte: Elaboração própria, 2017.

6.1.2 Caracterização de Participantes

No período de 2012 a 2016, a realização das vivências registrou o total de 1.242 participantes, distribuídos (as) em diversas modalidades: viventes, facilitadores (as), colaboradores (as), apoio pedagógico e comissão organizadora.

Excetuando-se a edição piloto (2012.1), a edição de 2013.2 foi a que registrou o menor número de participantes. Já as edições realizadas no ano de 2016 registraram o maior número de participantes; em cada edição, três diferentes comissões organizaram vivências, como exposto no quadro 2 anteriormente. Infere-se ainda que, a realização de vivências em diversas edições consecutivamente, além da mobilização estudantil realizada pelos egressos e egressas em suas respectivas instituições de ensino, instiga a participação de mais estudantes no VER-SUS, o que também evidencia o número de participantes no ano de 2016 (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016



Fonte: Elaboração própria, 2017.

6.1.2.1 Caracterização de participantes quanto ao estado de residência

No total, incluindo Pernambuco, dezessete estados brasileiros, das cinco regiões geográficas do país, estiveram representados através de participantes das vivências ocorridas no estado (Figura 7).

Figura 7 - Estados representados por participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016

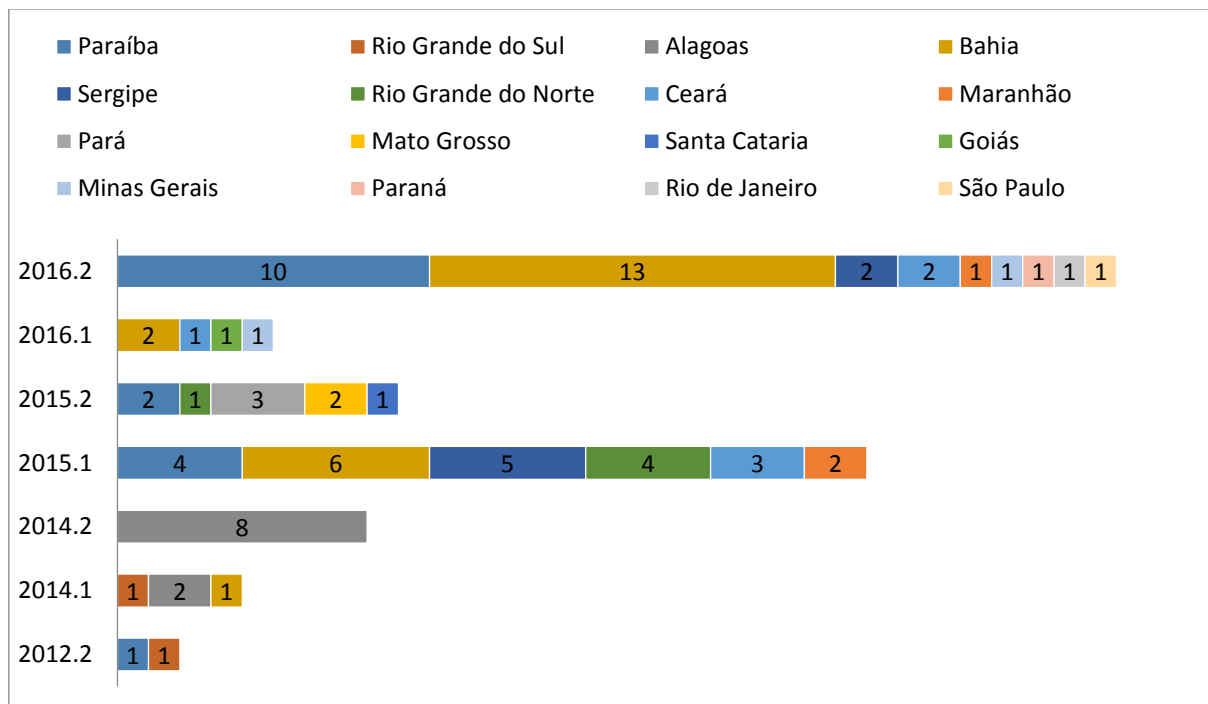


Fonte: Elaboração própria, 2017.

Pode-se observar predominância de participantes pertencentes aos estados da região nordeste, iniciando-se timidamente com a participação de uma paraibana na edição de 2012.2, de alagoanos (as) nas edições de 2014, e se ampliando na edição de 2015.1, quando Bahia, Sergipe, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará e Maranhão estiveram representados nas vivências. Sabe-se que, em vistas da importância de difusão do Projeto nesta região, uma das comissões organizadoras priorizou a seleção de participantes residentes nos estados pertencentes à mesma, o que explica tal predominância.

A edição de 2016.2 foi a que registrou a maior diversidade de estados brasileiros que participaram das vivências em Pernambuco, sendo eles: Bahia, Sergipe, Paraíba, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo. Entre eles, os estados da Bahia e da Paraíba foram os que registraram participação na maior quantidade de edições (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição de participantes do VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto aos estados de residência



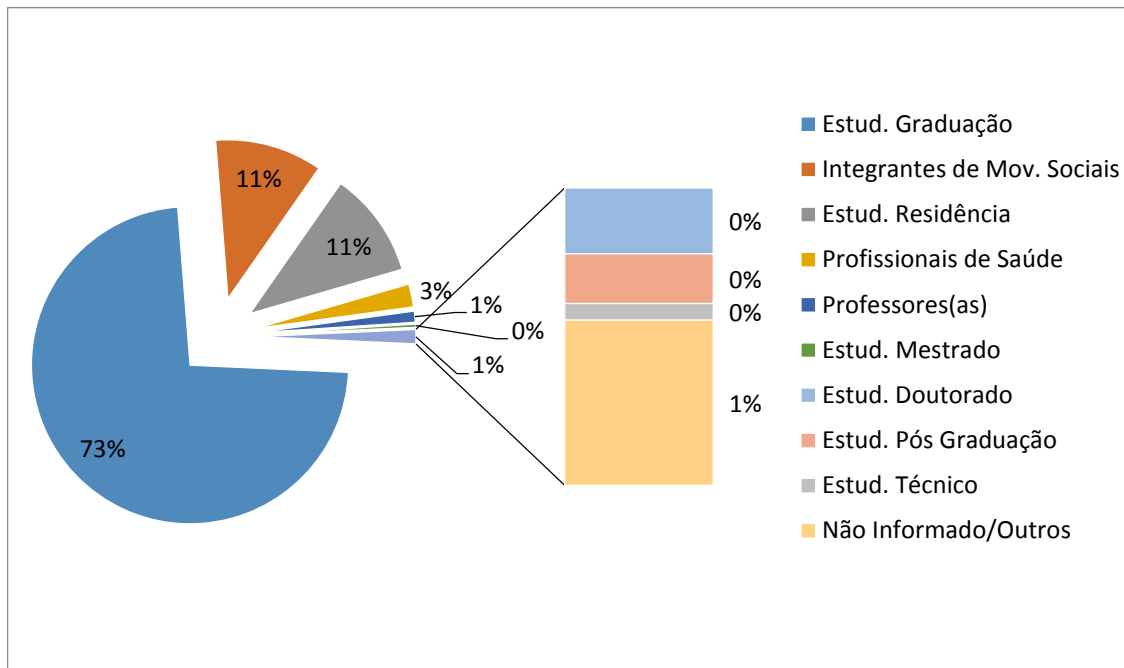
Nota: O número de participantes pernambucanos (as) foi predominante em todas as edições. Optou-se por registrar os demais estados no gráfico, a fim de permitir melhor visualização.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

6.1.2.2 Caracterização de Participantes quanto à Categoria

O gráfico 3 ilustra o perfil de participantes quanto à categoria. Pode-se observar o protagonismo da categoria estudantes de graduação (73%), assim como a participação expressiva de duas outras categorias, estudantes de residência (11%) e integrantes de movimentos sociais (11%).

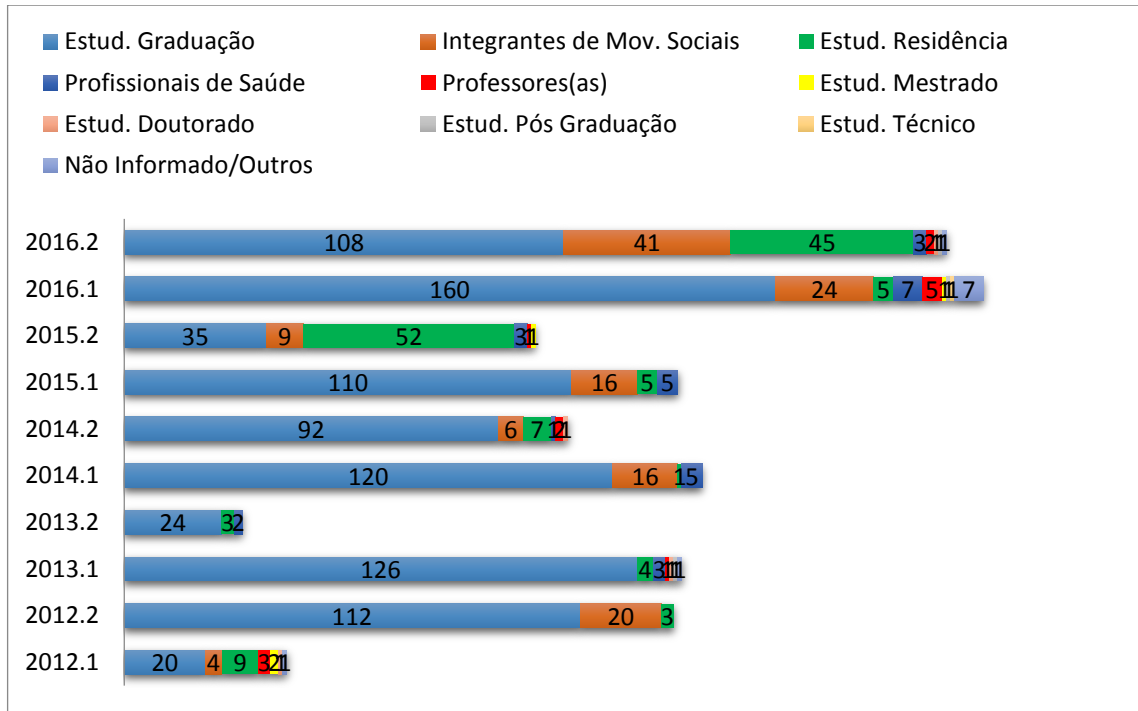
Gráfico 3 - Distribuição de participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto à categoria de participação



Fonte: Elaboração própria, 2017.

A categoria “estudantes de graduação” representou o maior número de participantes em todas as edições, excetuando-se a edição de 2015.2. Nesta, assim como na edição de 2016.2, aconteceu uma vivência organizada pela C.O do VER-SUS Saúde do Campo, destinada exclusivamente a residentes, o que explica a participação expressiva da categoria estudantes de residência, embora esta categoria tenha registrado participação em todas as edições. Excetuando-se o ano de 2013, a categoria integrantes de movimentos sociais registrou participação em todos os anos, sendo as edições de 2016.1 e 2016.2 as que mais receberam participantes de tal categoria (Gráfico 4).

Gráfico 4- Distribuição de participantes do VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto à categoria de participação



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Observa-se a presença do quadrilátero de formação para a área da saúde quando se evidencia a participação de estudantes de graduação, residência, pós-graduação e curso técnico; docentes; gestores (as) e profissionais de saúde; integrantes de movimentos sociais; usuários (as). Ou seja, o envolvimento das instituições formadoras, dos serviços de saúde, do movimento estudantil, dos movimentos sociais e de componentes de cada segmento.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 41), o quadrilátero “serve à construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social”. O compartilhamento do espaço de vivência com essa diversidade de atores permite ampliar a potencialidade da construção e organização de um tipo de educação responsável por processos de modificação da realidade, através da pactuação entre os setores e incentivo de protagonismos.

No cenário do VER-SUS/Brasil, o protagonismo da categoria “estudantes de graduação” pode se evidenciar desde as formulações de seu surgimento:

discutir e objetivar uma formação de qualidade para o SUS, capacitar profissionais de saúde, estimular a mudança curricular na graduação e especialização dos cursos da área da saúde, bem como a educação popular em saúde, utilizando práticas inovadoras de educação na área da saúde (BRASIL, 2004 apud CANÔNICO; BRETAS, 2008, p. 257).

Este fato também foi evidenciado por Maranhão (2015, p. 184) que, ao estudar a atividade de facilitação no VER-SUS Brasil em sua primeira experiência nacional de 2004, concluiu que “a função-facilitador (a) foi marca de protagonismo estudantil na construção de práticas formativas”.

6.1.2.2.1 Caracterização dos (as) estudantes de graduação

Os/as 907 estudantes de graduação participantes estiveram distribuídos (as) em trinta e quatro cursos, de diferentes áreas do conhecimento, como: ciências da saúde, ciências humanas, ciências sociais aplicadas, ciências exatas, ciências agrárias, ciências biológicas e ciências das artes (quadro 3).

Quadro 3 - Relação dos cursos de graduação envolvidos nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, segundo área do conhecimento

Área do Conhecimento	Curso
Ciências Agrárias*	Agronomia.
Ciências Biológicas*	Ecologia.
Ciências Exatas*	Engenharia civil e engenharia da computação.
Ciências Humanas*	Ciências sociais, história, pedagogia, secretariado, sociologia e geografia.
Ciências Linguística, Letras e Artes*	Artes Visuais.
Ciências Sociais Aplicadas*	Arquitetura e urbanismo, direito, turismo e jornalismo.
Ciências da Saúde**	Biologia (bacharelado), biomedicina, ciências biológicas (licenciatura), ciências farmacêuticas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, gestão hospitalar, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional, saúde coletiva, serviço social e interdisciplinar na saúde.

Fonte: Elaboração Própria, 2017.

Nota: *A classificação dos cursos nas respectivas áreas de conhecimento levou em consideração a Tabela de Áreas do Conhecimento da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Destaca-se que o parâmetro utilizado para a classificação dos cursos de ciências sociais, pedagogia e secretariado se amparou nas definições adotadas por artigos científicos e determinadas IES.

Nota: **Foi utilizado como parâmetro de configuração da área de conhecimento das ciências da saúde a Resolução nº 287/98, do Conselho Nacional de Saúde, que define 14 categorias profissionais de nível superior para fins de atuação no Conselho. Destaque para os cursos de ciências farmacêuticas, gestão hospitalar, interdisciplinar em saúde e saúde coletiva, que embora não componham o grupo de profissões definidos pela Resolução, possuem ementas (definidas por suas respectivas IES) que destacam sua atuação profissional na área da saúde. Ainda, o curso de saúde coletiva é considerado ocupação e possui registro na tabela de Classificação Brasileira de Ocupações, sob o nº 203320.

Em 2003, quando incorporado politicamente na agenda do governo federal, o VER-SUS/Brasil teve em vista a aproximação de universitários (as) das diversas áreas do conhecimento ao cotidiano do SUS, destacando a interdisciplinaridade pretendida em sua

realização, que vai de encontro ao caráter disciplinar, dividido “em caixinhas” do ensino tradicional de educação ainda utilizado na academia. Para Azevedo e Pelicioni (2012, p. 294), “a prática interdisciplinar não exige o conhecimento específico de outras áreas, mas pressupõe a busca de interfaces comuns entre as diversas áreas e a coexistência entre diversos saberes e especialistas”.

Para Villas-Bôas (2012, p. 90), “o final do século XX e o início do século atual têm sido marcados por uma intensa interação de conhecimentos”. Estudos revelam, portanto, a interface da saúde com diversas áreas do conhecimento. Segundo Canesqui (2011), quando as disciplinas tradicionais de saúde passam a abarcar a totalidade do fenômeno da vida; a situação de adoecimento e sofrimento humanos por meio da biologia, química e física, limites intrínsecos às mesmas começam a se apresentar. O autor afirma que tal constatação reverbera a necessidade de que o campo das ciências da saúde trabalhe em consonância com as ciências sociais e humanas.

O estudo de Oliveira (2009) considera que direito e saúde são afluentes da humanidade em seu caminhar histórico e sua trajetória no mundo é reflexo do direito ou sua ausência, assim como do seu estado de saúde ou sua ausência. Segundo o autor, considerar direito e saúde enquanto um campo articulado de construção de conhecimentos comuns é superar a sobreposição de ciências que, aparentemente, percorrem caminhos próprios. Coloca-se a importância de considerar as especificidades de ambos os caminhos, buscando a partir das reflexões realizadas interdisciplinarmente, aproximações imponentes que possibilitem a criação de uma relação simbiótica capaz de responder fatos; apresentar novidades na vida concreta; construir objetos que expressem a vivência humana no cotidiano. A arquitetura, por sua vez, assistindo a emergência da promoção da saúde, assume como critério os resultados de saúde e qualidade de vida, direcionando o foco ao usuário e à humanização do atendimento (SANTOS et al., 2016). Estes dois cursos representam a interface entre as áreas da saúde e das ciências sociais aplicadas.

Consciente do quadro de saúde apresentado no Brasil, que apresenta demandas de país pobre e predominância de endemias como dengue e malária, profissionais de formação interdisciplinar, com atuação que garanta a interface entre a saúde e as ciências exatas passa a ser cada vez mais necessário. Após a Segunda Guerra Mundial, a ampliação da medicina se deu a partir da aplicação dos conceitos da engenharia, revolucionando as práticas de cura. Um hospital, por mais simples que seja, apresenta em si enorme tecnologia, demonstrando a intensa conexão entre essas duas grandes áreas (RODRIGUES; GOMES; REIS, 2015).

Quanto mais tecnologia se incorpora aos diagnósticos e tratamentos médicos, mais aumenta a expectativa de vida das pessoas. Quanto mais crescem os agravos de saúde relacionados ao envelhecimento, mais aumenta a demanda de novas tecnologias. São desafios múltiplos e complexos que, cada vez mais, exigirão profissionais de tecnologia (RODRIGUES; GOMES; REIS, 2015).

A organização e luta de pessoas com deficiência por direitos às mesmas oportunidades sociais que os demais cidadãos, assim como a luta pela desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos foram movimentos ocorridos na década de 80 que passaram a fortalecer ações interdisciplinares, produzindo novos sentidos na terapia ocupacional. Dispararam, também, a necessidade de produção técnica e científica voltada a essas populações, levando à construção de propostas que buscassem garantir e assegurar oportunidades de utilização de seus potenciais intelectuais, artísticos e criativos, além do acesso a eventos e serviços culturais (NAÇÕES UNIDAS, 1996; NICÁCIO, 1994).

Nas intervenções de terapia ocupacional que se constituem na interface Arte-Saúde, a influência de novas noções de reabilitação baseadas em ações no território que carregam em si o sentido de construir direitos ditos substanciais (habitacionais, materiais, produtivos, afetivos, relacionais, culturais) das pessoas envolvidas na relação de cuidado e o sentido de pesquisar as transformações ocorridas nas dinâmicas sociais, econômicas e culturais de populações em situação de vulnerabilidade e risco social (CASTRO, 2001; CASTRO et al., 2003 apud LIMA et al., 2009; SARACENO, 1999).

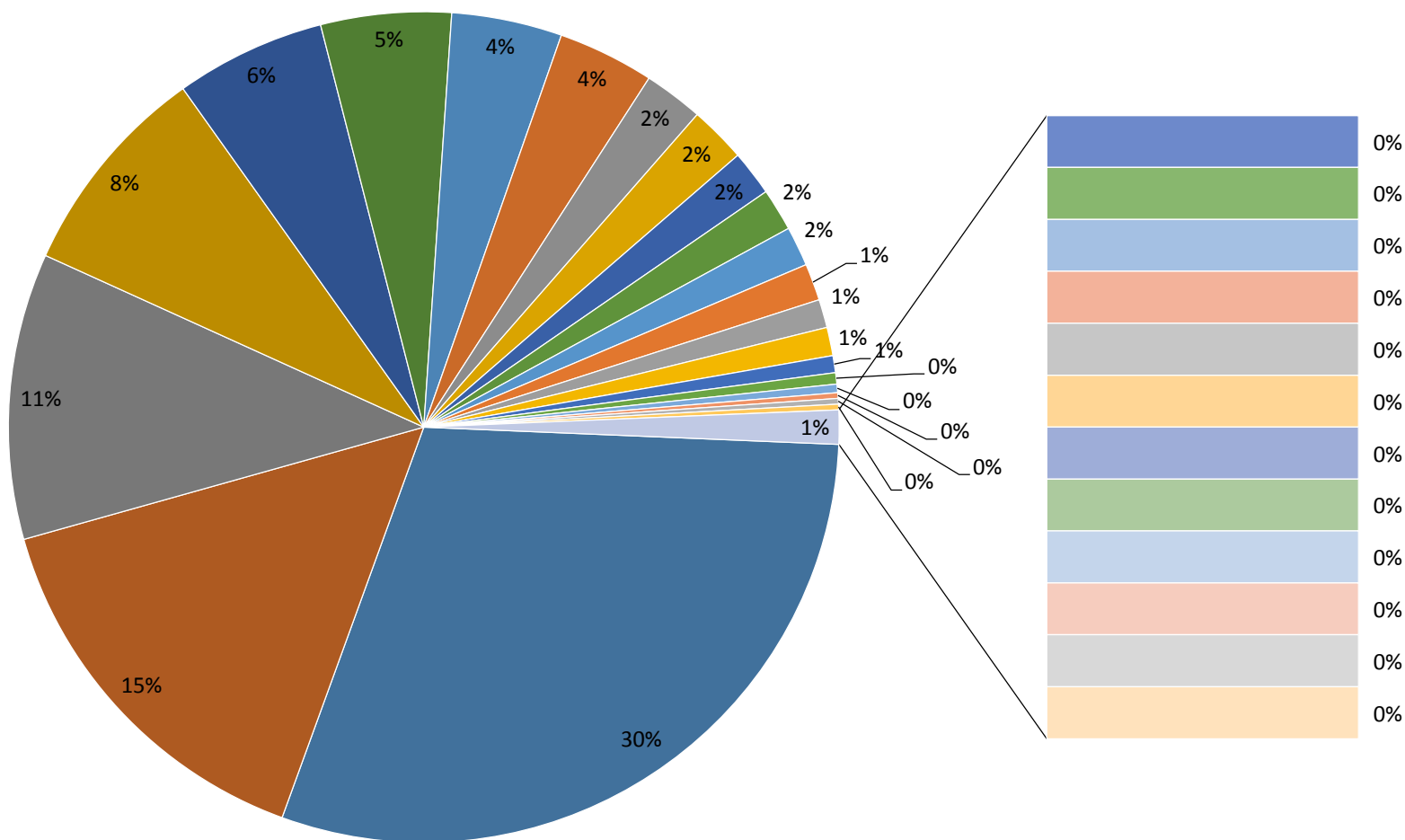
Ao se debruçar sobre a interface saúde e agrárias, observa-se que tem sido uma temática ainda pouco debatida. Azevedo e Pelicioni (2012) afirmam a complementariedade existente entre a agroecologia e a promoção da saúde, cuja aproximação poderá potencializar discussões em torno da saúde rural e novas concepções de políticas públicas, estimulando novas práticas intersetoriais. Segundo Azevedo e Pelicioni (2012), inserir a agroecologia em cursos da área da saúde sob as premissas da promoção da saúde pode se tornar uma importante estratégia de superação da hegemonia do modelo biomédico ainda prevalente. “Na agronomia, essa interseção poderá conscientizar o agrônomo de seu papel de promotor da saúde em diferentes níveis”.

Segundo Albuquerque e Giffin (2008, p. 273), a formação profissional em saúde precisa considerar profundamente o debate sobre a temática ambiental. Para as autoras, muitos aspectos precisam ser considerados, “como a revisão da Agenda 21, debates sobre risco no campo da saúde e no campo ambiental, além das interações entre os processos produtivos, o consumo, as inovações tecnológicas e a degradação da saúde e do ambiente”.

Deve se estimular a inserção da discussão dos conceitos ecológicos na formação do profissional da saúde tanto com a inclusão de uma disciplina sobre ecologia – no caso dos currículos de estrutura disciplinar –, como por meio da transversalidade do tema ambiente e saúde, permitindo criar um vínculo mais claro e objetivo [...]. Dessa forma, a atuação durante o processo de formação desses novos profissionais ocorrerá de maneira mais integrada e atualizada, permitindo que eles possam perceber a aplicação contextualizada dos conteúdos teóricos da área de saúde no ambiente “real” (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2009, p. 274).

A área das ciências da saúde, esta que é capaz de se relacionar interdisciplinarmente com tantas outras áreas do conhecimento representou, em todas as edições, a participação do maior número de cursos de graduação. Dos 34 cursos envolvidos, 19 são desta área do conhecimento, entre eles, 6 foram os que representaram maior participação estudantil: enfermagem (30%), psicologia (15%), medicina (11%), serviço social (8%), nutrição (6%) e educação física (5%), conforme representado no gráfico 5.

- Enfermagem
- Educação Física
- Biomedicina
- Medicina Veterinária
- História
- Ecologia
- Interdisciplinar em Saúde
- Psicologia
- Farmácia
- Fonoaudiologia
- Ciências Sociais
- Sociologia
- Engenharia Civil
- Jornalismo
- Medicina
- Fisioterapia
- Ciências Farmacêuticas
- Direito
- Turismo
- Engenharia da Computação
- Pedagogia
- Serviço Social
- Saúde Coletiva
- Terapia Ocupacional
- Arquitetura e Urbanismo
- Agronomia
- Geografia
- Secretariado
- Nutrição
- Odontologia
- Ciências Biológicas
- Biologia (Bacharelado)
- Artes Visuais
- Gestão Hospitalar



Fonte: Elaboração própria, 2017.

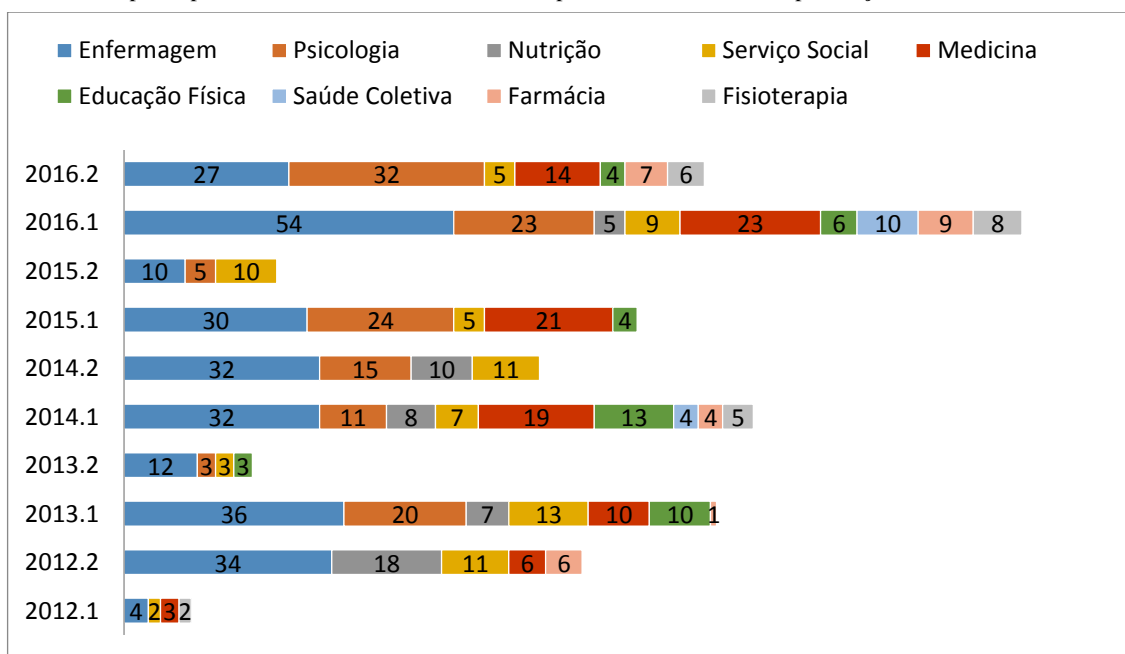
O curso de enfermagem apresentou o maior número de participantes em todas as edições, excetuando-se a edição de 2015.2, que teve número de participantes igual ao curso de serviço social e a edição de 2016.2, onde o curso de psicologia registrou maior participação.

Infere-se que a participação de estudantes de serviço social em todas as edições esteja relacionada ao perfil de formação de tais estudantes, de formulação de projetos sociais para o enfrentamento da questão social, o que se relaciona com a luta pelo direito à saúde.

Observa-se participação expressiva dos cursos de psicologia e medicina nas edições em que houve vivência realizada pela C.O do Vale do São Francisco - 2013.1, 2014.1, 2015.1, 2015.2 -, pois tais participantes são oriundos (as) da Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), principal instituição envolvida nas vivências realizadas no Vale, que oferta regularmente os dois cursos.

Além disso, observa-se que o maior número de participantes dos cursos de nutrição, educação física e saúde coletiva está relacionado às edições em que houve vivência em Vitória de Santo Antão - 2012.2, 2014.1 e 2016.1 -, o que pode ser evidenciado por haver turmas dos respectivos cursos no Campus Acadêmico de Vitória (CAV) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), principal instituição envolvida com as respectivas vivências. Na edição de 2014.2 o curso de nutrição também registrou grande participação, o que se relaciona com o envolvimento expressivo de estudantes do Centro Universitário do Vale do Ipojuca (UNIFAVIP) (Gráfico 6).

Gráfico 6–Distribuição de estudantes de graduação nos cursos das ciências da saúde que apresentaram maior número de participantes no VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição



Fonte: Elaboração própria, 2017.

6.1.2.2.2 Caracterização dos (as) estudantes de residência

Os/as 134 estudantes de residência participantes compuseram, junto com os/as integrantes de movimentos sociais, a segunda categoria com maior representatividade de participação nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, como visto no gráfico 3. A participação de tais estudantes representou o envolvimento de dezesseis programas de residência multi e uniprofissionais nas vivências, sendo as primeiras às registraram maior participação (Quadro 4).

Quadro 4 - Relação dos programas de residência envolvidos nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, segundo modalidade uni/multiprofissional

Multiprofissionais
Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde (RMIA)
Residência Multiprofissional em Oncologia (RMO)
Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (RMRAPS)
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC)
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com área de concentração em Planejamento e Gestão em Saúde (RMSCPGS)
Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)
Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Atenção à Saúde da População do Campo (RMSFASPC)
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC)
Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM)
Uniprofissionais
Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Barbacena (CMFAME)
Residência de Enfermagem de Saúde da Mulher (RESM)
Residência de Enfermagem em Atendimento Pré-hospitalar (REAPH)
Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC)
Residência de Saúde do Idoso (RSI)
Residência em Enfermagem em Onco-Hematologia e Hemoterapia (REOHH)
Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade (RMMFC)

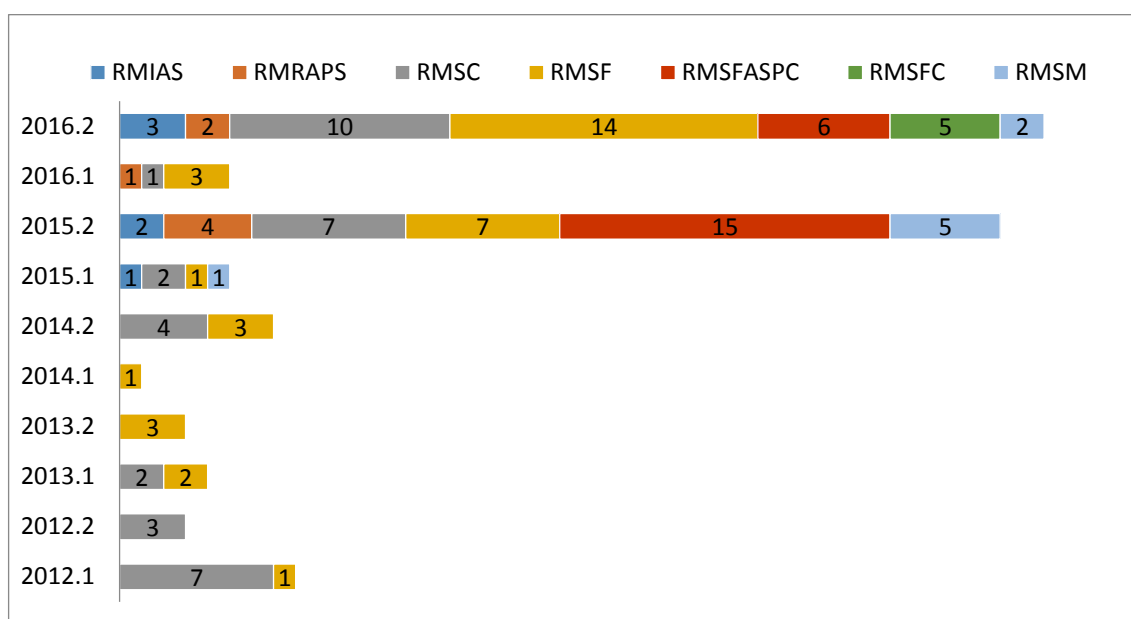
Fonte: Elaboração própria, 2017.

Dentre os programas envolvidos, sete programas de Residência Multiprofissional apresentaram maior envolvimento: Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Atenção à Saúde da População do Campo, Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial, Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, respectivamente (Gráfico 7).

Residentes do programa de RMSC estiveram envolvidos principalmente nas edições de 2012, quando foram impulsionadores (as) da organização do VER-SUS no estado e nas edições de inverno de 2015 e 2016, em que houve vivência organizada pela C.O Saúde do Campo, destinada exclusivamente para residentes. Estas edições de inverno também foram

responsáveis por agregar residentes da RMSF, parte deles (as) integrando a referida C.O. Outro programa que também registrou bastante participação nestas edições de inverno foi a RMSFASPC. Por sua vez, a RSM e a RMRAPS apresentaram maior participação na edição de inverno de 2015, quando houve uma vivência realizada pela C.O da Região Metropolitana do Recife com a temática exclusiva da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Já a RMIAS e a RMSFC registraram maior participação na edição de inverno de 2016 (Gráfico 7).

Gráfico 7—Distribuição de estudantes de residência nos programas que apresentaram maior número de participantes no VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição

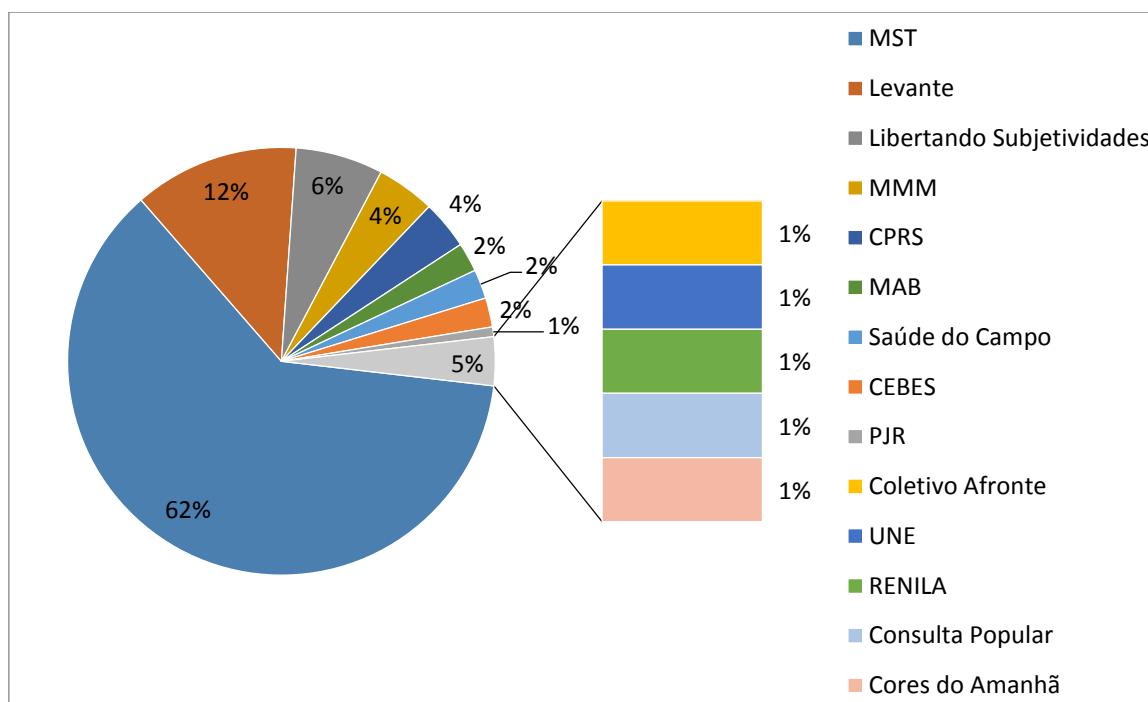


Fonte: Elaboração própria, 2017.

6.1.2.2.3 Caracterização dos (as) integrantes de movimentos sociais

Os/as 136 integrantes de movimentos sociais participantes representaram diversos movimentos: movimentos do campo, como o MST, a PJR e o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB); movimentos da saúde, como o Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades, o Movimento Saúde do Campo, a Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA) e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); movimento de juventude, como o Levante Popular da Juventude; movimentos de luta estudantil, como a UNE e o Coletivo Pernambucano de Residentes em Saúde (CPRS); movimento de mulheres, como a MMM; movimento de negros e negras, como o Coletivo Afronte; movimento de diversidade sexual e gênero, como o coletivo Cores do Amanhã; partido político, como a Consulta Popular (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição de integrantes de movimentos sociais participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto aos movimentos



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Observa-se, através do gráfico 8, participação expressiva de três movimentos: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (62%), Levante Popular da Juventude (12%) e Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial Libertando Subjetividades (6%).

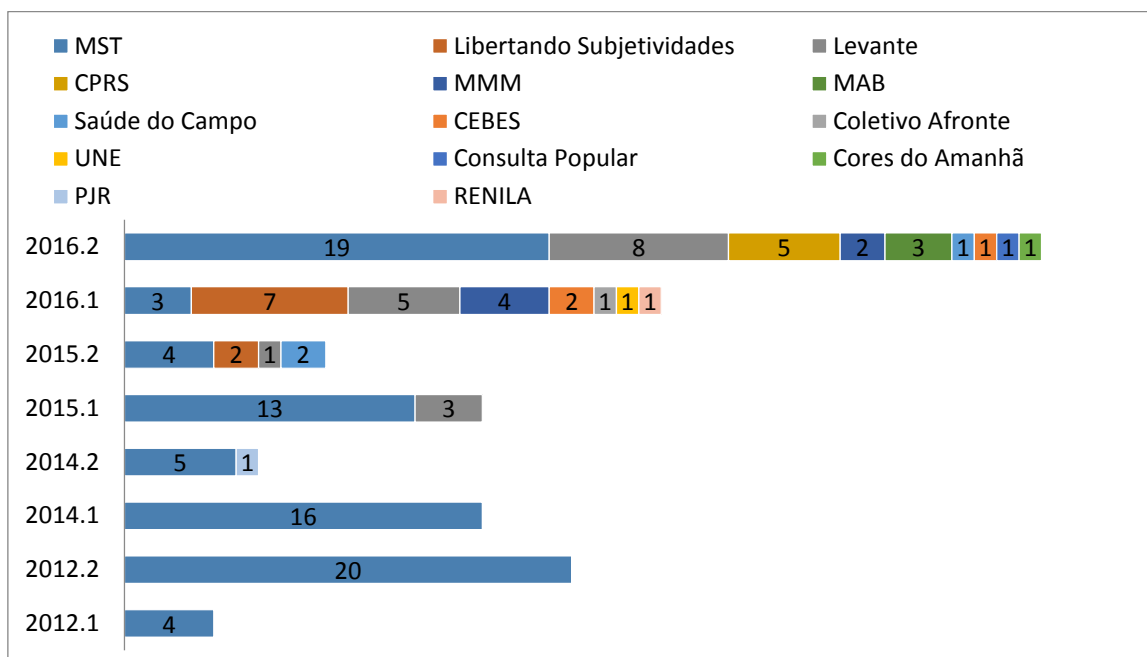
O gráfico 9, por sua vez, permite a visualização de como foi se desenhando tal participação no período de realização das vivências, excetuando-se o ano de 2013, que não registrou envolvimento de integrantes de movimentos sociais.

O MST registrou participação em todas as edições, o que pode estar relacionado com a proximidade das comissões organizadoras com o movimento, que possui um método pedagógico que inspira a organização de atividades estudantis e militantes Brasil afora. A partir de 2015, outro movimento começou a registrar participação, o Levante Popular da Juventude, o que está relacionado com a participação de militantes do movimento na C.O RMR e do Vale, além do envolvimento de outros (as) militantes, que não da comissão, colaborando na condução de espaços de discussão nas vivências.

Na edição de inverno de 2015, observa-se o envolvimento do Libertando Subjetividades, o que também está relacionado com a participação de militantes do mesmo na C.O RMR, quando desenvolveu uma vivência temática com a pauta da RAPS. O ano de 2016, por sua vez, registrou a maior diversidade de movimentos sociais envolvidos nas vivências e, além dos movimentos já citados, observa-se participação expressiva do CPRS, um dos

responsáveis pela condução política das vivências organizadas pela C.O do Campo, que vem ganhando fôlego e visibilidade na pauta da luta pelo direito à saúde nos últimos anos (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Distribuição de integrantes de movimentos sociais participantes do VER-SUS Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição

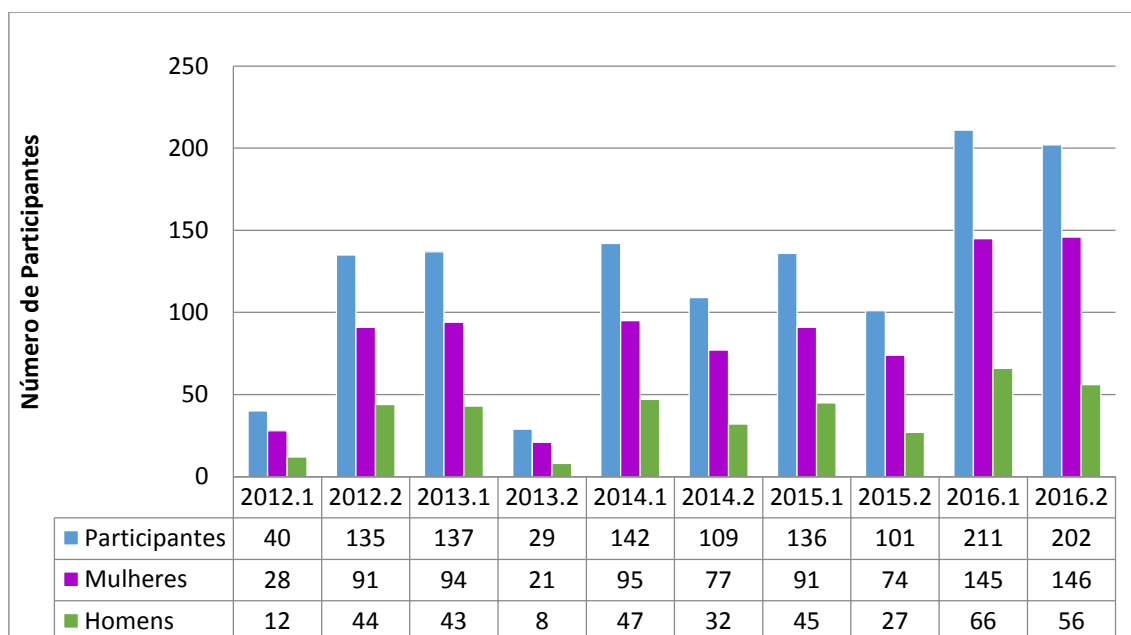


Fonte: Elaboração própria, 2017.

6.1.2.3 Caracterização de Participantes quanto ao Gênero

É possível observar, através do gráfico 10, a distribuição dos (as) participantes quanto ao gênero. Excetuando-se a edição de 2015.1, o número de mulheres foi duas vezes maior que o número de homens participantes em todas as edições.

Gráfico 10- Distribuição de participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto ao gênero



Fonte: Elaboração própria, 2017.

O grande número de participação de mulheres no VER-SUS pode ter como explicação mais basal a divisão sexual do trabalho, conceituada por Saffioti (2013) como consequência da construção social da mulher como responsável por tarefas domésticas, aqui sendo ressaltadas também como as de cuidado. E, juntamente, a feminização do setor saúde no Brasil, que na perspectiva do mundo do trabalho se refere ao crescimento da população feminina em profissões que historicamente eram protagonizadas pelos homens, como a medicina, a odontologia e a medicina veterinária. Iniciada no final do século XIX, a profissionalização feminina aconteceu relacionada ao que na época era entendido como papéis femininos tradicionais, exemplificada da seguinte forma: a mulher vinculada ao servir, educar e cuidar, entendidos hegemonicamente como dom ou vocação (COSTA; DURÃES; ABREU, 2010; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010; MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

Segundo Claudia Nogueira (2010), a partir da década de 90 houve um crescimento acentuado da reinserção feminina no mundo do trabalho, acompanhado da intensificação das duplas e/ou triplas jornadas de trabalho para essas mulheres. A dinâmica do modo de produção vigente, capitalismo, passa a incentivar, em certa medida, esta reinserção com o intuito de maior aproveitamento da força de trabalho das mulheres, que contribui na manutenção do seu sistema. Porém, isso acontece associado à divisão sexual do trabalho, o que significa o trabalho doméstico e de cuidado juntamente com o emprego da força de trabalho feminina, podendo a mesma ser reproduzida na feminização do setor saúde.

Baudelot e Establet (1992) compreendem a feminização das profissões como um fenômeno internacional que ocorreu expressivamente nos últimos anos, tendo as mulheres apresentado 70% da força de trabalho do setor saúde. No Brasil, conforme Machado, Oliveira, e Moyses (2010), as mulheres constituem a maior parte de estudantes de nível superior e ocupam metade das vagas oferecidas em vários cursos universitários. Ressalta-se, porém, que a ciência é dividida em áreas conforme o gênero, sendo assim, “no campo científico das Ciências Humanas e Sociais, a presença feminina é inequívoca. Também nas áreas ligadas a Saúde cresce o número de mulheres e, melhor, aumentam as pesquisadoras com titulação máxima” (MELO; LASTRES; MARQUES, 2004, p. 27).

Ana Estela Haddad et al. (2010) ao analisarem 14 cursos de graduação da área da saúde: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, no período de 1991 a 2008 observaram que as mulheres eram maioria em todos os cursos avaliados, exceto em educação física e entre os concluintes da medicina. Porém, em 2007, as mulheres passaram a ser maioria também entre os ingressantes (56,3%) e os concluintes (54,7%) dos cursos de medicina. Em fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional e nutrição as mulheres representam mais de 90% dos estudantes. Em quase todos os cursos não se observou diferença estatisticamente significativa entre o gênero de ingressantes e concluintes, indicando uma estabilidade do aumento da participação feminina nos cursos da área (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013, p. 241).

Ressalta-se, portanto, que assim como as categorias de estudantes de graduação e residência, majoritariamente da área da saúde, representarem 84% do total de participantes, também na categoria de movimentos sociais, a representação feminina se tornou majoritária. Ainda, ao observar as outras categorias, encontram-se mulheres profissionais de saúde, gestoras, professoras, estudantes de pós-graduação.

6.1.3 Caracterização quanto às Instituições de Ensino Superior

Cabe destacar que apenas os/as participantes que declararam relação com alguma Instituição de Ensino, superior ou técnica, pública ou privada, no ato de sua inscrição para participação nas vivências esteve contabilizado nesta seção. Entre eles (as) estão estudantes de graduação, pós-graduação e nível técnico, assim como docentes e alguns profissionais de saúde, o que corresponde a cerca de 85% de participantes. Não foram contabilizados, portanto, aqueles (as) que registraram participação diretamente relacionada ao serviço, como gestores (as) e alguns profissionais da saúde. Ressalta-se, ainda, que no universo das instituições envolvidas, somente uma é de nível técnico. Portanto, referimo-nos aqui às IES.

No período de 2012 a 2016, setenta e três IES (quadro 5) estiveram envolvidas nas edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco, 41 delas (56%) correspondendo a instituições privadas e 32 (44%) a instituições públicas de ensino (Gráfico 11).

Quadro 5 - Relação das instituições de ensino superior envolvidas nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, segundo natureza público/privada (continua)

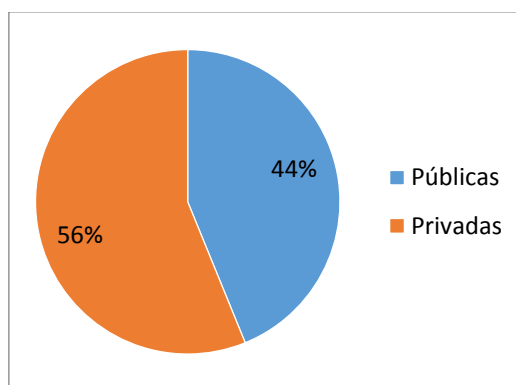
PÚBLICAS
1. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz)
2. Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE)
3. Escola Técnica Estadual Professor Agamenon Magalhães (ETEPAM)
4. Hospital Nossa Senhora da Conceição (GHC)
5. Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB)
6. Instituto Federal de Pernambuco (IFPE)
7. Secretaria de Saúde da Cidade de Jaboatão dos Guararapes
8. Secretaria de Saúde da Cidade do Recife (SESAU)
9. Universidade de Pernambuco (UPE)
10. Universidade do Estado da Bahia (UNEB)
11. Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF)
12. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
13. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)
14. Universidade Estadual do Ceará (UECE)
15. Universidade Estadual do Vale do Acaraú de Sobral (UVA)
16. Universidade Federal da Bahia (UFBA)
17. Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
18. Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
19. Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
20. Universidade Federal de Goiás (UFGO)
21. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
22. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
23. Universidade Federal de Sergipe (UFS)
24. Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
25. Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)
26. Universidade Federal do Pará (UFPA)
27. Universidade Federal do Paraná (UFPR)
28. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
29. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
30. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
31. Universidade Federal do Sul da Bahia (UFESBA)
32. Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE)
PRIVADAS
1. Centro Universitário do Vale do Ipojuca (UNIFAVIP)
2. Centro Universitário Facex (UNIFACEX)
3. Centro Universitário Internacional (UNINTER)
4. Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)
5. Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)
6. Faculdade Anhanguera
7. Faculdade Anísio Teixeira de Feira de Santana (FAT)
8. Faculdade Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES)
9. Faculdade de Alagoas (FAL)
10. Faculdade de Boa Viagem (FBV - DeVry)
11. Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio (FLS)
12. Faculdade de Ciências da Saúde de Serra Talhada (FACISST)
13. Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO)
14. Faculdade de Ciências Humanas Esuda (FCHE)
15. Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM-PB)
16. Faculdade de Integração do Sertão (FIS)

Quadro 5 - Relação das instituições de ensino superior envolvidas nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, segundo natureza público/privada (conclusão)

PRIVADAS
17. Faculdade de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO)
18. Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME)
19. Faculdade de Odontologia do Recife (FOR)
20. Faculdade de Tecnologia Gestão & Marketing (IBGM/FMG)
21. Faculdade do Recife (FAREC)
22. Faculdade dos Guararapes (FG)
23. Faculdade Estácio de Sá de Alagoas (Estácio Alagoas)
24. Faculdade Estácio de Sá do Recife (Estácio FIR)
25. Faculdade Estácio de Sá do Rio Grande do Norte (Estácio Natal)
26. Faculdade Frassinetti do Recife (FAFIRE)
27. Faculdade Integrada da Vitória de Santo Antão (FAINTVISA)
28. Faculdade Integrada de Pernambuco (FACIPE)
29. Faculdade Joaquim Nabuco Recife (FJN)
30. Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)
31. Faculdade São Miguel (FSM)
32. Fundação Edson Queiroz Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
33. Fundação Estatal de Saúde da Família
34. Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP)
35. Instituto Belchior
36. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)
37. Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)
38. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)
39. Universidade de Tiradentes (UNIT)
40. Universidade Potiguar (UNP)
41. Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO)

Fonte: Elaboração Própria, 2017.

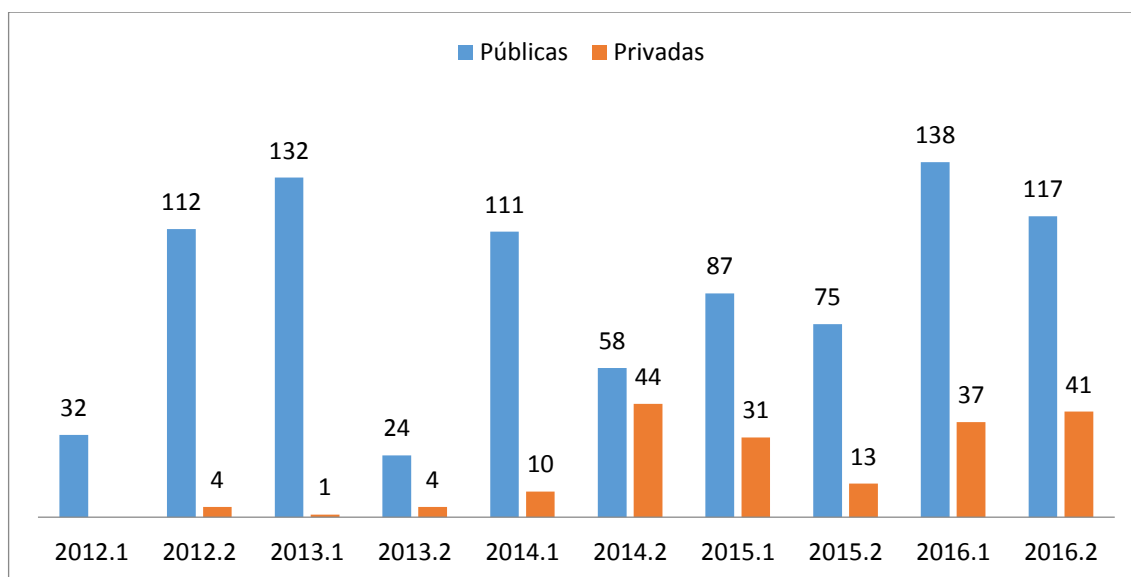
Gráfico 11 - Percentual das instituições de ensino superior envolvidas nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto à natureza público/privada



Fonte: Elaboração própria, 2017.

O gráfico 12 permite a visualização de como o perfil de participantes foi se modificando ao passar das edições. Enquanto na edição de 2012.1 só havia estudantes de instituições públicas, nas demais, a representação das instituições privadas passou a expandir, sendo a edição de 2014.2 a que registrou maior participação de estudantes provenientes de tais instituições.

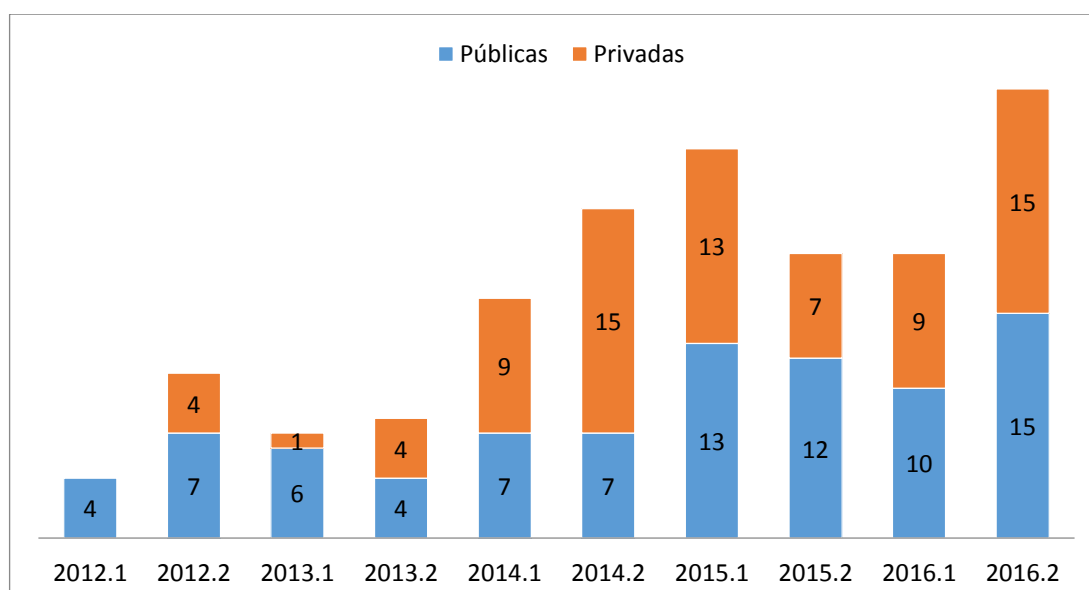
Gráfico 12 – Distribuição dos (as) participantes das edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, quanto às instituições de ensino superior



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Pode-se observar que a expansão do número de estudantes de instituições privadas esteve diretamente relacionada ao número de instituições privadas envolvidas. O gráfico 13 revela que este foi crescendo, até ultrapassar as instituições públicas na edição de 2014.2. De acordo com o Sindicato das Mantenedoras de Ensino Superior (2016), as instituições da rede privada correspondem a cerca de 88% das IES existentes no Brasil. Este dado indica uma possível relação com a predominância de tais instituições entre as instituições que estiveram representadas no VER-SUS Pernambuco.

Gráfico 13 – Número de instituições de ensino superior envolvidas nas edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto à natureza público/privada

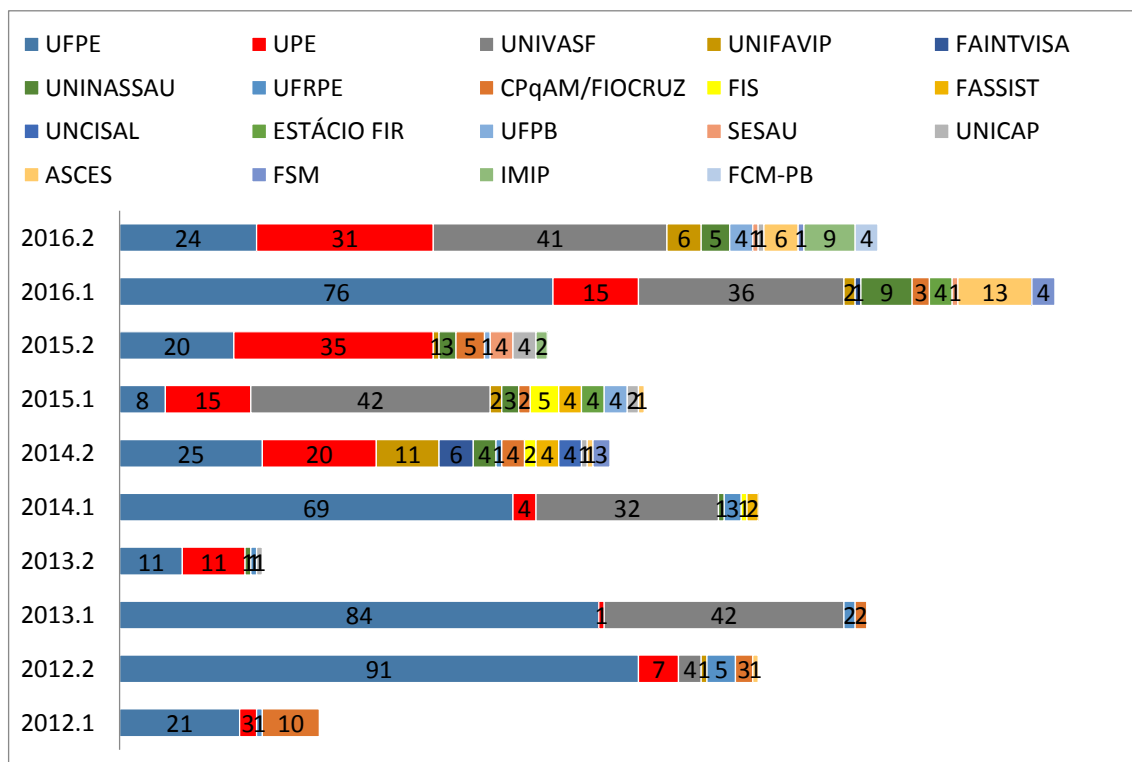


Fonte: Elaboração própria, 2017.

Salienta-se, porém, que apesar das instituições privadas de ensino representarem o maior número de instituições envolvidas nas edições de 2014 (gráfico 13), quando se observa o número de estudantes provenientes de tais instituições (gráfico 12), este não ultrapassa o número daqueles (as) provenientes das instituições públicas que, por sua vez, predominaram o envolvimento, em número de estudantes, em todas as edições.

É possível observar, através do gráfico 14, a distribuição de estudantes por IES, destacando-se o envolvimento principal de três universidades públicas: a Universidade Federal de Pernambuco, na maior parte das edições; a Universidade do Vale do São Francisco, principalmente nas edições de verão, o que se relaciona diretamente com as edições em que houve vivência organizada pela C.O do Vale do São Francisco, quando majoritariamente os/as participantes de tais vivências são oriundos (as) daquela instituição; a Universidade de Pernambuco, principalmente nas edições de inverno de 2015 e 2016, o que se relaciona diretamente com as vivências organizadas pela C.O do Campo, onde o maior número de participantes era residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Atenção à Saúde da População do Campo e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, respectivamente, ambas vinculadas à UPE.

Gráfico 14 - Distribuição de participantes das edições de VER-SUS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2012 a 2016, por edição, quanto às instituições de ensino superior

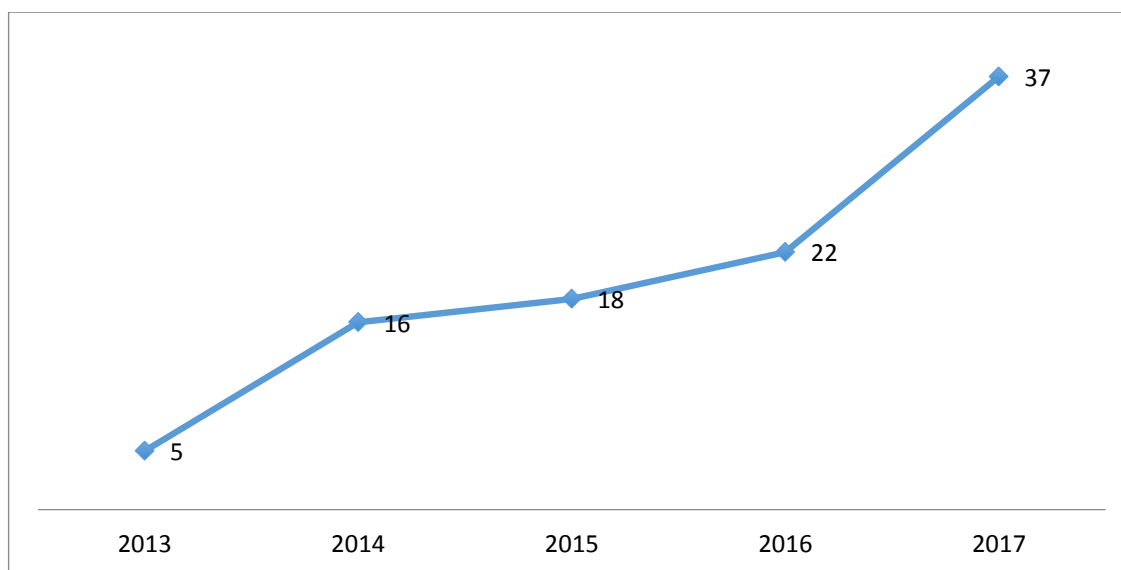


Fonte: Elaboração própria, 2017.

6.2 Caracterização de egressos (as) do VER-SUS quanto ao ingresso nas Residências Multiprofissionais em Saúde no estado de Pernambuco

De uma edição para outra, os/as estudantes de graduação que integraram a modalidade viventes podiam transitar entre as demais modalidades, podendo ser facilitadores (as), comissão organizadora, colaboradores (as), apoio pedagógico. Com isso, a fim de encontrar o número de egressos (as) do VER-SUS que ingressou nas RMS no estado de Pernambuco, foi realizada um exame no banco de dados controle de participantes do VER-SUS no período de 2012 a 2016, onde foram excluídas as repetições, identificando-se quantas pessoas compreenderam a categoria estudantes de graduação no período estudado, expresso num total de 728 pessoas. Entre estas, 13,46% (98) ingressaram em RMS realizadas no estado, iniciando em 2013 e aumentando gradativamente até 2017, ano em que é registrado o maior número de ingresso, 37,75% (37) (Gráfico 15).

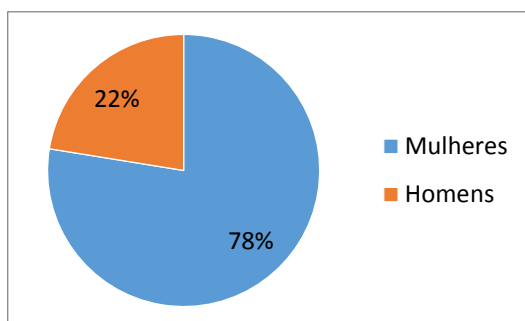
Gráfico 15 - Número de egressos (as) do VER-SUS PE que ingressaram em Programas de RMS, ocorridas no estado, no período de 2013 a 2017



Fonte: Elaboração própria, 2017.

No que se refere ao gênero, o padrão do grupo ingressante nas RMS se manteve o mesmo que o de participantes do VER-SUS, tendo as mulheres apresentado 78% (76) de ingresso, ou seja, três vezes maior que os homens (Gráfico 16). Este é mais um indício que nos leva a considerar a feminização do setor saúde.

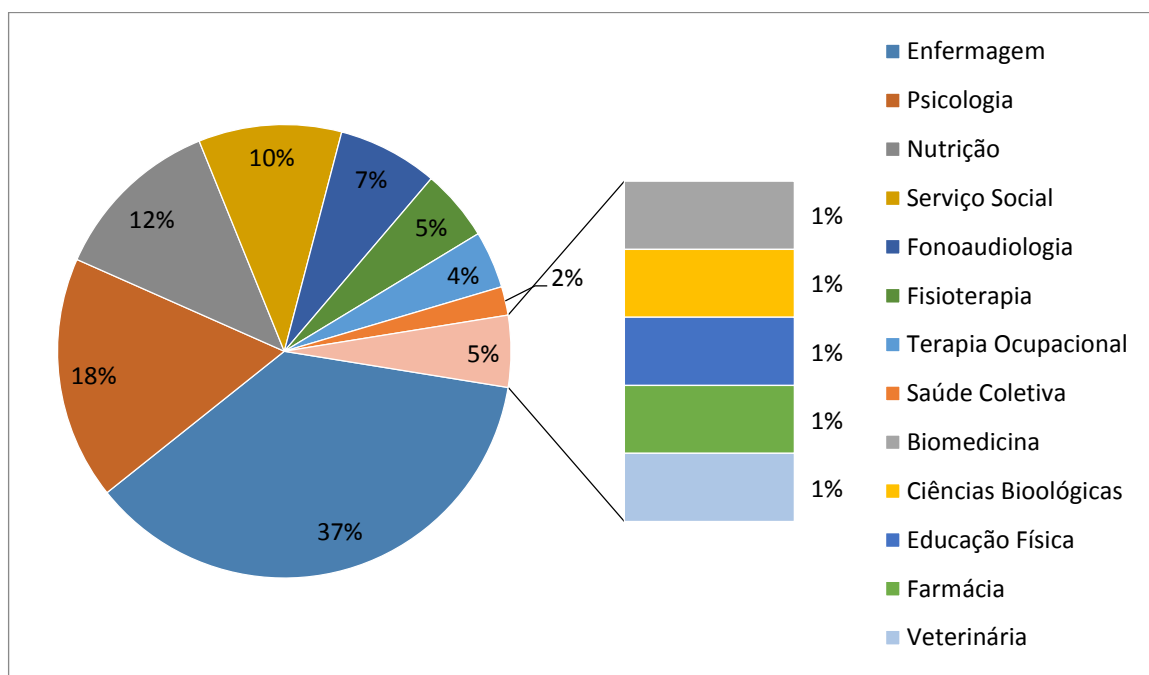
Gráfico 16 - Caracterização de ingressantes nos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017, segundo o gênero



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Entre as profissões do grupo de ingressantes nas RMS, quatro delas apresentaram hegemonia: enfermagem, psicologia, nutrição e serviço social, semelhante aos cursos de graduação mais envolvidos nas edições de VER-SUS (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Profissões do grupo de ingressantes nos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Estes (as) profissionais de saúde ingressaram em 29 diferentes programas de RMS, de seis COREMU: UFPE, UNIVASF, ESPPE, UPE, ASCES e IMIP (Quadro 6).

Quadro 6 - Programas de RMS onde ingressaram egressos (as) do VER-SUS no período de 2013 a 2017, segundo instituição e COREMU

Programas de RMS	Instituição	COREMU
Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde/Saúde da Família (RMIAAS)	CAV	UFPE
Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)	Centro de Ciências da Saúde (CCS)	
Residência Multiprofissional Integrada em Saúde – Saúde da Mulher (RMISSM)	Hospital das Clínicas (HC)	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Vigilância em Saúde (RMSFVIS)	UNIVASF	
Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM)		
Residência Multiprofissional em Intensivismo (RMI)		
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC)	CPqAM/Fiocruz	ESPPE
Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado do Hospital dom Moura (RMAHGC)	Hospital Dom Moura de Garanhuns (HDM)	
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde (RMSCGRS)	UPE/Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE)	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)	Faculdade de Ciências Médicas (FCM)	UPE
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC)		
Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM)		
Residência Multiprofissional em Atenção e Urgências e Emergências (RMAUE)	Instituto de Ciências Biológicas (ICB) e Hospital Getúlio Vargas (HGV)	
Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos (RMCP)	ICB e Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC)	
Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM)	UPE Garanhuns	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Atenção à Saúde da População do Campo (RMSFASPC)	UPE	
Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Clínica Cardiovascular Especializada (RMIAACCE)		
Residência Multiprofissional em Atenção Básica (RMAB)	ASCES	
Residência Multiprofissional em Câncer e Paliativos (RMCAP)		
Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)	IMIP	
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC)		
Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso (RMSI)		
Residência Multiprofissional em Reabilitação Física (RMRF)		
Residência Multiprofissional em Oncologia (RMO)		
Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos (RMCP)		
Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família (RMABSF)	Secretaria de Saúde de Jaboatão dos Guararapes/SES-PE	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)	Secretaria de Saúde do Recife/Prefeitura do Recife	
Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde (RMVS)		
Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (RMRAPS)		

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Os programas de RMS foram agrupados em quatro perfis, segundo a ênfase: saúde da família, saúde coletiva, saúde mental e atenção hospitalar (Quadro 7).

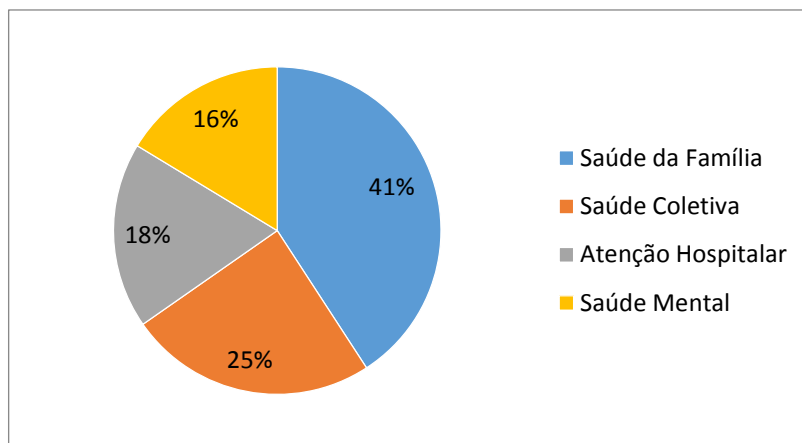
Quadro 7 - Distribuição do grupo ingressante nos Programas de RMS, no período de 2013 a 2017, segundo programa, instituição e perfil

Programa de Residência Multiprofissional	Quant.	Instituição	Perfil
Residência Multiprofissional em Atenção Básica (RMAB)	4	ASCES	Saúde da Família
Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde/Saúde da Família (RMIAF)	6	UFPE/CAV	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF)	6	IMIP	
	6	CCS/UFPE	
	10	FCM/UPE	
	1	SESAU/IMIP	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Atenção à Saúde da População do Campo (RMSFASPC)	4	UPE	
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Vigilância em Saúde (RMSFVIS)	1	UNIVASF	
Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes (RMABSF)	2	SES-PE/IMIP	
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (RMSC)	12	CPQAM/FIOCRUZ/ESPPE	Saúde Coletiva
	4	FCM/UPE	
	3	IMIP	
	4	UPE/ESPPE/SES-PE	
Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde (RMVS)	1	SESAU/IMIP	
Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM)	10	UNIVASF	Saúde Mental
	2	FCM/UPE	
	1	UPE GUS	
Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (RMRAPS)	3	IMIP	
Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado do Hospital dom Moura (RMAHGC)	1	ESPPE/HDM Garanhuns	Atenção Hospitalar
Residência Multiprofissional em Intensivismo (RMI)	3	UNIVASF	
Residência Multiprofissional em Atenção e Urgências e Emergências (RMAUE)	1	HGV/ICB	
Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas – Saúde da Mulher (RMISSM)	1	HC/UFPE	
Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso (RMSI)	2	IMIP	
Residência Multiprofissional em Reabilitação Física (RMRF)	1	IMIP	
Residência Multiprofissional em Oncologia (RMO)	2	HCP/IMIP	
Residência Multiprofissional Integrada em Atenção Clínica Cardiovascular Especializada (RMIAACCE)	2	UPE	
Residência Multiprofissional em Câncer e Paliativos (RMCAP)	2	ASCES	
Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos (RMCP)	2	IMIP	
	1	HUOC/UPE	
TOTAL	98		

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Observa-se que os Programas de RMS agrupados nos perfis de saúde da família e de saúde coletiva foram os que registraram maior inserção de egressos (as) do VER-SUS, com 41% (40) e 25% (24) de representação, respectivamente (Gráfico 18).

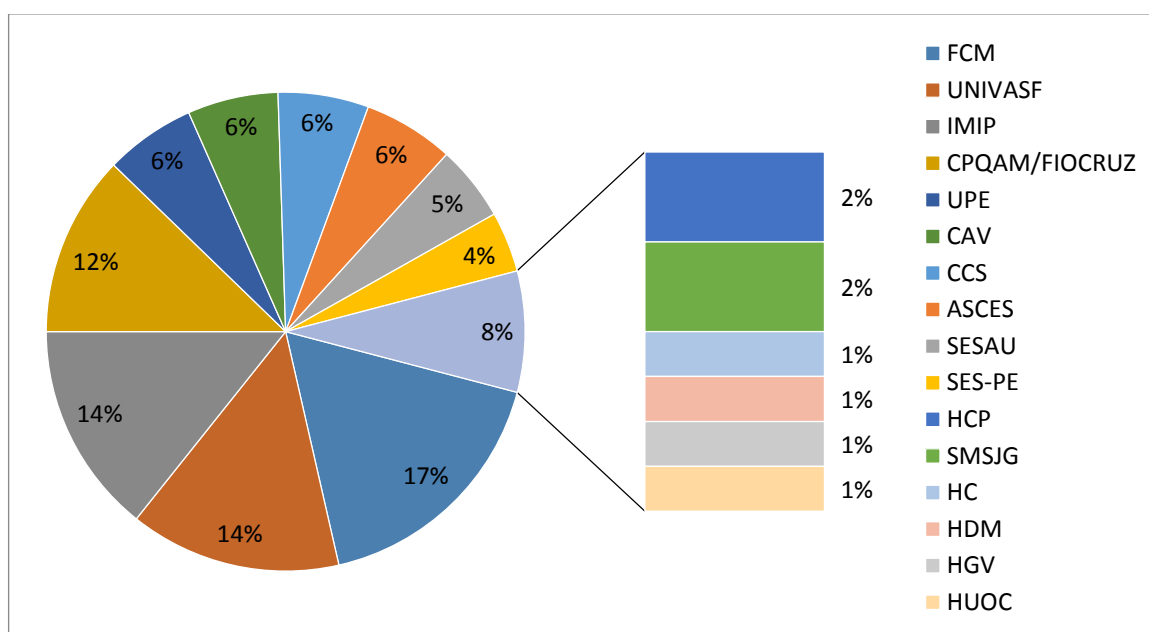
Gráfico 18 –Distribuição percentual do grupo ingressante nos Programas de RMS, no período de 2013 a 2017, segundo perfil



Fonte: Elaboração própria, 2017.

O gráfico 19 permite observar as instituições as quais os programas de RMS estiveram vinculados. Destaca-se que foram consideradas instituições: universidades, faculdades, determinados centros de campus acadêmicos, institutos, centros de pesquisa, secretarias de saúde e hospitais. Observa-se o principal envolvimento da FCM/UPE, da UNIVASF, do IMIP e do CPqAM/Fiocruz.

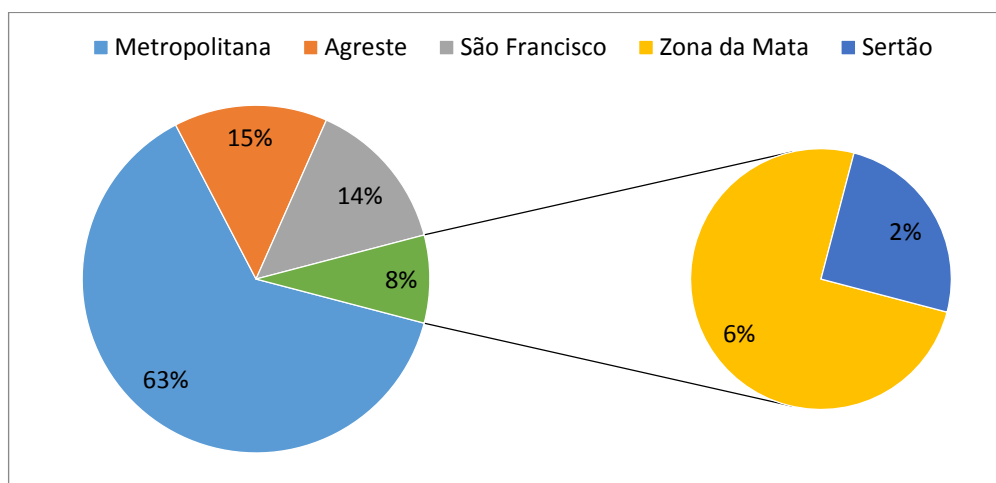
Gráfico 19 - Instituições vinculadas aos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Quanto à localização geográfica, os programas distribuíram residentes em municípios das cinco mesorregiões pernambucanas: Caruaru, Garanhuns, Recife, Jaboatão dos Guararapes, Petrolina, Serra Talhada e Vitória de Santo Antão, sendo a metropolitana do Recife, a mesorregião Agreste e do São Francisco as que registraram maior participação (Gráfico 20).

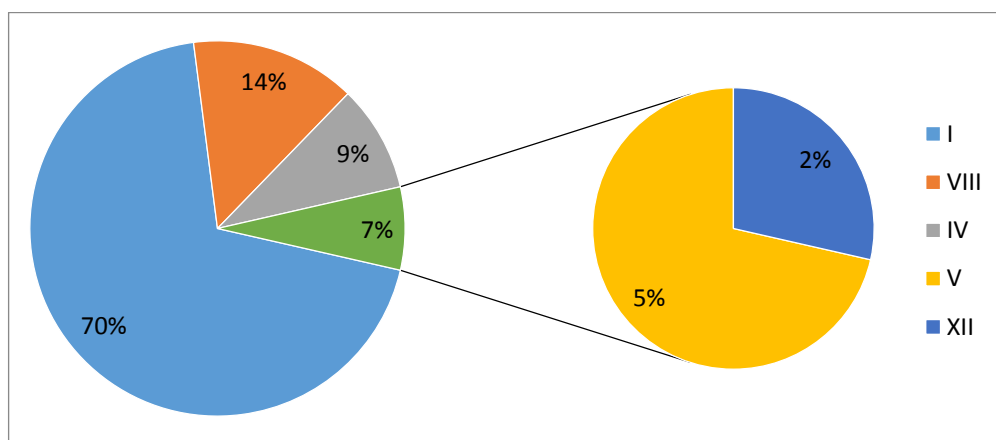
Gráfico 20 - Distribuição do grupo de ingressantes nos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017, quanto à localização geográfica



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Quanto à distribuição gerencial, 5 GERES estiveram envolvidas: I, IV, V, VIII e XII, sendo a primeira a que apresentou maior participação, recebendo 70% (69) do grupo de ingressantes nos programas de RMS no período de 2013 a 2017 (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Distribuição do grupo de ingressantes nos Programas de RMS, ocorridas em Pernambuco, no período de 2013 a 2017, quanto às GERES



Fonte: Elaboração própria, 2017.

Correlacionando este achado com aqueles referentes à distribuição gerencial dos municípios onde foram realizadas as edições do VER-SUS, observa-se que, embora pareça não ser possível dimensionar os porquês dessa relação, quatro GERES estiveram envolvidas em ambos os acontecimentos (VER-SUS e RMS): I, IV, VIII e XII.

6.3 Egressos (as) em foco

Entende-se por foco o que está no centro; a sede; o ponto de convergência ou de onde saem as suas emanções (BUENO, 2007, p. 362). Parte-se desta seção as emanções dos enunciadore e enunciadoras do grupo focal, egressos e egressas do VER-SUS PE.

6.3.1 Discursos-sentidos-significados produzidos por egressos (as) do VER-SUS Pernambuco sobre a experiência

[...] Não se pode confundir os arquivos com o discurso, o discurso não são os arquivos, o texto não é discurso. [...] O discurso é o texto mais tudo o que permite dar um sentido, interpretação. Não é, portanto, somente o texto. [...] O que se diz, o que se escuta, é sempre atravessado por algo que já foi dito, atravessado por um dito anterior. Eu acho isso natural. O discurso não funciona de modo isolado, ele está sempre ligado a outros discursos que se convocam, que são convocados por sua letra, sua materialidade. [...] É no discurso que a significação e o sentido se constituem (HENRY, 2013).

6.3.1.1 Desejos e querências impulsionando guinadas pessoais e coletivas

As motivações em participar do VER-SUS, um dos conceitos-análise definidos, estiveram permeadas por desejos primeiros, relativos a cada enunciadore (a) envolvido (a) nesta pesquisa. Tais desejos se relacionaram diretamente com a querência de vivenciar o projeto.

Embora não tenha gerado consenso, algumas marcas sugeriram a participação no VER-SUS como sendo convidativa:

[...] é, eu participei da primeira edição do VER-SUS, né. Então não tinha ninguém pra dizer que era bom ou se era ruim, né. É... [...] Eu não tinha nem essa coisa de dizer assim: “oh! É bom, é ruim.” O auditório *tava* cheio. Aí eu: “O negócio deve ser bom mesmo, porque tá todo mundo querendo participar...” [...] **Alexina Crespo**

Meu VER-SUS foi o de 2012.2, VER-SUS de inverno [...] E eu fiz porque eu não tinha feito nada de extraordinário e era convidativo fazer VER-SUS, mas eu não tinha clareza do que era o VER-SUS, assim. [...] Então eu fui mais no oba oba mesmo, primeiramente, né, essa coisa de “ah! É muito bom, muito legal, vivência de 10 dias, que você vai se aprofundar. Foi um momento de férias...” [...] **Safira**

As marcas associadas à formação profissional em saúde agruparam sentidos como o desejo de entrar em contato com um modelo diferente de pensar saúde:

[...] sou biomédico de formação e o convite para participar partiu de um orientador meu, que ele falou disso, do VER-SUS [...] apresentou a proposta e aquilo me deixou instigado, porque a gente da biomedicina é muito voltado pra cura, pro diagnóstico e só aquilo. **Nelson Mandela**

Outro sentido sugeriu o desejo de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS):

[...] Aí, eu tinha muito pra mim na época a vontade de tá atuando na atenção primária, né. [...] e como a maioria aqui, eu acho, a formação na nutrição lá em Alagoas é muito voltada para o biológico [...] eu saí perguntando, né, a várias pessoas. [...] tinha contato com um cara do Ministério da Saúde, “ôh véi, e aí?” [...] ele era da Executiva Nacional de Nutrição. E aí eu disse: “ei, o que é que eu faço?”. Aí ele: “você já participou do VER-SUS? Já participou do PET?” Várias coisas, ele perguntou. Aí eu: “Pô, tem PET e VER-SUS, eu vou...” Primeiro foi PET, né, aí depois eu fiquei com o VER-SUS na cabeça. Aí eu fui pesquisar o que era o VER-SUS. É... Aí eu acabei me interessando e querendo construir o VER-SUS em Alagoas, né. Fui saber se já tinha, se existia isso, num tinha lá em Alagoas... Aí eu: “Caramba, num tem aqui!”. Aí vi que tinha em outros estados, e tal. [...] E aí? Aí acabou que a gente participou do VER-SUS. **Gregório Bezerra**

A maioria dos sentidos atribuídos à formação profissional em saúde indicou uma necessidade comum em conhecer a realidade do SUS:

A motivação, assim, maior para entrar no VER-SUS foi por que meu curso, ele não tem, né, grandes discussões sobre saúde pública. Temos duas disciplinas, na verdade, uma de epidemiologia e outra de saúde pública bem... superficiais [...] **Luís Carlos Prestes**

[...] Eu vi no VER-SUS uma oportunidade de conhecer melhor o Sistema, né. No próprio curso, ele é muito pouco falado, né. A gente vivencia mais essa questão é... Curativista, assim, então a gente não tem muito essa perspectiva do cuidado em si, da promoção à saúde e foi o que me motivou a fazer o VER-SUS, na época, foi esse conhecimento maior sobre o Sistema, foi ter um contato mais aprofundado, né, com o SUS. **Olga Benário**

[...] eu já *tava* no terceiro período da faculdade, e eu sentia muito essa falta do SUS, o que é o SUS, como farmacêutico e atuar no SUS. O curso da gente não se prepara, em nenhum momento, em relação a isso. Muito mercado, muita... então não... E quando destrinchava o nome VER-SUS, já me chamou atenção. Quando [...] eu vi “Vivências e Estágios na Realidade do SUS”, foi o nome que me chamou atenção. Por isso que eu me inscrevi [...] **Chico Mendes**

[...] em 2015 eu ia iniciar o meu processo de estágios, né, lá, na saúde coletiva. Então eu não sabia, eu não tinha experiências na realidade do Sistema, assim. Eu ainda não tinha tido esse contato. E eu achei que seria interessante ir para outro estado e ver como é que esse sistema acontece lá, na realidade de outro lugar. [...] **Margarida Alves**

[...] eu sentia falta, é... de discussões sobre o SUS e da gente saber o que é que é isso na formação de psicologia. Na minha época não tinha disciplina nenhuma, que falava nada sobre, sobre SUS, e eu cursava em serviço social algumas disciplinas para conseguir me aproximar um pouco disso. E aí sabendo disso, essa amiga minha fez, gostou, me falou e foi mais incentivo para eu fazer, e eu *tava* da porta pra fora já da universidade, eu disse ah! então eu resolvi fazer, assim. [...] **Dandara dos Palmares**

Por sua vez, as marcas associadas à organização coletiva agruparam sentidos relacionados ao envolvimento com os desejos de transformação, com o Movimento Estudantil, e com o engajamento político.

Quanto ao sentido de transformação, destacou-se:

Fiz o VER-SUS em 2012.2 também, né... E tipo, eu conheci o VER-SUS por quadro de avisos. *Tava* lá um, um cartazinho né, divulgando o VER-SUS e eu li e acho que veio carregado naquele sentimento de que tinha alguma coisa errada que eu não sabia o que era, mas que eu queria descobrir pra dar um jeito, né? Dar o meu jeito de contribuir e tudo o que *tava* escrito naquele cartaz acabou me incentivando. Aí, aí eu... decidi fazer, né? Vi também algumas pessoas comentando, né, que, dessa coisa da imersão, de, de uma experiência diferente. Eu acho que naquele momento eu *tava* atrás disso, né ... *Tava* entre muitas outras coisas que eu nunca pensei em fazer na minha vida, mas foi esse, esse processo de mudança mesmo, que eu acho que foi o que mais me impulsionou para que eu participasse naquele momento. Foi bem legal.

Gisberta

Alguns sentidos relacionaram a motivação em participar do VER-SUS ao movimento estudantil e à mobilização ativa da juventude

[...] mas o central mesmo foi a participação no movimento estudantil, né. Eu era gestão do Diretório Acadêmico na época e a gente tinha, queria aprofundar mais os debates sobre, é... Esse tipo de vivências, fazer os debates sobre o SUS, sobre saúde pública, então a gente viu no VER-SUS, é... Uma estratégia importante de participar das discussões para poder colocar esse debate também para os estudantes de veterinária. **Luís Carlos Prestes**

Minha versão do VER-SUS foi a 2013.2, que foi em Paulista [...] o que mais me motivou a fazer foi a mobilização que foi feita na UPE [...] A comissão organizadora do VER-SUS que vai fazer a divulgação e tudo, assim. [...] Eu não entendia muito bem como era a proposta. Mas era tão instigante assim, a mobilização, dizendo o quanto era importante, dizendo o que era essa vivência, de 10 dias, era praticamente 24h inseridos nisso, as discussões, e foi o que me fez fazer. Mas eu só entendi realmente o propósito quando eu fiz realmente o VER-SUS. **Frida Kahlo**

[...] As minhas vivências com o VER-SUS foram de facilitador e de comissão organizadora... E eu já era do movimento estudantil, né, na, na UPE. E... a gente do M.E tem dificuldade realmente de renovação do M.E, de atrair uma galera pra, pra militar mesmo, fazer M.E. E, a gente começou a perceber que tinha uma galera, né, que *tava* fazendo o projeto VER-SUS e que *tava* voltando numa instiga massa, assim, pra construir não só no M.E, como outras atividades, enfim. E aí eu fui, né... Comecei a conhecer o pessoal que *tava* construindo, enfim. E, e, comecei a contribuir com a construção, muito nessa tentativa mesmo de, de é... Dar esse apontamento mesmo de construção do M.E a partir do VER-SUS, né. E assim, deu bastante certo, assim. Muita gente que eu conheço que veio do M.E entrou depois que fez VER-SUS, depois que teve contato com outros movimentos como um todo.

Carlos Marighella

Outro sentido explicita uma correlação da motivação com a oportunidade de engajamento político:

[...] E aí o VER-SUS, ele surgiu num momento que eu *tava* de muita inquietação, e que escutei um relato de uma colega que já tinha feito o VER-SUS e falou, né, a proposta e como era, né... que você ficava imergido praticamente 24h discutindo e, e, refletindo, e foi isso, assim, o que me motivou foi se organizar de alguma maneira. Já sabendo um pouco como seria o pro..., a vivência, né, o projeto. **Marielle Franco**

Já as marcas associadas à indicação de colegas, apesar de aparecerem nas discursivas como o foco da motivação, sugerem relação com as citadas anteriormente, seja com a necessidade de transformação do M.E:

[...] ao conversar [...] coma pró-reitora de extensão, porque a gente da liga de saúde pública *tava* pensando em fazer alguma coisa parecida, né. Só que ela disse: “Não, mas olhe... Isso já tem. Isso é o VER-SUS, procura saber. Vai pro Congresso da Rede Unida...” [...] E assim a gente seguiu, né? [...] **João Pedro Teixeira**

Seja a questões relacionadas à formação profissional em saúde:

E na época eu fiz o VER-SUS, porque eu já conhecia algumas pessoas que já tinham feito no meu curso e como assistente social que, nosso projeto profissional, ele... busca um novo projeto de sociedade, né. [...] Então eu via, vejo no SUS um projeto de sociedade que vai para além da saúde. Então foi o que me motivou também a fazer o VER-SUS. **Carolina Maria de Jesus**

O que me motivou a fazer o VER-SUS foi, eu *tava* no meio do curso de enfermagem aqui na federal, que o curso daqui ele é muito.. fechado! [...] eu *tava* na metade do curso e *eu tenho uma amiga que* na época era quem tava na organização desse VER-SUS, dessa edição 2012.2. [...] Eu *tava* bastante angustiado por outras questões, e aí ela conversou comigo: “Não, *vamo* fazer o VER-SUS”. E aí eu: “O que é o VER-SUS?” Ela começou a explicar e eu fiquei com vontade de fazer o VER-SUS... Foi isso, né, o que motivou foi, de fato, uma influência muito pessoal, de uma amiga é, é, pessoal de curso, entendeu? Ela *tava* quase se formando e eu *tava* na metade do curso, então ela, o que me motivou foi a influência dela. **Milton Santos**

Ou puramente pela indicação em si, de algum (a) egresso (a), que possivelmente gerou alguma identificação ou, até mesmo, contagiou pelo “apaixonamento” de retorno:

Eu fui da edição 2013.1. O que me motivou foi [...] essas experiências de outras, de outros estudantes. Eu lembro que... Uma dessas pessoas, ela quando chegou do VER-SUS, ela, o olho dela brilhava em falar do VER-SUS. Aí eu: “meu Deus, o que é que esse VER-SUS tem, pra ela falar com esse olho brilhando?”. E daí eu disse: “Eu vou fazer, né. *Vamo* vê o que é que é isso...” E a partir do VER-SUS foi que eu vim entender, realmente. Só na, na imersão. [...] Então eu fui mais por experiências e indicações, também de algumas pessoas. **Maria Bonita**

Eu fiz o VER-SUS em 2015, a versão do sertão do Pajeú. Pra falar a verdade, eu... Quando eu fui fazer o VER-SUS, eu não sabia exatamente muito bem a proposta. Eu fui porque algumas colegas minhas tinham feito, e... tinham me contado mais ou menos por cima como era, como acontecia e eu me interessei. **Pagu**

Dissertar sobre os fatores motivacionais que levaram os egressos e egressas do VER-SUS a participar da vivência despertou uma inferência natural relacionada à motivação própria de sua criação que, segundo Lemões et al. (2017) foi a de preencher as lacunas da formação dos trabalhadores e trabalhadoras formadas para atuar no SUS, a fim de formar profissionais mais críticos e comprometidos com a saúde coletiva.

Perceber que a motivação principal de graduandos (as), cursando distintos períodos de cursos da saúde, em participar do VER-SUS é relacionada à formação profissional em saúde, evidenciada pelos sentidos atribuídos como o desejo de entrar em contato com um modelo

diferente de pensar saúde: “apresentou a proposta e aquilo me deixou instigado, porque a gente da biomedicina é muito voltado pra cura, pro diagnóstico e só aquilo”; do desejo de atuação na APS: “Aí, eu tinha muito pra mim na época a vontade de tá atuando na atenção primária, né”; ou puramente do desejo de conhecer a realidade do SUS: “Eu vi no VER-SUS uma oportunidade de conhecer melhor o Sistema, né”; “eu sentia falta, é... de discussões sobre o SUS”, já nos leva a questionar a maneira pela qual tem se dado esta formação.

Identificam-se algumas resistências, no campo da formação profissional em saúde, em disparar processos formativos para além dos modelos pedagógicos essencialmente conservadores, principalmente por parte das IES. A influência do modelo biomédico aparece como a principal condicionante dessa realidade, repercutindo na fragmentação dos sujeitos em formação e conseqüentemente de seus currículos e exercício profissional (ALMEIDA-FILHO, 2013; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; OLIVEIRA et al., 2017).

A tradição de ensino na graduação em saúde acumula fortemente características de um formato embasado em conteúdos e em uma pedagogia de transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos. Nota-se ainda a hegemonia de uma abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, com a presença de conteúdos compartimentados e isolados, que ocupam “um espaço hierarquicamente superior na cultura acadêmica ou na imagem do trabalho em saúde”, desconsiderando o cuidado integral. Aparenta-se estar ausente do ensino o prazer do conhecimento, a alegria do trabalho coletivo e a responsabilidade social do profissional (CARVALHO; CECCIM, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; BILIBIO, 2004, p. 9).

Segundo Ferreira (2004, p. 414), entende-se por formar a ideia de “constituir, compor, ordenar, fundar, criar, instituir-se, colocar-se ao lado de, desenvolver-se, dar-se”. Para Matias et al. (2017), a noção de emancipação ou de uma forma de poder que possibilita o surgimento da autonomia das pessoas na sua condição depreende desta ideia, e vai bem ao encontro da pedagogia da libertação “freireana”. E é junto da pedagogia do oprimido que Freire (2011, p. 71) nos ensina e lembra: “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”:

Educador e educandos (liderança e massas), cointencionados à realidade, se encontram numa tarefa em que ambos são sujeitos no ato, não só de desvela-la e, assim, criticamente conhecê-la, mas também no ato de recriar este conhecimento. Ao alcançarem, na reflexão e na ação em comum, este saber da realidade, se descobrem como seus refazedores permanentes. Deste modo, a presença dos oprimidos na busca de sua libertação, mais que pseudoparticipação, é o que deve ser: engajamento (FREIRE, 2011, p. 77-78).

Os desejos relatados, de entrar em contato com um modelo diferente de pensar saúde, da atuação na APS, e de conhecer a realidade do SUS, dialogam com o disposto por Ferla (2011, apud MARANHÃO, 2013, p. 2), responsável por evidenciar a carência de uma formação diferenciada que “qualifique os profissionais para um olhar e uma escuta ampliada ao processo saúde-doença e a qualidade de vida”. Aqui, percebe-se que não apenas os pensadores da reforma sanitária brasileira constatarem a formação profissional em saúde como um desafio para a consolidação do SUS, o próprio grupo discente o reafirma, buscando uma formação que o prepare para atuar com competência e criatividade neste cenário.

É neste cenário que o VER-SUS se encaixa e se propõe, e ter estudante aprendendo com estudante; juventude construindo com juventude é um fator realmente convidativo, como sugere as seguintes marcas discursivas: “O negócio deve ser bom mesmo, porque tá todo mundo querendo participar [...]”; “era convidativo fazer VER-SUS [...] vivência de 10 dias, que você vai se aprofundar [...]”. Segundo Matias et al. (2017, p. 102), “a própria experiência da imersão é algo envolvente”, [...] “a própria palavra já sugere “banhar-se” ou envolver-se por completo”.

Compreende-se que a juventude apresenta novas concepções culturais, sociais e políticas, propondo diferentes formas de ver, entender e se relacionar com a vida. Na educação, um dos maiores desafios da atualidade é saber (e conseguir) adaptar as práticas pedagógicas às novas concepções, expressões, identidades e ritmos da juventude. “Para que uma educação mais participativa e integral possa ser construída, é fundamental não só adequar conteúdos, mas também envolver os próprios sujeitos na construção dos saberes, considerando os que eles já trazem consigo” (JUVENTUDE, 2018).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d), a mobilização estudantil organizada é capaz de incentivar poderes e ir mais além, interpor conceitos à sociedade, marcando um modo peculiar de existir no mundo que exige transformações sociais. Algumas marcas discursivas sugeriram estas peculiaridades: “mas o central mesmo foi a participação no movimento estudantil, né [...] então a gente viu no VER-SUS, é [...] Uma estratégia importante de participar das discussões para poder colocar esse debate também para os estudantes de veterinária.”; “A comissão organizadora do VER-SUS que vai fazer a divulgação... era tão instigante assim, a mobilização, dizendo o quanto era importante, dizendo o que era essa vivência, de 10 dias, era praticamente 24h inseridos nisso, as discussões, e foi o que me fez fazer”; “a gente começou a perceber que tinha uma galera, né, que *tava* fazendo o projeto VER-SUS e que *tava* voltando numa instiga massa, assim, pra construir não só no M.E, como outras atividades, enfim. E aí eu fui, né [...]”

A oportunidade de estudantes, que futuramente atuarão enquanto trabalhadores na saúde, de experimentar a realidade dos serviços de saúde, potencializa as possibilidades de mudança (MARANHÃO, 2013). Segundo Ferla et al. (2013), no VER-SUS, a configuração da Atenção Básica como cenário privilegiado de aprendizagem, abre o cotidiano das instituições de saúde como espaço educativo e de lutas em favor das necessidades de saúde da população. Ao extrapolar os muros da Universidade; proporcionar aprendizados de convivência em grupo; incentivar o protagonismo estudantil; a aproximação de estudantes de diversas realidades sociais; e oportunizar discussões sobre o sistema de saúde local e as experiências adquiridas, o VER-SUS vem reorientar a formação, resgatando o que a formação tradicional tem sido responsável por retirar ao longo do tempo.

Para Matias et al. (2017, p. 103), “o VER-SUS é um movimento que não acaba em si mesmo, portanto é permanente, vivo e atuante, capaz de sobreviver no imaginário, nas lutas e no cotidiano daqueles que se entendem enquanto militantes e construtores do SUS.” Identificou-se, portanto, ainda nas motivações em participar do VER-SUS, esse sentimento de continuidade, através do engajamento político: “o que me motivou foi se organizar de alguma maneira”.

Segundo Paulo Freire (1984, p. 89) “seria na verdade uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica”. Uma vez compreendida a relação da formação profissional em saúde com o modelo de sociedade vigente no país, considerando-se a lógica de mercado imprimida pelas constantes investidas de comercialização da saúde, e resgatando-se o caminho dialético dialogado por Freire e Marx, de ação e reflexão para a transformação, infere-se que além de se apresentar como motivador pela busca de transformação da formação profissional em saúde, o VER-SUS aparece também como motivador de transformações sociais por meio da organização coletiva, seja através do ME da saúde (mais setorial), seja através do engajamento político mais conjuntural.

Segundo Oliveira et al. (2017), a indignação é mola propulsora dos seres como agentes transformadores e é o sentimento gerado por ela que gera ação organizada.

... *Tava* lá um, um cartazinho né, divulgando o VER-SUS e eu li e acho que veio carregado naquele sentimento de que tinha alguma coisa errada que eu não sabia o que era, mas que eu queria descobrir pra dar um jeito, né? Dar o meu jeito de contribuir e tudo o que *tava* escrito naquele cartaz acabou me incentivando. Aí, aí eu... decidi fazer, né?... **Gisberta**

“Não podemos esquecer que Paulo Freire sempre dizia que as verdadeiras ações éticas e genuinamente humanas nascem de dois sentimentos contraditórios e só deles: do amor e da

raiva” (FREIRE, 2014, p. 13). Dependendo da intensidade em que o VER-SUS entrou na vida de quem participou, sua dispersão se dá como se fosse contágio, essa transmissividade comunicacional, que incentiva outras pessoas a experimentá-lo por motivos diversos reverbera a sua marca: *mobilizando corações e mentes para a qualificação da saúde e do SUS*.

6.3.1.2 Subjetivo, em movimento, nem sempre nítido, inquietante, processual

Ninguém nasce feito: é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos (FREIRE, 2001, p. 40).

Reitera-se que o conceito-análise “contribuição do VER-SUS” foi organizado metodologicamente nas dimensões acadêmica e profissional. No que concerne à dimensão acadêmica, direcionada primeiramente à graduação, observou-se uma contribuição relacionada a questões sociais, responsável por disparar processos de transformação, sejam eles no nível ideológico (da consciência) ou da ação.

As marcas associadas aos processos disparadores de transformação agruparam sentidos como: despertar à ação e à necessidade de organização coletiva; transformação da realidade através da organização coletiva.

Nos sentidos relacionados a estes despertares surgiu marcas que sugeriram o aparecimento de inquietações frente ao modelo atual de sociedade:

[...] eu era muito fruto do, da hegemonia, assim. Que não, que não conhece o funcionamento das coisas. [...] Então, mas o VER-SUS foi esse espaço de ter uma coletividade, de estar com um monte de gente que, que vai te chamando pra outro lugar, que vai se organizando politicamente, né, vendo que essa realidade que a gente tanto questionou, tanto criticou lá no VER-SUS, ela é cabível dentro desse sistema social que a gente vive. Então algo a mais era preciso. **Safira**

Eu era quadrado, então, eu fui, foi com o VER-SUS que a minha vida deslanchou de vez, assim. (*risos na sala*) Eu voltei bombando. (*risos na sala*) É, tipo assim, bombando, com sangue nos olhos... Pra resumir de forma um pouco engraçada, né, um sentimento que, que você parece que encontrou uma resposta, que pode fazer alguma coisa, você que tá ali, você pode fazer, você pode organizar alguma coisa na sua vida... **Gisberta**

[...] E ficou mais forte a ideia de que lutar pelo SUS é lutar por uma mudança de sociedade, né. [...] Então eu voltei do VER-SUS com essa ideia de que lutar pelo SUS é muito mais complexo e a gente só vai conseguir fazer isso, é... se organizando de alguma forma, né, e... mudando a sociedade, se não, não vai dar para construir o SUS. **Margarida Alves**

Outros sentidos se encaixaram em despertares mais relacionados aos processos ideológicos, de formação de consciência, capazes de provocar reflexões sobre a necessidade

de organização coletiva, aproximando-se de características como estímulo à organização, e criação de identidade com a luta coletiva.

Teve uma importância fundamental na ampliação da consciência, porque me estimulou a estudar muito também. Depois do VER-SUS, eu [...] tive acesso a, a... uma literatura mais, é... revolucionária, né. Fazendo essas leituras, me aproximando mais de uma teoria e tentando efetivar essas leituras na prática, né. É. Assim... Desses momentos de encontro feito o VER-SUS, né, de imersão, que juntam pessoas de áreas diferentes, de locais diferentes, eles geram esse sentimento, né, quando a gente sai. Oh, tenho que fazer alguma coisa... [...] **Luís Carlos Prestes**

E aí, você pega um monte de jovens, né, pra participar de uma vivência. São outro tanto de jovens construindo um negócio capaz de fazer, de causar toda aquela comoção [...] aí você sai se sentindo provocado, né. Porque assim, “é possível eu, enquanto jovem. Você provoca aquele jovem estudante que *tava* numa certa passividade a, a... “ah, pô, eu posso também construir, eu posso fazer um negócio que dá certo”. **Carlos Marighella**

[...] Ele não contribuiu diretamente para que eu pudesse me organizar, né, na perspectiva de um outro modelo de sociedade, mas eu diria que ele foi uma semente pra isso também. **Olga Benário**

Outros sentidos estiveram mais próximos de processos disparadores de ação coletiva, seja a partir da multiplicação da experiência do VER-SUS, seja a partir de engajamento político no geral.

Sobre a multiplicação da experiência, temos:

Só que no processo de construção do VER-SUS, ao você desmistificar algumas coisas, meio que a comissão passa pra você o bastão, né. “Poxa, agora a gente tem que levar esse conhecimento pro resto da galera” [...] eu uso sempre a questão do MST, que eu achava que era aquela galera do mal, aquela galera do facão, da espingarda, e digo: “Não, a gente tem que fazer uma construção nesse processo, porque é um movimento social, é movimento que traz um projeto de sociedade que é o que a gente queria”. *Tava* meio escondido, *tava* no escuro, meio escondido ali, mas quando se, se desmistifica... Então assim, você levar essas bandeiras de luta, né, pra outra pessoa. **João Pedro Teixeira**

[...] E aí depois tudo foi clareando, tanto as reflexões que o VER-SUS trouxe, é... Pessoalmente e profissionalmente também falando, já que eu *tava* em formação no momento. É... Após isso, a gente, o meu desejo maior era, de fato, fazer com que mais pessoas sentissem a mesma coisa que eu senti. [...] Aí foi quando eu me juntei com os meninos e a gente botou pra frente. A gente construiu mais umas duas edições aí, pós a minha edição. [...] A gente foi pra vários congressos da Rede Unida, a gente se reuniu com pessoas de outros estados, a gente tentou fazer com que isso, com que isso acontecesse de fato de forma mais ampliada. [...] **Milton Santos**

Depois a gente levou pra Alagoas [...] uma vivência, né. Primeiro eu fui como vivente em Goiana, depois foi como comissão organizadora. E aí eu voltei com sangue nos *zóio*, né, pra construir o VER-SUS, principalmente lá em Alagoas, [...] E a gente voltou com muito sangue no olho mesmo, tanto que a gente construiu e até agora existe uma comissão lá que tá, é, organizando as coisas, né. **Gregório Bezerra**

E assim, o pós foi bem... [...], sangue nos olhos, então dá aquele gás pra fazer tudo, “eu quero participar daquilo, eu quero participar daquilo, não quero mais deixar o VER-SUS...” Então depois da vivência eu fui facilitador de uma edição, fui... pra organização de outra edição, e você queria participar de tudo. **Chico Mendes**

Depois disso eu participei como facilitadora. Em 2012.2 e na terceira edição. Na segunda e na terceira. **Alexina Crespo**

Extrapolando a multiplicação da experiência, aparecem questões de engajamento político, seja através da organização do movimento estudantil ou através do envolvimento com movimentos sociais, como se evidencia a seguir:

[...] Quando a agente saiu que voltei, aquela coisa na faculdade... “O que é que eu vou fazer aqui numa instituição privada que tem um curso de biomedicina totalmente hegemônico, o que é que eu vou fazer?” E... Como eu *tava* entrando na gestão do Diretório Acadêmico, foi um desafio mostrar para aquelas pessoas que *tavam* comigo o que é que a gente pode fazer diferente. **Nelson Mandela**

[...] mas também deu um caldo muito grande pra tocar a organização dos estudantes de veterinária, né. Eu já tinha, é... a participação no Diretório Acadêmico, mas você passa a compreender outros aspectos, passa a tirar alguns preconceitos que existiam, uma prática muito autonomista, você vai vendo a necessidade de organizar mais as coisas, de não ficar mais tanto ligado ao indivíduo ou então a pautas tão relacionadas ao curso, né. **Luís Carlos Prestes**

[...] *Tava* passando por uma época de, de, de desânimo na época, né. É... a Executiva de Nutrição *tava* bem desgastada, e... [...] o C.A de nutrição lá da faculdade *tava* enfraquecido e quando eu voltei do VER-SUS, isso deu um gás pra, pra... pra articular a galera, né. Eu dizia: “Porra, é, é, vou... construir o VER-SUS seria o mote pra unir, é, pra juntar pessoas dos cursos da saúde, as pessoas da nutrição, e eu *tava* pensando nas pessoas além da, da, da saúde também [...] E aí a gente mobilizou a galera e aí [...] me aproximei de movimento social urbano, movimento social rural, é, e saí fazendo contato e divulgando, e, construí o VER-SUS, que era uma pauta que iria unir muita gente, né. **Gregório Bezerra**

A partir do VER-SUS eu entrei no Diretório Acadêmico, eu comecei a participar da Executiva, participei da reativação da Executiva de fisioterapia. Tipo, aí fui ingressando em movimentos sociais, né, o Levante Popular da Juventude. E fui, e fui me aperfeiçoando, né, assim, eu acho que esse, esse gatilho inicial que foi o VER-SUS foi muito importante pra minha formação política enquanto pessoa [...] **Gisberta**

E aí depois do, da vivência, eu, eu, eu fiz, fiz o 2016.1 como facilitadora e a partir daí foi que eu comecei a me organizar MESMO e percebi que... sozinho a gente não consegue mudar muita coisa, né. [...] E é isso, assim, ele, o VER-SUS, ele abriu os meus olhos mesmo, e... e trouxe essa questão assim de que se você não tiver com seus pares, você não consegue um espaço digno pra viver, pra viver em coletividade mesmo. **Marielle Franco**

A gente também fez Curso de Realidade Brasileira, num foi, nós três, *hã*... Participei de alguns movimentos, de alguns espaços, então acho que é a grande... o grande fruto que o VER-SUS deixa na gente, essa inquietação, que a gente... é, tem que mudar onde a gente tá, [...] a gente precisa mudar o mundo. Acho que foi muito isso o que... o VER-SUS planta na gente [...] pra que a gente não fique quieto e inquiete as outras pessoas. [...] **Chico Mendes**

E acaba que... quando você vai lá atrás, você mexe em tudo aquilo que você viveu, você vê que tu o que você percorreu também vale a pena, né, de tá nessa, nessa luta, nessa construção. [...] Aqueles momentos, é, quando eu saí de lá (*do VER-SUS*), era um momento de gratidão muito, muito forte que eu tinha. **João Pedro Teixeira**

Já no que concerne à dimensão profissional, observou-se uma contribuição voltada à área da saúde, responsável por disparar processos de identificação e aproximação com o SUS,

refletindo na orientação de práticas profissionais, bem como na determinação dos caminhos destas. Infere-se que o fio condutor desse processo pode ter surgido a partir do contato com a realidade do SUS, com discussões sobre o que é saúde e seus determinantes.

Porque diziam: “Conhecer o SUS”, mas eu não entendia como a gente ia conhecer esse SUS, né. Mas no VER-SUS a gente se apropria mais dos debates, né. **Safira**

Eu não era praticamente ninguém, né, e aí eu conheci o SUS, né, e a saúde pública a partir [...] do VER-SUS. Então minha trajetória, né, que eu trago até hoje, ela partiu, acho que o VER-SUS pra mim foi, eu acho que foi muito... mas acho que isso não é pra falar, não, enfim... (*risos na sala*) **Milton Santos**

[...] Na enfermagem a gente tem muito a tendência de olhar muito o biológico, olhar a doença, aquelas coisas bem... focadas, em partes, segmentadas. E... quando eu fiz o VER-SUS, realmente, foi bem mais do que eu esperava, ampliou muito mais o meu olhar, a questão dos determinantes sociais em saúde... **Pagu**

Quando eu cheguei lá, eu me deparei com outra realidade, né, [...] que o SUS é muito maior do que isso e que a gente não *tava* falando só do que é um sistema, mas a gente *tava* falando do que é saúde. E aí foi quando eu tive contato com o MST, foi quando eu tive contato com outras, é... com outras organizações, e... foi despertar, né, pra entender que a saúde tá muito além do que aquele sistema que tá colocado ali, né. E aqueles dez dias, é... bastante intensos, né. Eram dias de estudos diários, né, de, de, de imersão diária, ele serviu para eu despertar. Eu despertar da, de como é esse conceito de saúde que é colocado pra gente durante toda a graduação, né. **Olga Benário**

Então... e realmente é, me possibilitou abrir a cabeça para muitas coisas, que a gente só achava, na faculdade que SUS era doença, pra curar doença, e a gente, e a gente viu. Eu falo que eu vi que a saúde é muito mais do que só doença ou ausência de doença, e isso tudo foi em relação ao VER-SUS. **Chico Mendes**

No meu curso, eu não, não tinha essa discussão sobre o SUS. Claro que a gente é apresentado ao sistema de saúde. Mas não é uma discussão rica, com reflexões, é uma coisa mais de saúde e doença, né. Mais doença, no caso. Não tinha muito saúde, educação em saúde, promoção em saúde. E aí, a gente começou a vivenciar aquilo e foi, assim, um aprendizado enorme. Você tá ali discutindo, refletindo, conversando 24 horas sobre o SUS. **Alexina Crespo**

[...] pra mim foi muito importante, porque aprofundou mais esse, essa visão dos serviços e da, da política, a relação política e saúde [...] **Gregório Bezerra**

Percebe-se, através das marcas discursivas, que as questões acima aparecem diretamente imbrincadas com a forma como se deu a formação profissional em saúde destas pessoas.

E, para além de tudo isso, foi o que impulsionou eu, também, na graduação, a ir pro movimento estudantil e começar a... a buscar, buscar o SUS, né, nas disciplinas... Dentro do Diretório Acadêmico a gente já pautava isso de, essa questão das disciplinas da grade curricular, a gente já fazia essa crítica, né, de que o currículo da graduação não *tava*, não *tava* correspondendo ao que a gente deveria saber, né. Já que o VER-SUS apresentava uma contradição da universidade não prestar esse, essa formação, né, esse tipo de informação. **Gisberta**

E aquilo me instigou a quebrar esse muro que tem dentro da biomedicina [...] o quanto colaborou para a minha formação como profissional, pra participação no movimento estudantil e pra quebrar aqueles diálogos que muitas vezes vi dentro da faculdade. **Nelson Mandela**

Aí foi como o colega falou, você esquece um pouco da graduação, aquele caminho, você quer abrir seu horizontes, então apareceu pra fazer PET, eu já queria fazer PET. Ninguém no meu departamento queria fazer. Eu fui fazer PET, foi também uma experiência muito rica, é... Até quando eu falava depois, na faculdade, ninguém aguentava mais escutar minha voz, porque tudo o que eu falava, era o VER-SUS no meio. **Chico Mendes**

Eu já *tava* no último período da faculdade e que nunca tinha vivenciado nenhum tipo de discussão das que eu tive no VER-SUS, assim. Então... E ainda [...] era obrigada a estagiar no hospital, já fiquei arretada. [...] no final do curso eu tinha clareza de que não queria trabalhar num hospital. [...] E ainda fui crít, assim, revoltada, porque eu ainda não tinha tido nenhum desse tipo de discussão durante minha formação INTEIRA. **Frida Kahlo**

[...] reafirmou meu desejo de continuar na saúde pública, né. Meu desejo de realmente sair daquela caixinha que a universidade coloca pra gente, que a gente vai se formar pra trabalhar em hospital e enfim... **Olga Benário**

Outra questão que se revela é o processo de determinação da escolha profissional, principalmente no que se refere à inserção nas Residências Multiprofissionais em Saúde, a qual se destina a investigação desse estudo.

Eu acho que a gente enxerga (*a residência*) como um espaço que a gente consegue dar continuidade ao processo do VER-SUS, né. **Chico Mendes** (grifo nosso)

[...] o VER-SUS teve uma determinação muito forte na minha escolha profissional. Eu... Eu não tinha tanta, é... consciência do que eu podia fazer enquanto veterinário, né, assim, na área da saúde pública. [...] Então o VER-SUS, pra, pra, pra foi essencial pra eu escolher a própria residência, pra eu seguir a carreira como sanitarista. **Luís Carlos Prestes**

...eu sou assistente social, sou da residência multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial, que é a residência que, é... A qual eu passei pelo VER-SUS na RAPS [...] e foi uma experiência INCRÍVEL, uma experiência muito legal, porque me apresentou um universo que eu não tinha conhecimento, num é, que é a luta Antimanicomial, a questão da saúde mental no Brasil [...] que era um tanto desconhecida, né. Então me instigou bastante a fazer a residência que eu faço hoje, *tô* no segundo ano da residência, e é isso, foi uma das lições que me inspirou, né, [...] foi o que me inspirou a escolher minha residência hoje que eu faço. **Carolina Maria de Jesus**

[...] e foi um dos motivos pelos quais me fez escolher a saúde da família. **Pagu**

E como pessoa foi muito o que, qual profissional eu queria ser. Eu tinha uma visão, eu já *tava* muito interessado pela saúde pública, mas quando passou aqueles dez dias e disse “não, é isso o que eu quero, é de tá na residência, é de ter um local de campo de estágio, eu querer lutar, defender o SUS” [...] **Nelson Mandela**

[...] o VER-SUS, a partir dali, era o que eu queria pra minha vida. Era o que eu queria fazer. Então o caminho trilhado a partir do VER-SUS foi esse, né. Foi construir outros VER-SUS, facilitar, tá ali dentro como comissão discutindo essas coisas, provocando... E aí quando eu me formo, eu faço saúde coletiva, que é o que eu queria, né, fiz a residência, hoje em dia eu terminei, e... Me formei em sanitarista, que era o meu grande sonho a partir do VER-SUS. **Milton Santos**

Aí depois de tudo, eu prestei a seleção pra residência em saúde da família, já com a certeza de que era, de que era isso o que eu queria na minha vida profissional. *Tava* ali na minha frente, assim. **Gisberta**

[...] E a gente nem hesitava em escolher outra coisa, né, o grupo. “Oh! [...] onde é que tá fulano?” Tá tudo... e aí a gente se encontra na residência, todo mundo junto, né. Porque foi aquele povo que se encontrou lá atrás no VER-SUS, voltaram pros cursos, fizeram militância, num sei quê, e se encontraram de novo na residência.

Safira

[...] o VER-SUS Goiana foi determinante para eu escolher essa residência. Determinante. Eu tinha pensado em mestrado, alguma coisa, eu nem sabia que tinha residência, né. Eu já tinha, inclusive, vindo na Fiocruz, e não sabia que tinha residência, mas o VER-SUS, no meu caso, foi determinante. **João Pedro Teixeira**

[...] Eu *tava* finalizando o curso, é... *Tava* chegando perto a questão das “condições objetivas” e aí, é, residência em saúde da família, né. Foi aí que eu bati o martelo, depois do VER-SUS, é... escolhi a residência de saúde da família e durante a própria organização eu *tava* estudando para a prova, né, num sei o que, e fazia tudo isso ao mesmo tempo. Foi uma época, foi uma época de muita, é, é, muita efervescência, muita coisa ao mesmo tempo, muita, muita, muita ideia nova, e... enfim, foi muito rico, pra mim, o pós VER-SUS. Tanto o VER-SUS mesmo, como o, o, o momento depois, né. **Gregório Bezerra**

Eu não conhecia a residência antes do VER-SUS. Eu acho que teve a influência do VER-SUS, com certeza. [...]. E eu acho que ainda mais a residência em saúde da família e saúde coletiva, porque por exemplo, é... Eu, na minha turma, fui o único que fiz VER-SUS. Então as outras pessoas, a maioria da minha turma também passou na residência, mas todos os outros foi hospitalar. [...] Então, como eu fui por outro caminho, que eu fui para além dos muros da faculdade, que eu fiz VER-SUS, fiz PET, fiz outras experiências. [...] Então, pra mim foi determinante o VER-SUS, porque foi o momento em que eu descobri o que é a residência, consegui fazer outras pessoas descobrirem, e ainda mais quando eu escolhi saúde da família. Se eu não tivesse participado da edição, com certeza eu teria escolhido a área hospitalar.

Chico Mendes

[...] e também me ajudou a escolher, pra trabalhar, ou na área de saúde coletiva ou saúde pública. Eu fiquei na época pensando na área, mas eu fiz saúde pública (*coletiva*) na residência [...] **Frida Kahlo** (grifo nosso)

Embora não tenham se apresentado como consenso, algumas marcas discursivas relacionaram o processo de determinação da escolha profissional a processos disparadores ocorridos nas vivências, como a questão do contato com uma experiência multiprofissional, assim como com outros residentes:

Então, por exemplo, no VER-SUS você tá lá com uma galera de todos os cursos de saúde, e aquela experiência fantástica, você se imagina trabalhando com aquela galera inteira. Então você quer levar todo mundo da sua edição para trabalhar junto com você. **Chico Mendes**

E eu não lembrava, assim, vocês falando agora, que é um negócio que eu acho massa, é de poder trabalhar numa equipe multi, e a minha primeira experiência nisso foi o VER-SUS, de tá com pessoas de outras áreas [...] **Dandara dos Palmares**

É, a minha, a primeira edição, que foi a que eu fiz, ela foi construída por residentes, então meio que já começou daí, né. Residentes que trouxeram para a gente o VER-SUS. Pra mim, foi meio que conhecer a residência também, assim, né. “Quem são residentes, né, o que é ser residente, porque é que eles estão trazendo isso pra gente, né? O que é o VER-SUS?” Então, já começou desde o início da visitação, de quem eram essas pessoas que estavam trazendo o VER-SUS pra gente... Mas assim, foi

pra mim, foi importante, fez a diferença, eu acho que até pela facilitação do VER-SUS pra mim pelos residentes. **Alexina Crespo**

Na minha edição, umas das organizadoras disse que fazia (*residência*) aqui (*na Fiocruz*), foi o motivo do meu conhecimento. Então, se valeu a pena, meu irmão, mudou a vida. **João Pedro Teixeira** (grifo nosso)

E aí, tem uma outra etapa do aprendizado que é quando você se propõe a construir, né. Porque você pega um, você vai pra vivência e aprende certo tipo de coisa, certo tipo de realidade e quando você se propõe a construir, é você que vai facilitar, é você que vai, junto com outras pessoas, escrever o projeto, é você que vai prestar conta pra rede unida, mandar nota, mandar num sei o que, então... E aí fazendo esse link muito com a vida profissional, né, pra a gente que trabalha num, num, numa perspectiva multiprofissional... Velho, você conseguiu trabalhar aí, dessa forma, e fazer algo tão grande dar certo, você vai querer isso pra a sua vida toda, né. E aí tem mediação de conflito em equipe multiprofissional, é você conseguir saber liderar algo que vai ser feito na sua unidade, assim como também a hora de saber calar e deixar que outro, que outro assumo o papel de liderança e tudo isso é nada mais do que prática, né. [...] **Carlos Marighella**

Por sua vez, a atuação profissional apareceu nas marcas discursivas como uma prática comprometida com as transformações do espaço onde as pessoas estão inseridas.

[...] desde o VER-SUS é isso, é tentar me compreender quanto profissional, o que eu quero, o que eu vejo no SUS e levar para outras pessoas. É uma coisa que eu acho que vai ser uma construção coletiva e que não vai ter fim. É uma coisa que eu espero mostrar cada, às pessoas e a mim mesmo, que o SUS pode se reinventar, que a gente não tá preso àquilo que as pessoas acreditam que seja o SUS. **Nelson Mandela**

[...] eu acho que o formato de projeto, o formato de vivência, o formato de ter que se responsabilizar com o projeto, com a prestação de contas [...]. Então, nisso você vai se desafiando a, a tomar a rédea, a ser responsável por o que tá fazendo, e isso a gente leva para a nossa vida profissional com certeza, né. A gente não permite mais ser passivo diante de, pelo menos, diante de, da questão profissional. [...] diante de uma forma de organização, de processo de trabalho e isso já é muita coisa, né. Isso já é um impacto muito diferente pra a gente construir pelo menos um Sistema Único de Saúde diferente, né. [...] **Carlos Marighella**

Eu... Aí naquele momento eu, eu saí, guardei, né e depois refleti sobre... E aí quando eu volto pra fazer residência, né, nessa coisa de “Oh! Se for pra eu ser trabalhador, eu vou, eu vou dar sentido ao meu trabalho. E eu vi sentido na saúde da família, né, é... lidando de fre, diretamente com as contradições, então toda vez quando eu... Amo! Não é romantizar o trabalho na saúde da família, mas é essa coisa de estar na comunidade e renovar a mística, né. Ver pra, ver aquela comunidade e dar sentido à minha militância, né. Sabendo por que é que eu tô militando, porque é que eu tô ali, qual é a realidade do meu trabalho e, e assim a gente né, a gente resgata a função de ser, a razão de ser. De ser militante, de ser trabalhador. **Safira**

Não entrei com os dois pés na militância, não entrei no D.A, eu só participava de alguns, de algumas discussões. E eu acho que até hoje eu tenho um, é, é, é... digamos assim, uma certa dificuldade, né, de militar de fato. Eu sou militante do direito à saúde. Não milito hoje em nenhum movimento social, né, mas eu sou militante do direito à saúde. Então a minha trajetória profissional, ela paira sobre essa, sobre esse pensamento. **Milton Santos**

E aí assim, no meu VER-SUS foi, tiveram muitas discussões que eu já vinha tendo na graduação e foi bacana ver isso no contexto, é... do SUS, assim, como se dá. Na minha atuação como psicóloga *tava* claro pra mim, né, mas no meu trabalho como profissional da saúde contribui um bocado. [...] **Dandara dos Palmares**

Optou-se por considerar a existência de um agrupamento de sentidos que transversalizou as dimensões acadêmica e profissional mencionadas nas marcas dos discursos direcionados ao conceito-análise “contribuição do VER-SUS”, sentidos os quais os enunciadore (as) relacionaram à proposta político-pedagógica do VER-SUS.

Essa é uma pergunta que eu inclusive, fiz pra mim mesmo e para algumas pessoas que fizeram e que construíram o VER-SUS. O que danado tem nesse troço que faz que isso aconteça com as pessoas? [...] Mas aí quando a gente vai buscar esse, essas questões, a gente chega num, num, num, num, a gente chega, de fato, num nó crítico. Que não é um nó, né, é de onde dispara tudo. É o metodológico. É como tudo é montado, eu acredito que, é, e conduzido, por quem é conduzido. Quando a gente diz que os bons resultados ou “OS RESULTADOS”, independente de ser bom ou ruim ou médio. Os resultados do VER-SUS, eles partem muito de quem faz, como faz o VER-SUS. E... a organização metodológica do VER-SUS aqui em Pernambuco, ela é ímpar. Em todo lugar que a gente chega, nos vários congressos que a gente já foi representando o estado, conversando também com outros pares sobre o VER-SUS, a gente consegue ver como brilha os olhos quando a gente fala do VER-SUS daqui do estado. Todo mundo fica impressionado como o VER-SUS daqui é tão bom, dá tantos frutos. Então eu acho que essa questão de como fazer e de quem fazer, eu acho que além...de quem fazer, como fazer. Acho que como fazer, acho que suscita tudo isso que gente tá aqui, é, é, é, conversando. Eu acredito que seja isso de fato. **Milton Santos**

Então, é uma parada que “meu irmão, eu fui pra um negócio que a maioria das pessoas *tinham* menos de 25 anos, e a parada foi massa, metodologicamente bem construída, chamavam algumas pessoas pra debater, é... **Carlos Marighella**

Eu achei que a gente ia viver uma coisa técnica. Uma coisa muito, é... Lei 8.080, porque que algumas coisas não se cumprem. [...] Realmente, quando eu vim aqui, quando eu participei de todos aqueles processos em Goiana, é... Eu até estranhei muita coisa, né. Quando a gente foi pro sem teto, sem terra, aí eu: “Oxe, como assim? Saúde, sem terra?” Enfim, mas foi muito, muito significativo. Principalmente a questão da frase, né “Conquistando Corações e Mentres”. [...] **João Pedro Teixeira**

[...] a gente vê como a expressão político–metodológica, né, que a metodologia também é importante, a forma como é feita, ela vai influenciar na forma desse apaixonamento pela luta, né. [...] Então, a dimensão político-metodológica, a dimensão político-pedagógica, acho que é o grande potencial, acho que é o grande potencializador da coisa. Então a metodologia solta, sem a política, pode fazer a coisa melhor do mundo, que não vai caminhar. E a política, também, solta, sem uma boa forma de expor essas contradições, provavelmente não vai dar tanto resultado, como quando tá, de certa forma, casado, né? **Luís Carlos Prestes**

E eu acho que também tem essa questão muito importante do quem faz, como organiza, porque, apesar do VER-SUS metodologicamente ter esse tipo de discussão e de criticidade, é... Eu vi várias fragilidades em relação à postura da própria organização que, meio que contradizia assim a fala debatida com a sua postura pessoal. E que isso foi difícil, assim e que, infelizmente, eu tenho, é... pessoas que participaram hoje que, na época que participaram, no meu curso, [...] que não influenciou na forma como influenciou pra mim, que influenciou na fala de vocês, assim. [...] é como a gente *tava* dizendo. São tipos de discussões e de, de criticidade, de... questionar mesmo a realidade e... e eu, infelizmente conheço pessoas que... voltaram para a caixinha mesmo. **Frida Kahlo**

O VER-SUS não é algo homogêneo, né. Tipo, é algo que, que vai ser lançado e dependendo da comissão que tá, que tá organizando, vai ter um potencial maior ou menor pra suscitar essas, essas transformações, né. É... A gente de Alagoas teve muito a influência do pessoal aqui de Pernambuco e o pessoal daqui de Pernambuco,

é... É um pessoal bem, bem envolvido com os movimentos sociais, que tava organicamente organizado em... seja em partido, em..., seja em movimento social de uma maneira geral, é... Que levava para a organização do VER-SUS, é... aspectos da coletividade. E eu acho que esse “como” tá muito relacionado a “quem” organiza, né. É... depende muito disso, na verdade. E nesse caso particular, é, é isso que eu coloquei, né. Eu acho que o pessoal que organizou o que eu participei, né, organizou de uma forma que... propiciava todas essas questões. **Gregório Bezerra**

A proposta político-pedagógica foi relacionada com a sensibilização à humanidade pessoal, associada à maneira de se colocar no mundo e desenvolvimento de características como criticidade, problematização, e ainda, com questões mais pessoais, como o desencadeamento de processos de descoberta que oportunizaram reconhecimento/identificação com a orientação sexual.

Acredito que comigo teve muito do... um pouco do que cada um falou, mas isso da questão da formação humana, da formação... **Nelson Mandela**

Acho que pra mim, a, a visão que eu tenho do VER-SUS, ele me abriu os horizontes de dois lados. [...] mas acho que foi maior a questão da formação pessoal mesmo. De construção, de luta [...] por que... é como a galera *tava* dizendo, assim. Tem coisas que a gente não tinha noção, assim, de discutir opressão; de discutir homossexualidade; de discutir questões sobre os movimentos sociais, MST; quais são as lutas, os tipos de lutas que existem; desigualdades sociais, os DETERMINANTES sociais da saúde, então... são discussões assim que você para pra pensar e eu voltei super... [...] Então era uma discussão, em todo espaço que eu via a globo, a globo era manipuladora. “Não, a globo é manipuladora”. Qualquer discurso assim, porque a gente parecia que *tava* numa caixinha antes, né. Eu acho que o VER-SUS, ele extrapolou nesse sentido, assim. **Frida Kahlo**

Eu acho que você faz muitas visões do VER-SUS. Desde, desde... como ele é pensado e como ele aconteceu, num é... Essa questão de juntar várias pessoas, de diversos lugares, de, de mentes diferentes, e conviver. [...] Ah! Eu quero transformar a sociedade, mas não sabe viver em uma unidade, num é. E no VER-SUS, a gente... até nesses aspectos, eu acho que isso, a gente também traz muita lição nisso, num é. Viver em comunidade, ali, com outras pessoas, e, conservar aquele espaço, é, cativar para alguma vivência e tal. **Carolina Maria de Jesus**

[...] O que trouxe de mais novo foi de que agora eu senti, eu vivi que lutar por saúde é muito mais complexo do que eu pude imaginar e quem, como lutar por saúde tendo vivido o que aquelas pessoas que estão ali vivem, é... a questão, é, dos limites de água, né. Ter que, é... enfim! Ter que fazer algumas coisas que geralmente você não faz na sua casa, né. E aquilo pra mim ficou muito forte, assim... **Margarida Alves**

[...] eu acredito que a maioria das pessoas, elas não voltam as mesmas pessoas depois do VER-SUS. Acho que é difícil. E acho que a partir disso, acho que talvez algumas pessoas que têm alguma chaminha pequenininha que lá, durante o VER-SUS, ela fique lá acesa e você sai dali como os meninos disseram, com sangue nos olhos mesmo, né. E outros que não *tavam* nem aí, mas o VER-SUS consegue acordar e você consegue realmente pensar e ver o mundo de outra maneira, assim. Não tem como você, depois disso, ficar parado. Você realmente quer fazer algo diferente, quer mudar, quer processos de transformações e acho que essa mudança pessoal da gente é uma coisa muito grande que o VER-SUS faz. **Alexina Crespo**

Para além disso, enquanto pessoa, eu sempre digo que, é, é, a minha vontade depois disso, eu digo que eu voltei pra dentro da faculdade, aqui na federal, já com raiva. É!

É! Porque antes... [...] como nada daquilo tinha sido apresentado pra mim, pra mim *tava* tudo muito bom. Aí quando você volta, né, com outros, com outros olhares, quando você de fato tirou os tampões dos olhos, você começa a enxergar tudo errado e diz: “não, *perai*, *vamo* começar a conversar.” [...] Então eu voltei com um olhar muito mais é, é, é, é, é... Político, e pessoal e reflexivo quanto a isso. **Milton Santos**

Tudo aquilo que tinha no VER-SUS, as discussões, eu nunca tinha tido ouvido falar. Por exemplo, eu não sabia o que era opressão, eu não sabia... o que era MST. Eu não sabia... tantas coisas que eu vi no VER-SUS, eu não sabia. E... o VER-SUS me possibilitou conhecer muita coisa. Eu por ter vindo do interior, de uma família muito... de cabeça fechada, então o VER-SUS conseguiu abrir minha mente pra tudo. Então... como a gente falava... “não queria ir embora”, “saudades”, “amigos pra vida inteira”, mas também é uma lição de vida, por que... eu via a faculdade de outra forma, eu via minha vida de outra forma, é... pelo simples fato de eu poder abrir a minha mente. Então eu acho que o VER-SUS é um projeto pra abrir a mente, acho que essa é a palavra. Mentes críticas, pensantes, que é sempre o que eu falava pós VER-SUS [...] Comecei... tudo eu começava a problematizar, né. Ah! Isso não tá certo, porque não tá certo, como é que faz pra melhorar? Eu fiquei parecendo um chato, depois do VER-SUS eu fiquei parecendo um chato dentro da faculdade. **Chico Mendes**

[...] É... depois que eu saí do VER-SUS, é, eu tive mais certeza do que... pelo que eu queria lutar, só que eu ainda fiquei muito... eu *tava* inquieta, mas eu ainda fiquei um pouco acomodada, porque eu não consegui me organizar também, é, em nenhum movimento, né. Mas aí, nos espaços que *tava* ainda dentro da graduação eu também é... fomentava as discussões, fazia a problematização. **Marielle Franco**

[...] eu não voltei, assim, querendo arrebentar o mundo, né. Eu, naquela, o meu VER-SUS, por exemplo, não teve debate de opressões. Essa é a minha fala viu, minha gente, se eu tiver esquecendo que teve... Mas a gente conseguiu se libertar, quem, quem era sujeito de, de alguma opressão, porque houve momentos que, em que isso, a gente extravasou e conseguia, não no espaço formativo, mas no espaço, num espaço de desconstrução, onde a gente fez uma festa lá, né, o trocadilho, todo mundo é, se vestiu de mulher, de homem... **Safira**

[...] Foi o ano das “biba” (risos na sala). É... Foi o período de greve da federal... Quase 100% de quem fez o VER-SUS era gay. (*risos na sala*) Uma loucura! (*risos na sala*) Acho que foi hilário esse VER-SUS. **Milton Santos**

Os EV têm sido constatados como dispositivos que se desdobram pela exposição aos encontros. Estes, segundo Deleuze (1988 apud FERLA; MARANHÃO; PINTO, 2017, p. 66), são definidos como sendo a “oportunidade em provocar um tropicão; o inesperado; o que faz do corpo, seja por um instante, estilhaçar-se sobre as verdades construídas no cotidiano; um esfregar os olhos diante de uma cena”.

Segundo Oliveira et al. (2017, p. 97), o movimento de saída da zona de conforto representa um sentido fundamental e indispensável ao mergulho na experiência: “partir da realidade concreta, assim como abrir mão de preferências particulares para partilhar com outros diferentes indivíduos uma mesma vivência. É estar disposto a experimentar outra realidade, diferente do contexto social ao qual pertencemos”. Infere-se que espaços construídos mediante a relação da exposição aos encontros com os movimentos de saída da

zona de conforto, são capazes de gerar inúmeros “choques de realidade” nos/nas participantes dos EV.

Podem-se traduzir estes choques de realidade mediante o disposto por Matias et al. (2017), como sendo produzidos através de afetações traduzidas em encontros e desencontros, começos e (re) começos de experiências vividas. São verdadeiros processos vivenciados. Neste sentido, faz-se necessário contextualizar a palavra “processo” atribuída aos EV na saúde. Segundo Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 19-20):

Enquanto processo, os EV são modos ético-estético-políticos complexos da formação para o SUS, com grande intensidade de construção de conhecimentos e de produção de subjetivações. Ao mesmo tempo que se produz uma formação interventiva – mais nos próprios estudantes que nos serviços e nas pessoas que estão lá - concebe-se uma intervenção formativa. E esse processo ocorre conectado com práticas inovadoras também na gestão, atenção e participação, afirmando valores democráticos e assumindo formatos dialógicos e cheios de afecções. Trata-se de uma abordagem político-pedagógica diretamente refletida sobre metodologias problematizadoras e interessada na estruturação de uma militância compromissada com a construção do SUS.

A militância envolvida com os propósitos da reforma sanitária brasileira frequentemente tem referido a necessidade de modificação curricular. Segundo Pulga (2017), esta deve ser adequada às necessidades do Sistema, sendo prioritário estimular a vivência da construção de novos saberes, por meio do diálogo e da problematização, a partir do cenário que se põe à realidade vivenciada.

Gestado em meio a construções coletivas imbuídas essencialmente da natureza interdisciplinar do conhecimento, o VER-SUS sugere caminhos à referida modificação, sendo capaz de produzir significados diversos (MATIAS et al., 2017). Percebe-se que estes extrapolam a dimensão acadêmica propriamente dita, alcançam a dimensão profissional e entram intra e interpessoalmente, semelhante às dimensões acima adotadas.

Para Maranhão e Matos (2018, p.2), ao oportunizar exposições aos acontecimentos da vida no SUS, o VER-SUS “potencializa processos de aprendizagens no sentido da aprendizagem como invenção de problemas e de experiência de problematização”. As autoras afirmam ainda que, à medida que os estudantes são submetidos à exposição (novo ambiente, cultura, hábitos, entre outros), são “forçados a explorar a nova realidade, a perceber errâncias e a traçar novas estratégias”, fazendo com que no momento pós-VER-SUS, mesmo retornando à rotina habitual, tenham “aprendido a sensação de estranhamento e de abertura ao sensível”. Segundo Pedroso et al. (2017, p. 48):

O teor crítico da produção pedagógica identificada ao longo do projeto reafirma a importância do uso de metodologias participativas na formação dos profissionais da saúde, sobretudo quando envolvem realidades complexas determinadas por aspectos técnicos, históricos, sociais e políticos.

Algumas marcas discursivas dialogam com o disposto por Pedroso et al. (2017), a exemplo do relatado por Milton Santos: “é de onde dispara tudo. É o metodológico. É como tudo é montado, por quem é conduzido”; Carlos Marighella: “a parada foi massa, metodologicamente bem construída, chamavam algumas pessoas pra debater”; João Pedro Teixeira: “Eu achei que a gente ia viver uma coisa técnica. Uma coisa muito, é... Lei 8.080, porque que algumas coisas não se cumprem. Quando a gente foi pro sem teto, sem terra, aí eu: Oxe, como assim? Saúde, Sem Terra?”; Luís Carlos Prestes: “a gente vê como a expressão político–metodológica, né, que a metodologia também é importante, a forma como é feita, ela vai influenciar na forma desse apaixonamento pela luta, né.”

Estas marcas discursivas dão uma sensação de encadeamento de ideias, elas vêm evidenciar uma coisa que é muito comentada durante toda a vivência, e também bastante reivindicada por quem faz parte da construção, que é o metodológico. Segundo Ferreira (2016, p. 45):

Metodológico refere-se à metodologia pensada para a realização da vivência. Geralmente é disposta em planilha *Excel*, com o detalhamento diário do que será trabalhado, contendo: módulo; dia; data; nome do eixo; facilitador (a) responsável; horário; atividade; objetivo; descrição; materiais; observação.

Uma das constatações de Ferreira (2016), resultantes do estudo de como se desenvolveram as experiências das edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco no período de 2012 a 2015, referiu-se à estrutura das propostas político-pedagógicas de tais edições. De fato, observando-as, percebe-se uma diversidade de temas, com debates que mesclam dimensões sociais, políticas, e da saúde, evidenciando os discursos dos enunciadores. A autora também destacou as maneiras em que os temas são abordados, entre eles: leituras; trabalhos em grupo; discussões; visitas; momentos de mística, culturais, de agitação e mobilização; avaliações; tarefas relacionadas à rotina da vivência.

A partir da programação pedagógica de visitas ao SUS e a seus atores sociais, assim como pelos debates e rodas de conversa, o VER-SUS coloca em movimento os quatro componentes do quadrilátero da saúde pela via da Educação Permanente em Saúde, criando novas relações de compromisso e cooperação entre os mesmos (MARANHÃO; MATOS, 2018). Morrudo Filho e Matos (2017) consideram que a avaliação sistemática, realizada nas vivências por seus participantes, propicia reflexões críticas acerca das atividades vivenciadas. Nesse sentido, o autor e a autora apresentam duas atribuições ético-políticas referidas ao VER-SUS.

A primeira atribuição é a implicação ética, gerada pela exposição. A segunda é a ativação do compromisso com os processos de Reforma Sanitária e a construção do SUS. Acredita-se que o entrelaçamento de ambas as atribuições “pode ser considerado como via de mão dupla para problematizar a Educação na Saúde” (CECCIM, 2012; FERLA, 2013; FEUERWERKER, 2007; MORRUDO FILHO; MATOS, 2017, p. 66). Para Maranhão e Matos (2018, p. 2), “de alguma forma, o formato de imersão do VER-SUS agrega mais elementos de estranhamento e de possibilidade de reflexão problematizadora que práticas habituais de visita a serviços realizados nas Universidades”. Ao mesmo tempo, reverberam-se as possibilidades de aguçar a capacidade de crítica, como evidenciado por Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 15):

Com a experimentação da vivência, enquanto processo pedagógico mais participativo, com mais autonomia estudantil e gerido pelos próprios estudantes – na condição de educandos, educadores e organizadores –, baseado na problematização interdisciplinar da realidade vivenciada e que combinava intensamente elementos cognitivos e afetivos, teóricos e emocionais, técnicos e políticos, militante e profissionais etc. buscava-se demonstrar aos estudantes o quanto o processo de formação [...] e as concepções, práticas pedagógicas e atitudes dos docentes e preceptores eram tradicionais, obsoletos, pouco eficientes e autoritários.

Convém considerar, portanto, a importância da imersão na proposta formativa do VER-SUS, ressaltando o evidenciado por Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 11, 14), que vai “muito além de ofertar aos estudantes contato com questões sub-apresentadas em seus currículos”. Segundo os autores, os Estágios de Vivência no SUS objetivam produzir uma experiência de alta intensidade, num mergulho profundo dos participantes em “seus modos de ser, se organizar, lutar e se relacionar”.

Para Matias et al. (2017, p. 102), uma vez que o grupo de participantes desconecta-se de atividades próprias de suas rotinas e dedica-se quase que exclusivamente à vivência, esta passa a representar “uma importância tão grande que passa a viver apenas dela”. Percebe-se, portanto, que o apego faz parte da intensidade gerada pela imersão, como evidencia as seguintes marcas discursivas: “Aqueles momentos, é, quando eu saí de lá (*do VER-SUS*), era um momento de gratidão muito, muito forte que eu tinha.”; “não queria ir embora, saudades, amigos pra vida inteira, mas também é uma lição de vida, por que... eu via a faculdade de outra forma, eu via minha vida de outra forma, é... pelo simples fato de eu poder abrir a minha mente”.

Gonçalves, Schweig e Araújo (2017) indicam que a formação na saúde através da imersão apresenta impactos positivos, e reiteram que seu êxito envolve dimensões pedagógicas e políticas, como a construção de espaços qualificados que permitam o exercício de protagonismos e autonomia. Para Oliveira et al. (2017), a imersão pode ser considerada um

primeiro passo para a transformação, pois ao estimular a práxis como ferramenta formativa, é capaz de produzir estranhamentos e novas percepções de um mundo que muitas vezes não é seu por pertencimento. Segundo Oliveira et al. (2017, p. 98):

[...] essa movimentação traduz diversas reações nos viventes e uma que fica bastante evidente é a indignação causada pela situação que o sistema de saúde se apresenta. Mesmo em sua maioria sendo estudantes em processo de formação, o SUS apresentado pelo VER-SUS não é o mesmo abordado academicamente na Universidade.

Segundo Pinto e Garcia Jr. (2017), os Estágios de Vivência no SUS vêm cumprindo, ao longo do tempo, importante papel mobilizador e potencializador de sujeitos que se tornem atores para a realização da luta coletiva. O choque de realidade gerado comprometeu os/as participantes com a luta da ordem social, como ocorreu nos anos 80 com as Frentes de Trabalho em Saúde.

Semelhante ao disposto pelos autores e autoras, encontramos: “Eu voltei bombando. Um sentimento que, que você parece que encontrou uma resposta, que pode fazer alguma coisa.”; “então eu voltei do VER-SUS com essa ideia de que lutar pelo SUS é muito mais complexo e a gente só vai conseguir fazer isso, é... se organizando de alguma forma, né, e... mudando a sociedade”; “tive acesso a, a... uma literatura mais, é... revolucionária, né. Fazendo essas leituras, me aproximando mais de uma teoria e tentando efetivar essas leituras na prática, né.”

O comprometimento com a luta organizada, gerado pelo sentimento de indignação propicia a modificação das práticas; uma percepção diferenciada do outro; a afetação a quem está próximo com esse sentimento (OLIVEIRA et al., 2017). Segundo o autor e as autoras (p. 98):

... aquele que teve oportunidade de vivenciar outra perspectiva de construção do SUS e fortalecimento da luta, se sente no dever de repassar e continuar esse processo, seja dentro do próprio VER-SUS, ou em outros espaços, como por exemplo o movimento estudantil, e demais movimentos sociais.

O que se observa, portanto, através das seguintes marcas discursivas: “Aí você sai se sentindo provocado, né.”; “eu digo que eu voltei pra dentro da faculdade, aqui na federal, já com raiva”; “Poxa, agora a gente tem que levar esse conhecimento pro resto da galera”; “O meu desejo maior era, de fato, fazer com que mais pessoas sentissem a mesma coisa que eu senti”; “E aí eu voltei com sangue nos *zóio*, né, pra construir o VER-SUS, principalmente lá em Alagoas”; “Então depois da vivência eu fui facilitador de uma edição, fui... pra organização de outra edição, e você queria participar de tudo.”; “Depois disso eu participei como facilitadora.”; “Como eu *tava* entrando na gestão do Diretório Acadêmico, foi um desafio mostrar para aquelas pessoas que *tavam* comigo o que é que a gente pode fazer

diferente.”; “Você passa a compreender outros aspectos, a tirar alguns preconceitos que existiam, uma prática muito autonomista, você vai vendo a necessidade de organizar mais as coisas, de não ficar mais tanto ligado ao indivíduo ou então a pautas tão relacionadas ao curso, né”; “A partir do VER-SUS eu entrei no Diretório Acadêmico, participei da reativação da Executiva de fisioterapia. Tipo, aí fui ingressando em movimentos sociais, né, o Levante Popular da Juventude.”; “E aí depois do, da vivência, eu, eu, eu fiz, fiz o 2016.1 como facilitadora e a partir daí foi que eu comecei a me organizar MESMO e percebi que... sozinho a gente não consegue mudar muita coisa, né.”; “Me aproximei de movimento social urbano, movimento social rural, é, e saí fazendo contato e divulgando, e, construí o VER-SUS”; “A gente também fez Curso de Realidade Brasileira, num foi, nós três, *hã...* o grande fruto que o VER-SUS deixa na gente, essa inquietação, que a gente... é, tem que mudar onde a gente tá, [...] a gente precisa mudar o mundo.”

O movimento estudantil contribui consideravelmente na formação dos egressos e egressas do VER-SUS, seus integrantes são os futuros profissionais de saúde do nosso Sistema, e “mostra que luta começa desde a formação. É importante fortalecer o movimento estudantil de saúde, pois a militância estudantil também compõe os movimentos sociais” (OLIVEIRA et al., 2017, p. 97).

Outra característica importante, envolvida também na imersão é a construção compartilhada do conhecimento: “o VER-SUS foi esse espaço de ter uma coletividade, de estar com um monte de gente...”; “a gente também traz muita lição nisso, num é. Viver em comunidade, ali, com outras pessoas, e, conservar aquele espaço, é, cativar para alguma vivência e tal.”, assim como também evidenciaram Pinto e Garcia Jr (2017, p.15):

Também se esperava muito da intensa vivência das relações estudantis e da auto-organização para a viabilização do dia a dia - mutirões de limpeza, brigadas para o café da manhã, comissão de alvorada etc. O contato dos colegas vistos como lideranças e o próprio amadurecimento político, teórico e comunicacional dos estudantes participantes. Todos esses processos deveriam contribuir para a produção de uma subjetivação afirmativa da: possibilidade, facilidade, potência, prazer e necessidade de auto-organização dos estudantes; constituição e multiplicação de coletivos estudantis; da integração em um coletivo maior e nas lutas do ME.

Segundo Gonçalves, Schweig e Araújo (2017, p. 43):

Ao imergir, o ambiente se transforma e transforma o sujeito – não há como ficar à margem, não é possível se alienar. Além de nos sentirmos praticantes de saúde, a imersão nos faz percebermos enquanto seres políticos. A possibilidade de autonomia acaba nos envolvendo e sensibilizando para a luta – não à toa, muitos participantes de estágios de imersão passam a integrar movimentos sociais. As trocas proporcionadas pelas vivências provocam um senso de coletividade que fortalece a atuação das equipes e proporciona desacomodação, oxigenando processos de trabalho. A imersão, portanto, se configura como uma importante estratégia de Educação Permanente em Saúde.

Como reflexo da hegemônica formação profissional em saúde e da influência das mídias e do senso comum, que apresenta um SUS fragmentado, composto quase que exclusivamente por filas hospitalares, com recursos materiais e de trabalhadores insuficientes, e o famigerado mau atendimento, “alguns estudantes desconheciam ou tinham uma visão muito limitada do SUS, principalmente no que se refere ao seu funcionamento” (SPIES; FERNANDES, 2017, p. 58).

Para Bilibio (2009), ao abrir o Sistema aos estudantes, criam-se espaços de aprendizagem capazes de propiciar processos políticos-pedagógicos coletivos de exposição aos acontecimentos da vida no SUS. A vivência possibilita a criação de vínculos e a construção de aprendizados em grupo, por meio do estímulo de discussões e práticas relativas à educação permanente em saúde e às interações entre educação, trabalho e práticas sociais, além do exercício do senso crítico sobre as políticas públicas e sua efetivação (MARANHÃO; MATOS, 2018; SPIES; FERNANDES, 2017).

Os caminhos que levaram às exposições aos acontecimentos do SUS geraram percepções diversas: “Diziam: ‘Conhecer o SUS’, mas eu não entendia como a gente ia conhecer esse SUS, né. Mas no VER-SUS a gente se apropria mais dos debates, né”; “Eu conheci o SUS, né, e a saúde pública a partir do VER-SUS.”; “ampliou muito mais o meu olhar, a questão dos determinantes sociais em saúde”; “ele serviu para eu despertar de como é esse conceito de saúde que é colocado pra gente durante toda a graduação, né.”; “me possibilitou abrir a cabeça para muitas coisas”; “foi, assim, um aprendizado enorme. Você tá ali discutindo, refletindo, conversando 24 horas sobre o SUS.”; “aprofundou mais esse, essa visão dos serviços e da, da política, a relação política e saúde”.

Para Matias et al. (2017, p. 102) essas trilhas desencadeiam “um envolvimento mais forte com o projeto e com as questões de saúde que são levantadas”, como por exemplo: o papel profissional na atenção básica, multiprofissionalidade, acolhimento, humanização, saúde mental, integralidade, entre outros. Especificamente sobre a multiprofissionalidade, encontramos nas marcas discursivas: “você tá lá com uma galera de todos os cursos de saúde, e aquela experiência fantástica, você se imagina trabalhando com aquela galera inteira”; “um negócio que eu acho massa, é de poder trabalhar numa equipe multi, e a minha primeira experiência nisso foi o VER-SUS”; “E aí fazendo esse link muito com a vida profissional, né, pra a gente que trabalha numa perspectiva multiprofissional... Velho, você conseguiu trabalhar aí, dessa forma, e fazer algo tão grande dar certo (o VER-SUS), você vai querer isso pra a sua vida toda, né”.

A inter-multiprofissionalidade do processo possibilita uma importante desvinculação do núcleo específico do saber, além da busca pela superação da dificuldade das diferentes profissões da saúde trabalhar de forma integrada, estreitando as fronteiras entre as diferentes profissões, entre os profissionais e os usuários, num movimento em que todos interagem como praticantes de saúde, possibilitando a percepção de que “todos somos igualmente usuários do SUS e ele diz respeito a todos nós” (GONÇALVES; SCHWEIG; ARAÚJO, 2017, p. 43; PULGA, 2017).

Segundo Merhy (2012), passa-se a aguçar, ao longo do desenvolvimento da vivência, o compromisso ético-político dos futuros profissionais, que passam a perceber seu papel de sujeito implicado na criação de outras formas de fazer saúde e de uma nova construção social. Ao oferecer a experimentação de um novo espaço de aprendizagem e perpassar a saúde em suas diferentes dimensões através da imersão e da dialogicidade, o VER-SUS oferece também a construção de saberes próprios ao cotidiano do trabalho em saúde, o que propicia o avanço no conhecimento em saúde (MATIAS et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2017).

Ao contextualizar que a construção do SUS se dá num território de disputa de interesses privados, pode-se ir percebendo a “desmistificação e a quebra de pré-conceitos acerca do SUS”, que muitas vezes se dá atrelada ao desejo de atuação no contexto da saúde pública (SPIES; FERNANDES, 2017, p. 58). A aprendizagem através da inserção no mundo do trabalho, que permeia o processo de ensinar/aprender, imbrincada no conhecimento e compreensão de racionalidades complexas como os territórios de vida das populações e do cotidiano do SUS (SPIES; FERNANDES, 2017), apresentam uma potência capaz de preparar profissionais que já em seu processo formativo abracem as vivências como “dispositivos de aprendizagem, de investigação, pesquisa e ação transformadora” (PULGA, 2017, p. 74).

Para Oliveira et al. (2017a), na relação entre a universidade e o SUS, no exercício da práxis das relações interpessoais através das imersões e vivências, possibilita-se um maior aprofundamento no conhecimento almejado. As autoras e autores reconhecem este como sendo o início da caminhada profissional, enfatizando que através do envolvimento em atividades práticas multiprofissionais, o estudante passa a enxergar possibilidades de inserção no serviço público, pois o processo também possibilita a construção de competências para atuar na atenção básica, e de habilidades relacionais no cuidado das pessoas. Segundo Spies e Fernandes (2017), o convívio interpessoal e multiprofissional da vivência, assim como a intensa coexistência em grupo reverberam potencialidades de provocar a relação e o trabalho em equipe, possibilitando também o encontro com a diversidade.

As seguintes marcas discursivas refletem o disposto pelos autores (as): “É uma coisa que eu acho que vai ser uma construção coletiva e que não vai ter fim, que eu espero mostrar às pessoas e a mim mesmo, que o SUS pode se reinventar, que a gente não tá preso àquilo que as pessoas acreditam que seja o SUS”; “A gente não permite mais ser passivo diante de, pelo menos, da questão profissional, de uma forma de organização de processo de trabalho e isso já é muita coisa, já é um impacto muito diferente pra a gente construir pelo menos um Sistema Único de Saúde diferente”; “Eu vi sentido na saúde da família, né, lidando diretamente com as contradições. eu... Amo! Não é romantizar o trabalho na saúde da família, mas é essa coisa de estar na comunidade e renovar a mística, né. E assim a gente resgata a função de ser militante, de ser trabalhador”; “Eu sou militante do direito à saúde. Então a minha trajetória profissional, ela paira sobre esse pensamento”; “Na minha atuação como psicóloga *tava* claro pra mim, né, mas no meu trabalho como profissional da saúde contribui um bocado”.

Segundo Pulga (2017, p. 73),

A imersão em comunidades onde há a presença de quilombolas, indígenas, trabalhadores assentados da Reforma Agrária, agricultores familiares e a população de periferia urbana, vem desafiando os estudantes e docentes para um olhar mais cuidadoso aos processos de saúde-adoecimento destas populações e as estratégias de cuidado integral à saúde das mesmas.

Nesse contexto, observa-se o VER-SUS mediante uma proposta ampliada, como um dispositivo de fortalecimento das localidades mais afastadas, que leva à possibilidade de incentivar as discussões sobre o controle social, a gestão, a educação popular e o território, tendo a saúde como tema transversal (DALL’ALBA; FEIJÓ; ANDRES, 2017). Para Oliveira et al. (2017), este movimento possibilita a construção de conhecimento através dos saberes populares, transpondo os muros do saber científico.

Assim como evidenciaram Gonçalves, Schweig e Araújo (2017), pode-se concluir que o impacto da vivência manifestou-se em diferentes níveis e aspectos em cada pessoa, desde o desenvolvimento de olhares sensíveis à diferença até a reorientação de trajetórias forjadas na luta pela consolidação do SUS, assim como na busca por aprofundamento em programas de residência multiprofissional em saúde. Observa-se que a mudança na formação aparece como pano de fundo da construção dos EV, e alça limites maiores com a sensibilização de sujeitos ativos para a construção do SUS segundo os princípios da reforma sanitária brasileira.

Semelhante ao que aconteceu com a enunciadora Carolina Maria de Jesus, que definiu por fazer RMRAPS após vivenciar o VER-SUS com a temática da RAPS, os Gonçalves, Schweig e Araújo (2017, p. 40-41) evidenciaram: “entendo que a metodologia de imersão se mostrou fundamental para a sensibilização para o ideário do SUS e da Reforma Psiquiátrica.”

Concluem ainda que pode ser interessante “fazer residência com ênfase na saúde pública – como atenção básica e gestão – por conta do aprendizado, troca de experiências e intensidades”. Como registrou o enunciador Chico Mendes, a residência passa a ser enxergada “como um espaço em que a gente consegue dar continuidade ao processo do VER-SUS”.

Outro fato curioso é o evidenciado por Lemões et al. (2017, p. 52) em relato sobre o VER-SUS Pelotas (RS): “acredita-se que o fato de antigos residentes do projeto retornar a Universidade pela Pós Graduação, instigou nos estudantes de graduação a sede de retomar o projeto, possibilitando o retorno das vivências nos anos de 2012 e 2013”.

Semelhantemente, nas vivências ocorridas em Pernambuco, alguns residentes, ao construírem as primeiras edições do VER-SUS em 2012, contagiaram as gerações posteriores, tanto no sentido ao estímulo da construção de novas edições, quanto pela escolha de realização da Residência Multiprofissional:

É, a minha, a primeira edição, que foi a que eu fiz, ela foi construída por residentes, então meio que já começou daí, né. Residentes que trouxeram para a gente o VER-SUS. Pra mim, foi meio que conhecer a residência também, assim, né. “Quem são residentes, né, o que é ser residente, porque é que eles estão trazendo isso pra gente, né? O que é o VER-SUS? **Alexina Crespo**

Consideramos que o VER-SUS se revela como uma estratégia que desperta no (a) estudante o pensamento crítico sobre a organização do trabalho em saúde, a importância de compreender o mundo do trabalho e sua condição de transformar esse espaço de inserção. Os egressos e egressas encontraram a RMS como sendo o espaço primeiro de inserção de contato com o mundo do trabalho, e sua transformação.

Em estudo recente sobre a formação profissional em saúde através da inserção em RMS, Santos (2018) configurou as Residências como sendo um prolongamento da escolarização associada ao estreitamento do mercado de trabalho, colocando em pauta as condições, jornada e relações de trabalho oportunizadas mediante a referida formação. A autora destinou atenção ao cenário vivenciado por quem faz as Residências, evidenciando seus achados sob esta perspectiva.

Embora não apresentemos o mesmo objetivo de estudo, cabe também evidenciar a busca pelo prolongamento da escolarização por meio da Residência, atualmente “vista como o mínimo exigido enquanto formação/qualificação”, como forma de driblar as dificuldades de inserção no mercado de trabalho por jovens recém-graduados (as), como bem evidencia a autora. Esta conclui que:

Os programas de residência constituem uma política pública para qualificar os jovens para o mercado de trabalho, conferindo a fluidez das qualidades requeridas para um posto de trabalho. Passa longe de ser uma qualificação para o trabalho que valoriza a formação tanto no nível individual, quanto na dimensão social que

permeiam as relações do trabalho em uma determinada conjuntura concreta e histórica (SANTOS, 2018, p. 43).

Importou considerar estes aspectos, pertinentes ao campo das discussões sobre a formação profissional em saúde, que aponta para novas perguntas de pesquisa e que merece atenção de estudo, sobretudo em Pernambuco. Associando tais aspectos aos considerados nesta pesquisa, especificamente no que diz respeito à relação da realização do VER-SUS no período da graduação com a inserção de seus egressos e egressas nas Residências no período imediato à formação, podemos considerar, mediante as marcas discursivas dos enunciadores e enunciatóricas, que esta também apareceu como sendo um caminho natural de prolongamento da escolarização, mas associada à possibilidade de continuação dos movimentos de transformação do mundo do trabalho e de fortalecimento do Sistema, outrora despertada no VER-SUS.

Algumas marcas discursivas nos revelam exatamente isto: “a gente enxerga (*a residência*) como um espaço que a gente consegue dar continuidade ao processo do VER-SUS, né”; “Então o VER-SUS foi essencial pra eu escolher a própria residência, pra eu seguir a carreira como sanitarista”; “me apresentou um universo que eu não tinha conhecimento, num é, que é a luta Antimanicomial, a questão da saúde mental no Brasil que era um tanto desconhecida, né. Então me instigou bastante a fazer a residência que eu faço hoje”; “E como pessoa foi muito qual profissional eu queria ser. Eu tinha uma visão, eu já *tava* muito interessado pela saúde pública”; “E aí quando eu me formo, eu faço saúde coletiva, que é o que eu queria, e... Me formei em sanitarista, que era o meu grande sonho a partir do VER-SUS.”; “e aí a gente se encontra na residência, todo mundo junto, né. Porque foi aquele povo que se encontrou lá atrás no VER-SUS, voltaram pros cursos, fizeram militância, num sei quê, e se encontraram de novo na residência”; “Foi aí que eu bati o martelo, depois do VER-SUS, é... escolhi a residência de saúde da família”; “e também me ajudou a escolher, pra trabalhar, ou na área de saúde coletiva ou saúde pública. Eu fiquei na época pensando na área, mas eu fiz saúde pública (*coletiva*) na residência”.

Neste contexto, ressalta-se o VER-SUS enquanto “marcador de acontecimento na saúde coletiva”:

Assim como em uma dobra, de um lado, aparece o ‘acontecimento’ no sentido que demarca um ponto de ruptura com o momento anterior, ou seja, não há como voltar atrás. De um lado da dobra temos a política pública do VER-SUS, que disparou encontros entre estudantes de diferentes profissões, envolvidos com o movimento estudantil, mas que nunca haviam se encontrado anteriormente para discutir, experimentar e lutar por questões no campo da saúde. No outro lado da dobra, ocorrendo ao mesmo tempo, o ‘acontecimento’ VER-SUS também marca um ponto de ruptura com o momento futuro. Deixa de ser ‘acontecimento’ no mesmo instante em que se funda enquanto tal, e passa a irradiar efeitos. Efeitos estes que adquirem

forma de estratégias – como o caso de tornar-se de fato uma política pública – ou de outras diversas formas onde existam margens para gerar, inclusive, outros acontecimentos (MARANHÃO; MATOS, 2018, p. 8-9).

Consideramos, portanto, o VER-SUS Pernambuco como sendo um marcador de acontecimento na saúde coletiva do estado, ao gerar margem para um outro acontecimento de exposição ao SUS, que são as Residências Multiprofissionais em Saúde.

Alguns estudantes caracterizam o VER-SUS como sendo o divisor de águas ou o ponto de virada em suas vidas: “O VER-SUS foi realmente um divisor de águas na minha vida. É... No início do curso eu fui fazer o VER-SUS, então... eu não sabia o que aconteceu antes”. Este sentimento é evidenciado por vários autores e autoras. Segundo Oliveira et al. (2017, p. 98): “[...] quem foi, já não é mais o mesmo. A bagagem volta mais pesada e a responsabilidade também”. Outras contribuições referentes ao VER-SUS como divisor de águas são encontradas nos estudos de Maranhão (2015); Almeida, Oliveira e Nassar (2016); Ferla et al. (2016); Ferreira et al. (2016a); Pinto e Garcia Jr. (2017); Maranhão e Matos (2018).

Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 20) referem encontrar sujeitos que se entendem como “filhos do VER-SUS”, uma implicação que permanece mesmo após a conclusão da graduação e que está refletida nas disputas e situações vivenciadas. Para os autores, as questões ético-estético-políticas do processo são capazes de produzir:

conhecimentos, habilidades, atitudes, implicação e potencializar a capacidade de intervenção, seja individual e/ou coletiva, problematizando experiências e os modos de produzir saúde e de reinventar outras experiências, tão ricas e complexas quanto. [...] Uma conexão afetiva com uma experiência, mas principalmente, o vínculo com uma mesma luta: a defesa do direito à saúde, a defesa radical da produção de vida, a persistência em seguir sonhando e lutando por outros modos de viver.

Se o VER-SUS é capaz de devolver aquilo o que a universidade tira, como a autonomia; a construção compartilhada do conhecimento; a problematização; entre outras, ele também é capaz de tonar os estudantes facilitadores do processo como sendo um modelo a seguir, uma espécie de referência. Aqui, faz-se a relação com a Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire (2011a, p. 35), quando elenca que “ensinar exige a corporificação da palavra pelo exemplo” como um dos saberes necessários à prática formativa:

O professor que realmente ensina, quer dizer, que trabalha os conteúdos no quadro da rigorosidade do pensar certo, nega, como falsa, a fórmula farisaica do “faça o que mando e não o que eu faço”. Quem pensa certo está cansado de saber que as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou quase nada valem. Pensar certo é fazer certo. Que podem pensar alunos sérios de um professor que, há dois semestres, falava com quase ardor sobre a necessidade da luta pela autonomia das classes populares e hoje, dizendo que não mudou, faz o discurso pragmático contra os sonhos e pratica a transferência de saber do professor para o aluno?! Que dizer da professora que, de esquerda ontem, defendia a formação da classe trabalhadora e

que, pragmática hoje, se satisfaz, curvada ao fatalismo neoliberal, com o puro treinamento do operário, insistindo, porém, que é progressista?

Ressalta-se que a percepção, por meio dos (as) estudantes, de facilitadores (as) apegados (as) ao “faça o que eu mando e não o que eu faço” também pode gerar o caminho inverso, o não comprometimento com o processo, como evidenciado por Frida Kahlo:

[...] apesar do VER-SUS metodologicamente ter esse tipo de discussão e de criticidade, é... Eu vi várias fragilidades em relação à postura da própria organização que, meio que contradizia assim a fala debatida com a sua postura pessoal. E que isso foi difícil, assim e que, infelizmente, eu tenho, é... pessoas que participaram, que não influenciou na forma como influenciou pra mim, que influenciou na fala de vocês, assim.

Importa destacar que, como processos, os acontecimentos no VER-SUS, e o que se reverbera no pós-VER-SUS (principalmente) se dão não como uma regra, a famosa receita de bolo, mas podem acontecer isoladamente entre as pessoas, acumularem-se em outras, ou simplesmente não surgir. Esse movimento e o ritmo em que se dá é um aspecto que emerge novas perguntas de pesquisa e que sugere atenção de estudo. Segundo Bulgarelli et al. (2014, p. 977), “vivenciar novas e inexploradas situações, ao longo da vida acadêmica, pode provocar, no estudante em formação, expectativas que geram sentimentos positivos e/ou negativos, ambos construtivos, para este sujeito social que segue enfrentando desafios na sua trajetória”.

Uma das condições necessárias para que nos tornemos um intelectual que não teme a mudança é a percepção e a aceitação de que não há vida na imobilidade. De que não há progresso na estagnação. De que, se sou, na verdade, social e politicamente responsável, não posso me acomodar às estruturas injustas da sociedade. Não posso, traindo a vida, bendizê-las. Ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos na prática social de que tornamos parte (FREIRE, 2001, p. 43).

Para Matias et al. (2017, p. 102), “além de gerar reflexão sobre as práticas que se vinculam ao fazer profissional, existe a produção de encontros capazes de afetar e gerar subjetividades. Ou seja, a vivência também é de afetos. Afetos que se produzem e que transformam.” As autoras e o autor contextualizam o sentido do afeto, referenciando a origem etimológica referida por Giacóia Jr. (2001), como sendo o sentido de disposição, condição, afecção, de tocar, ser tocado, mover, ser movido, ser afetado. Consideram ainda que sua produção se dá “a partir da convivência com outro, com a diferença, com a alteridade”.

Spies e Fernandes (2017) compreendem que todo o compartilhamento de opiniões, culturas e hábitos contribuem também para a formação humana e cidadã. Encaixa-se aqui outra referência às ideias de Paulo Freire, como evidenciado por Duarte e Barbosa (2007), que situam o processo de mudança e desejo de transformação do meio no contexto da cidadania.

Segundo Maranhão e Matos (2018, p. 9), as experiências de VER-SUS “são capazes de gerar proporcionar possibilidades de desassossegos, incômodos e curiosidades entre os envolvidos”:

Consideramos que os desassossegos produzidos pelo VER-SUS possuem inúmeras potências, que incluem o incentivo ao protagonismo estudantil em seu processo formativo, não só individual, mas, sobretudo, coletivo. São os incômodos que têm a potência de operar nas análises dos processos de trabalho e de formação aliando o tecnicismo ao humanismo.

É o que encontramos nas seguintes marcas: “comigo teve muito da questão da formação humana”; “o VER-SUS me abriu os horizontes de dois lados, mas acho que foi maior a questão da formação pessoal mesmo. De construção, de luta”; “O que trouxe de mais novo foi de que agora eu senti, eu vivi que lutar por saúde é muito mais complexo do que eu pude imaginar e quem, como lutar por saúde tendo vivido o que aquelas pessoas que estão ali vivem”; “Então eu acho que o VER-SUS é um projeto pra abrir a mente, acho que essa é a palavra. Mentes críticas, pensantes”; “eu voltei com um olhar muito mais político, e pessoal e reflexivo”; “a gente conseguiu se libertar, quem era sujeito de alguma opressão, porque houve momentos (de desconstrução) que a gente extravasou”;

[...] você consegue realmente pensar e ver o mundo de outra maneira, assim. Não tem como você, depois disso, ficar parado. Você realmente quer fazer algo diferente, quer mudar, quer processos de transformações e acho que essa mudança pessoal da gente é uma coisa muito grande que o VER-SUS faz. **Alexina Crespo**

Para Spies e Fernandes (2017, p. 59-60), “consiste em perceber que fazemos parte do mundo, e que nossas escolhas e posturas diante da e vida e na profissão, afetam não apenas a nós mesmos, mas também a vida de outras pessoas, de grupos e comunidades”.

Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 20) concluem em seu estudo que, independentemente dos papéis assumidos pelos sujeitos nas diversas edições de estágios e encontros, estes foram responsáveis por “demarcar os atores envolvidos e determinados grupos de participantes, possibilitando a construção de laços que transcendem as barreiras geográficas”. Os autores caracterizam tais participantes como sendo sujeitos implicados, em que o “VER-SUS operou como uma potente experiência-máquina de produção de relações e subjetivações que, num só tempo, habitou as dimensões macropolítica e micropolítica”. Enquanto esta mobilizou “desejos, emoções, corpos e a liberdade de se insurgir contra os instituídos”, a macropolítica foi responsável por alimentar e dar subsídio à organização dos processos de luta e de instauração de projetos de mudança coerentes com os objetivos micropolíticos. Para os autores, este movimento configura “a tão cara busca dessa geração pelo máximo de conexão entre o desejar, pensar, dizer e agir”.

As marcas discursivas apresentadas, quando confrontadas com os achados disponíveis na literatura, revelam uma espécie de padrão seguido nas experiências tipo VER-SUS. No

estudo em que evidenciaram o VER-SUS/Brasil como sendo um marcador de acontecimento na saúde coletiva, constataram Maranhão e Matos (2018, p. 8):

Ao longo da pesquisa, fomos percebendo que os participantes, ao contarem sobre suas experiências no VER-SUS, falavam sobre quanto o processo das ‘vivências no SUS’ foi marcante em suas vidas. Como tudo que marca, pode alterar trajetórias, mudar formas de ver, de viver, de sentir, de construir sua vida profissional e afetiva, e “engendra a subjetividade, como formas presentes e em ação” (FERLA, 2007, p. 13). Outros relatos apontavam que o processo VER-SUS/Brasil trouxe marcas coletivas, isto é, vários sujeitos marcados, cada um ao seu jeito, mas por um conjunto de experiências coletivas e individuais, em simultaneidade.

6.3.1.3 Afetações, direções, orientações, constatações, reflexões, percepções

No caso, o VER-SUS foi essa explosão de várias coisas que aconteceram. **Gisberta**

Acredita-se que o termo “geração VER-SUS”, outrora atribuído aos impactos decorrentes das experiências, reafirmam o Projeto como sendo um “celeiro de mobilização, formação e produção de compromisso de estudantes com o SUS” (PINTO; MARANHÃO; FERLA, 2017, p. 27). O conceito-análise “percepção sobre o VER-SUS” agrupou marcas discursivas que evidenciam o disposto pelos autores e autora, como segue:

Eu acho que pegar algumas coisas, não é, não são os ingredientes, mas a receita inteira, assim. Então, é como ele falou, ter jovem falando diretamente pra jovem, né. Outros fatores, também contribuíram, também impactou bastante [...] Com uma discussão muito para além do que era oferecido na graduação... [...] fazer de forma, é... de ser uma imersão, de ser dez dias inteiros, a gente dorme junto, a gente come junto, né, faz tudo junto o tempo todo, então eu acho que isso deu impacto também [...] **Dandara dos Palmares**

[...] foi legal poder encontrar pessoas que já fizeram e foi, a gente vai se encontrando, né o VER-SUS é esse ambiente que, ele chegou de uma forma pra gente, e a gente, entendeu, transforma ele e ele chega de outra forma para outras pessoas e disso a gente vai trazendo, é... trazendo uma formação que leva a gente até aonde a gente vai buscar, vai alçando, né. Então a residência também tem, a gente acaba levando esse fator de, de construção coletiva, né, de levar, levar nossa forma de fazer, a nossa opinião, pra outros lugares. **Gisberta**

Acho que o VER-SUS tem muito esse papel de colocar você pra refletir mesmo e ele, ele faz com que toque na sua alma mesmo, e toque na ferida. [...] O VER-SUS ele é, ele é uma coisa potencial mesmo. Ele é potência, assim. Ele em si é potência. Pra... pra fazer com que você... desperte. **Marielle Franco**

[...] O VER-SUS foi realmente um divisor de águas na minha vida. É... No início do curso eu fui fazer o VER-SUS, então... eu não sabia o que aconteceu antes. **Chico Mendes**

[...] O VER-SUS, ele começa a... a suscitar nas pessoas, né. E, é... E é massa que isso faça com que as pessoas queiram e se identifiquem, né, queiram ir para o trabalho multiprofissional. Mas isso não tem que ser, né, um caminho lógico, o único caminho a ser seguido. Até porque a gente precisa de militante que trabalhe no hospital, um militante que trabalhe no SAMU, um militante que trabalhe em qualquer lugar. Todo lugar a gente tem militante, né. [...] **Carlos Marighella**

[...] uma vivência como o VER-SUS, o projeto do VER-SUS traz a atuação, é, uma atuação de muita qualidade do profissional de saúde, dentro do Sistema Único de Saúde. Então, como esse projeto, ele é importante pra nossa atuação enquanto profissional de saúde e também enquanto cidadão mesmo. **Marielle Franco**

Eu faço residência hoje em saúde da família... Faço não, né, já terminei (risos na sala) hahaha a residência. É... Faço mestrado agora em enfermagem em educação e saúde, o meu mestrado. Mas assim, eu acho que tudo isso que hoje eu consegui, e ainda vou conseguir muito mais, foi devido ao VER-SUS. Acho que foi no VER-SUS que eu, pra mim a diferença foi conversar com os usuários sobre o serviço. Porque assim, eu sempre, na enfermagem, conversava com os usuários, mas era assim “você tá bem?” “fez cocô?” “fez xixi?”, né, mas você começa a dizer assim “como é pra você que tá aqui?” “você gosta do serviço?” “de onde você vem?”, né, e aí você começa a conversar com ele sobre outras coisas, sobre esse serviço que é tão importante para a vida dele. A gente escuta tanto que é tão ruim, tão ruim tão ruim, mas a gente tem que saber de quem é que tá usando, quem tá ali e ali naquele momento utilizando, e você escutar pessoa que, o quão importante é aquilo pra elas, a diferença que faz pra elas. Então assim, eu me encontrei na saúde da família. **Alexina Crespo**

Acho que pra mim, a, a visão que eu tenho do VER-SUS, ele me abriu os horizontes [...] **Frida Kahlo**

[...] e que assim, eu não coloquei, mas eu vou colocar agora. Que assim, o VER-SUS [...] Goiana foi determinante para eu escolher essa residência. Determinante. [...] **João Pedro Teixeira**

[...] o VER-SUS é a semente plantada, né, depois vão aparecer outras coisas. [...] militância política, o engajamento se deu no mesmo processo. Porque da, dos que fizeram VER-SUS, eu fui o único que me engajei politicamente e que também fui para uma residência multi. Foi interessante isso, porque algumas pessoas foram para a residência em reabilitação física, hospitalar, num sei o que... Aí esse processo se dá, eu observo que se deu muito comigo, está muito atrelado ao processo de militância com a residência multi. **Safira**

Assim, o VER-SUS, como a gente viu, teve uma importância fundamental na vida das pessoas que *tavam* aqui, mas assim, mais uma vez, é importante pensar nas contradições que todo processo coloca, né? Ao ponto que ele tá formando as pessoas e tá colaborando, ele também tá expressando o que eu tinha colocado antes, da universidade. Então, aprofundar o VER-SUS, é aprofundar essa lógica para uma transformação realmente concreta da universidade. Que bom seria, na universidade, se a gente tivesse essa formação crítica desde o início, que a gente pensasse num modelo de universidade diferente. Se a gente tivesse uma política pedagógica pautada nesse modelo do VER-SUS, de construção de um projeto de universidade, então se a gente tivesse isso, não seria necessário... **Luís Carlos Prestes**

A partir do disposto, considera-se ainda a marca discursiva de um dos enunciadores do estudo de Maranhão e Matos (2018, p.8):

Acho que formou uma geração de militantes muito interessante, que, apesar de estarem em espaços diferentes, militâncias diferentes e até partidos diferentes, carregam uma fala em comum de algumas coisas. Aquilo formou uma geração, em parte, não só aquilo, mas aquele processo.

De fato, toda essa diversidade envolveu o VER-SUS Pernambuco, e mais uma vez encontramos semelhanças nas evidências encontradas em ambas as pesquisas. Ressalta-se, porém, que não se pretende a generalização, tampouco a universalização do acontecimento,

visto que este acontece mediante conexões e contágios próprios a quem o experencia (BARROS, 2009 apud MARANHÃO; MATOS, 2018).

Convém considerar, ainda, o disposto por Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 10-11):

Guattari (1992) considera que as subjetividades são plurais e polifônicas e não possuem uma instância dominante de determinação que, conforme uma causalidade unívoca, norteie as outras instâncias. Para Baremlitt (2002) e o movimento institucionalista é possível produzir acontecimentos que promovam linhas de fuga em relação ao processo hegemônico de produção de subjetivações uniformes, sujeitadas e submetidas. O engendramento de processos de produção de subjetivações livres, produtivas, desejantes, insurgentes, revolucionárias são decisivos para gerarem sujeitos singulares comprometidos com a luta contra todas as formas de exploração, dominação e mistificação, contra o instituído (LOURAU, 1995) e para “engrossar o caldo” da contracultura (GRAMSCI, 1999).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que compor um programa de pós-graduação *stricto sensu* carrega consigo responsabilidades que vão se acumulando, a começar pela dinâmica inicial de cumprimento de créditos obrigatórios através das disciplinas, passando pela qualificação, pela Jornada Científica (que carrega consigo o lembrete que um semestre à frente, o título de mestres (as) nos aguarda), até a famigerada defesa.

Todo esse período é permeado por acontecimentos de diversas ordens, sejam aquelas em que a criatividade alimenta a escrita, sejam aquelas de bloqueio total. Encarar a escrita como um processo criativo, tendo em mente que “a vida não se faz de vez”, como diria Pontes, Menezes Filho e Costa (2005), torna este processo, por vezes cansativo e isolante, mais prazeroso e produtivo.

[...] a construção de um objeto de estudo, que é um processo de construção do conhecimento, não se dá de forma imediata, mas por aproximações sucessivas, de desequilíbrios e re-equilíbrios, de nexos emocionais e racionais (PONTES; MENEZES FILHO; COSTA, 2005, p. 441).

Caracterizou-se o perfil de egressos (as) das dez edições de VER-SUS ocorridas em Pernambuco no período de 2012 a 2016, identificando-se:

- a) Envolvimento de 1.242 participantes, majoritariamente mulheres, de 17 estados brasileiros, as/os quais integraram 27 vivências;
- b) O quadrilátero de formação para a área da saúde esteve representado, mas a tônica das experiências foi conduzida pelo protagonismo estudantil, ancorado ao controle social;
- c) Estudantes de graduação representaram diversas instituições de ensino superior, sendo as de natureza pública as de maior envolvimento;
- d) Notou-se o desafio de expandir o número de C.O do VER-SUS em Pernambuco;
- e) Cerca de 14% dos (as) estudantes de graduação ingressaram em RMS no estado, resultando o envolvimento de 29 programas de quatro perfis distintos, correspondentes a seis COREMU.

Compreende-se por trajetória uma linha descrita ou percorrida por um corpo em movimento (BUENO, 2007, p. 763). Surge logo à memória a imagem de várias linhas coloridas, emaranhadas, com começos definidos e vários fins, conectados sempre a novos recomeços. Desemaranhar o tufo colorido a qualquer uma que seja das cores iniciais, com a pretensão de torna-lo o novelo inicial, torna-se uma tarefa um tanto difícil. Nada mais poderia

definir a experiência desta dissertação: um grande emaranhamento colorido, traduzido em trajetórias diversas.

Participar do VER-SUS Pernambuco transformou-se num convite ao despertar, ao imergir despretensiosamente no que vinha a ser proposto pelas comissões organizadoras; ao interagir com juventude em ação; a movimentos diversos que levaram à sensibilização à luta coletiva, seja pela multiplicação da experiência ou pelo engajamento político.

As vivências, por mais que tenham configurado o VER-SUS como esse fazedor de significados micro e macropolíticos, pareciam todas moldadas, como tatuagem, mediante o monólogo ao pé do ouvido do conterrâneo Chico Science: “o homem (*e a mulher*) coletivo (a) sente a necessidade de lutar”. Um verdadeiro processo de transformação coletiva que, ao possibilitar sua continuidade por meio das Residências Multiprofissionais em Saúde, não só se encaixa como um caminho quase que natural ao prolongamento da escolarização, mas também o caracteriza como um marcador de acontecimento na saúde coletiva do estado. E, ao estimular a formação de residentes comprometidos com o fortalecimento do Sistema, vai além: visita os territórios, famílias e moradias de cada cidadã e cidadão que utiliza o Sistema Único de Saúde diariamente.

Longe de romantizar a historicidade de como tem se apresentado a formação profissional em saúde, o VER-SUS não só apresenta uma maneira de utilizar as metodologias ativas associadas ao fazer da Educação Popular e da Educação Permanente em Saúde, como denuncia a contradição de tal formação. Ora, se esta fosse realmente capaz de formar profissionais comprometidos ética e politicamente com os princípios e diretrizes do Sistema, não haveria razão de ser para o VER-SUS.

Reitera-se que, como disparador de acontecimentos, o VER-SUS oportuniza uma diversidade de exposições ao encontro. Permeadas pela práxis do processo de imersão com o projeto político pedagógico, as exposições geradas pela abertura ao Sistema e às contradições do modelo de sociedade em que está inserido, sensibiliza e desperta o sentimento de transformações: das relações, das práticas, dos espaços de convívio, do mundo do trabalho.

Conforme estas constatações, considera-se que o VER-SUS apresenta contribuição significativa à formação acadêmica, profissional e política. Partindo-se também das marcas discursivas trabalhadas, considera-se que as hipóteses deste estudo foram confirmadas. Evidenciou-se a construção de novos olhares sobre a saúde pública, vinculados à crítica e ao comprometimento com a transformação social e em defesa do SUS, levando-se a acreditar em possibilidades de consolidação do Sistema, com foco no cuidado integral e universal, na equidade, e na prestação de atenção de qualidade ao povo pernambucano e brasileiro.

Segundo Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 20), a história dos EV apresenta “períodos que oscilam entre assunção de responsabilidades, pretensões de continuidade, descontinuidades e retomadas”. Para Pinto e Garcia Jr. (2017, p. 21), o pensamento hegemônico que rege o atual governo federal e demais governos estaduais à mesma guisa, “é, certamente, senão hostil, menos entusiasta de processos como o VER-SUS, seja em qualquer uma de suas dimensões ética, política ou estética”.

[...] uma vez, que essas vivências são identificadas como processos de mobilização, formação, luta e resistência, pode ser que seja apropriada pela militância do SUS como parte integrante do necessário projeto de reencantamento de sujeitos para a defesa do SUS e do direito à saúde frente à forte ofensiva de destruição do pouco que avançamos em termos de Estado de bem estar social (PINTO; GARCIA Jr., 2017, p. 21).

Segundo Lemões et al. (2017, p. 55), “o apoio como ferramenta de movimento e de militância para a formação e implementação de políticas no SUS, forma sujeitos e subjetividades que passam a ter outra implicação com a vida humana, natural e social”. Espera-se, portanto, que este estudo contribua para o reconhecimento, no estado, do VER-SUS enquanto política pública de saúde, e que, considerando a atual conjuntura, sejam reverberados sentimentos e ações de pertença à construção do SUS, estimulando que novos pares sejam capazes de atuar como agentes mobilizadores de gestões municipais, instituições de ensino, sujeitos, coletivos, organizações e movimentos sociais, para a continuidade do projeto, numa nova fase de auto-organização.

Por fim, convém considerar a importância da realização de novos estudos acerca das contribuições das experiências VER-SUS em Pernambuco, assim como os seus desdobramentos.

REFERÊNCIAS

- ABIB, L. T. **“Caminhando contra o vento...”**: a história das Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/70214#>>. Acesso em: 29 set. 2019.
- ADAM, J. M.; REVAZ, F. Componentes da acção. *In: _____ A análise da Narrativa*. Lisboa: Gradiva, 1997.
- ALBUQUERQUE, V. S.; GIFFIN, K. M. Globalização capitalista e seus impactos na vida cotidiana: Uma agenda necessária à formação superior em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, 2008.
- ALMEIDA, J. D. L.; OLIVEIRA, J.; NASSAR, Y. L. Versos de VER-SUS. *In: FERLA, A. A. et al. Ser, fazer, compor VER-SUS: redes de afetos e conhecimentos*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. ISBN: 978-85-66659-38-2.
- ALMEIDA-FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1677-1682, 2013.
- ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**: elaboração de trabalhos na graduação. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA. **Chamada Submissão de Projetos - 2016.1**. Projeto VER-SUS/Brasil. Disponível em: <http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/versus/noticias_anexos>. Acesso em: 29 set. 2019.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Agroecologia e promoção da saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 4, p. 290-295, 2012.
- BARDAZI, M. P. et al. Avaliação da formação e trajetória profissional na perspectiva de egressos de um curso de psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 304-315, 2008.
- BAUDELLOT, C.; ESTABLET, R. **Allez les filles!** Paris: EditionsduSeuil, 1992.
- BILIBIO, L. F. S. **Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal**: implicações micropolíticas à formação em saúde. 2009. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/503>>. Acesso em: 29 set. 2019.
- BOTTI, S. H. D. O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2582>>. Acesso em: 29 set. 2019.

BRANDÃO, C. R. Educação? Educações: aprender com o Índio. *In:* _____. **O que é educação**. 33. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda: Polos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de Dados da I Edição do VER-SUS/Brasil: Vivência e Estágio na Realidade do SUS**. Brasília, 2005f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. – Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005e. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, 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: 7 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: Polos de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS No. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 2004c. Disponível em: <<http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/downloads/portaria-no-198gm-em-13-de-fevereiro-de-2004/>>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. **Diário Oficial da União**, 2006a. Disponível em: <<http://www.mp.ce.gov.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portaria%20399.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS**. 2. ed. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto I Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil: Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil: Vivência e Estágio na Realidade do SUS, Relatório de Avaliação do Projeto-Piloto**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. – Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil: Caderno de Textos**. Brasília, 2004d.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=5&data=25/09/2013>>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 128, n. 182, 1990. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990>>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº. 11.129, de 30 de Junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2005c. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=01/07/2005>>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Medida Provisória nº 238, de 1º de fevereiro de 2005. Institui, no âmbito da Secretaria-Geral da Presidência da República, o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem, cria o Conselho Nacional de Juventude - CNJ e cargos em comissão, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2005b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=02/02/2005>>. Acesso em: 7 out. 2019.

BRAVO, R. S. **Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios**. 7. ed. rev. Madrid: Paraninfo, 1991.

BRUNHOLI, G. N. **Caminhando pelo fio da história: a residência multiprofissional em saúde nos espaços de construção da política de trabalhadores para o SUS**. 2013. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/handle/10/1284>>. Acesso em: 29 set. 2019.

BUENO, F. S. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: FTD, 2007. 830 p.

BULGARELLI, A. F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 351-362, 2014.

BURILLE, A. et. al. Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/523>>. Acesso em: 29 set. 2019.

CALADO, S. S.; FERREIRA, S. C. R. **Análise de documentos**: método de recolha e análise de dados. Metodologia da Investigação I. 2004. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/12123665-Analise-de-documentos-metodo-de-recolha-e-analise-de-dados.html>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do Perfil e da Evolução dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 148-155, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14506>>. Acesso em: 7 out. 2019.

CANESQUI, A. M. Sobre a presença das ciências sociais e humanas na saúde pública. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 14-21, 2011.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 256-61, 2008.

CAPORAL, F. R. Superando a revolução verde: a transição agroecológica no RS. **Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável**, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p 70-85, 2002.

CAREY, M. A. The Group Effect in Focus Groups: Planning, Implementing, and. *In*: MORSE, J. M. **Critical issues in qualitative research methods**. London: Sage; 1994.

CARVALHO, D. M. M. **Orientações, avanços, limites e possibilidades da formação pela Educação Permanente em Saúde no âmbito do SUS**. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/18315>>. Acesso em: 29 set. 2019.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. *In*: CAMPOS, G. W. S et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CASTRO, E. D. **Atividades artísticas e Terapia Ocupacional: construção de linguagens e inclusão social**. 2001. Tese (Doutorado em Ciências da Comunicação). Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <<https://bdpi.usp.br/item/001177511>>. Acesso em: 29 set. 2019.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-83, 2002.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Articulação com o Segmento Estudantil da Área da Saúde: uma Estratégia de Inovação na Formação de Recursos Humanos para o SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil: Caderno de Textos**. Brasília, 2004.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Observação da Educação dos Profissionais da Saúde: evidências à articulação entre gestores, formadores e estudantes. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CECCIM, R. B.; BRAVIN, F. P.; SANTOS, A. A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum (UFRJ)**, Rio de Janeiro, n. 28, p. 159-180, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, 2008.

CECCIM, R.B. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.2, p. 253-277, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A Gestão do Trabalho e da Educação a Saúde**. Brasília, 2011, 120 p.

COSTA, G. O. O desmonte do Estado. *In*: SINGER, A. et al. **Por que gritamos golpe?: para entender o impeachment e a crise política no Brasil**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1865-1873, 2010.

DA ROS, M. A. et al. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do movimento sanitário. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 103-111, 2006.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4, p. 1-13, 2 sem. 2008.

DALL'ALBA, R.; FEIJÓ, F. C. da S.; ANDRES, B. VER-SUS comunidades tradicionais: protagonismo social, empoderamento e movimento. *In*: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.;

PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem**: refletindo sobre o VER-SUS. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

DUARTE, A.C.S.; BARBOSA, R.J. Paulo Freire: o papel da educação como forma de emancipação do indivíduo. **Revista Científica Eletrônica de Pedagogia**, São Paulo, v. 5, n.9, jan. 2007. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/137420909/Paulo-Freire-A-Educacao-Forma-de-Emancipacao-Do-Individuo>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

FEDERAÇÃO DOS ESTUDANTES DE AGRONOMIA DO BRASIL. **Estágios Interdisciplinares de Vivência Santa Maria**: Núcleo de Trabalho Permanente em Movimentos Sociais, 2005. (cartilha).

FERLA, A. A. et al. **VER-SUS Brasil**: cadernos de textos. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FERLA, A. A. **Clínica em Movimento**: cartografias do cuidado em saúde. Caxias do Sul: Educs, 2007.

FERLA, A. A. et al. **Múltiplos cenários do VER-SUS**: vivências e estágios de norte a sul do Brasil. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

FERLA, A. A. F.; RAMOS, A. S.; LEAL, M. B. A história do VER-SUS: um pouco sobre o conjunto das iniciativas que inspiraram o projeto VER-SUS/Brasil. In: FERLA, A. A. et al. **VER-SUS Brasil**: cadernos de textos. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 1-15, 2013.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/477>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

FERLA, A. A.; MATOS, I. B. Afinal, o que podem as vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) para a formação na saúde? In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F.; SANTOS, L. M. (Org.). **Cadernos da Saúde Coletiva**: integração ensino-serviço – caminhos possíveis? Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FERLA, A. A. et al. Vivências e Estágios na Realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, 2013a. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/~reciis/article/view/510/1157>>. Acesso em: 10 dez.2015.

FERREIRA, A.B. de H. Fomar. In: FERREIRA, A.B. de H. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. 6. ed. Curitiba: Posigraf, 2004. 896p.

FERREIRA, C. T. et al. Potencial das vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde na transformação do pensar/agir acadêmico. *In: FERLA, A. A. et al. **Múltiplos cenários do VER-SUS**: vivências e estágios de norte a sul do Brasil*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

FERREIRA, C. T. **Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde**: A contracorrente das vivências ocorridas em Pernambuco. 2016. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27162>>. Acesso em: 25 set. 2019.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. *In: FAJARDO, A.; ROCHA, M. C.; PASINI, V. L. **Residência em Saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2010.

FEUERWERKER, L. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde- um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 3-4, 2007.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005. Disponível em: <http://artigocientifico.uol.com.br/uploads/artc_1142013023_37.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE. (Brasil). **Resgate Histórico do FNRS**. 2010. Disponível em: <<http://forumresidentes.blogspot.com.br/2010/05/resgate-historico-do-fnrs.html>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

FREIRE, A. M. A. Apresentação. *In: FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos*. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. **Política e educação**: ensaios. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GADOTTI, M. Advertência final-pensamento pedagógico brasileiro: unidade e diversidade. *In: GADOTTI, M. **Pensamento Pedagógico Brasileiro***. São Paulo: Ática; 1990.

GIACÓIA JUNIOR, O. **Nietzsche como psicólogo**. São Leopoldo: Unisinos, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995.

GONÇALVES; SCHWEIG; ARAÚJO. A Imersão em Três Olhares, Três Caminhos e Três Momentos. *In*: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem**: refletindo sobre o VER-SUS. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

GONZAGA, D. A. et al. **A importância do Estágio Interdisciplinar de Vivência em assentamentos rurais para os estudantes de ciências agrárias da Unesp - Ilha Solteira (SP)**. Disponível em: <http://www.uniara.com.br/legado/nupedor/nupedor_2010/00%20textos/sessao_7A/07A-07.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

HADDAD, A. E. et al. Política nacional de educação na saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 98-114, out. 2008.

HADDAD, A. E.; et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

HADDAD, Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. **Educación Permanente de Personal de Salud**. Washington: OPS, 1994.

HENRY, P. O discurso não funciona de modo isolado. Entrevista cedida a José Horta Nunes. **Jornal da Unicamp**, Campinas, n. 587, 2013. Disponível em: <<https://www.unicamp.br/unicamp/ju/587/o-discurso-nao-funciona-de-modo-isolado>>. Acesso em: 28 set. 2019.

IBGE. **Divisão regional do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas**. Rio de Janeiro, 1992.

JINKINGS, I. O golpe que tem vergonha de ser chamado de golpe. *In*: SINGER, A. et al. **Por que gritamos golpe?**: para entender o impeachment e a crise política no Brasil. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

JUVENTUDE. Temáticas da Educação Integral. **Educação & Participação**. Disponível em: <<https://educacaoeparticipacao.org.br/tematica/juventude/>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 17-27, 2001.

KITZINGER, J. Grupos Focais. *In*: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LEMÕES, M. A. M. Trajetórias de um coletivo em defesa do SUS no extremo Sul do Brasil. *In*: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem**: refletindo sobre o VER-SUS. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

LIMA, E. M. F. A. et al. Ação e criação na interface das artes e da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 143-148, 2009.

LOBATO, C.P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família:** uma cartografia da dimensão política. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/Mestrado/diss/105.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

MACHADO, M. H. Gestão do Trabalho em Saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-162.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *In:* PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. O **Trabalho em Saúde:** abordagens quantitativas e qualitativas. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011. v. 1, p. 103-116.

MARANHÃO, T. **Função-facilitador (a) nos estágios e vivências na realidade do Sistema Único de Saúde:** marcas de protagonismo estudantil na construção de práticas formativas. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/114389>>. Acesso em: 29 set. 2019.

MARANHÃO, T. Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde: um “garimpo” bibliográfico. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/529>>. Acesso em: 29 set. 2019.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 55-66, 2018.

MARCONI, M.; LAKATOS, E. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: ATLAS, 2008.

MATIAS, M. M. M.et al. O VER-SUS na produção de afetos e subjetividades. *In:* FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem:** refletindo sobre o VER-SUS. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital: revista de pensamento y investigación social**, Barcelona, v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013.

MELO, H. P.; LASTRES, H. M. M.; MARQUES, T. C. N. Gênero no sistema de ciência, tecnologia e inovação no Brasil. **Revista Gênero**, Niterói, v. 4, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.cbpf.br/~mulher/hildete1.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

MELO, J. A. C. Educação Sanitária: uma visão crítica. *In:* CANESQUI, A. M.; CAMARGO, E. S. P. DE; BARROS, M. B. DE. **Educação e Saúde.** São Paulo, Cortez Ed, 1987.

MENDES, F. M. de S. et al. Ver-Sus: Relato de Vivências na Formação de Psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 174-187, 2012.

MERHY, E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-248, 1993.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. Educação em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-162.

MORRUDO FILHO, C. A.; MATOS, I. B. Vivências e Estágios no SUS: Uma carta-convite para encontros com a educação na saúde. In: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem: refletindo sobre o VER-SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

MOURÃO, A. M. A. et al. A formação dos trabalhadores sociais no contexto neoliberal. O projeto das residências em saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, A. E. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

NAÇÕES UNIDAS. **Normas sobre a equiparação de oportunidade para pessoas com deficiência**. São Paulo: APADE 7: CVI-NA, 1996.

NICÁCIO, M. F. **O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. 1994. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1994. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/4015>>. Acesso em: 29 set. 2019.

NOGUEIRA, C. M. As relações sociais de gênero no trabalho e na reprodução. **Revista Aurora**, v. 3, n. 2, 2010.

O’CATHAIN, A.; THOMAS, K. Combinando métodos qualitativos e quantitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

OLIVEIRA, B. de. et al. Vivências e percepções no Sistema Único de Saúde no curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. In: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem: refletindo sobre o VER-SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017a. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

OLIVEIRA, B. N. de. et al. Estágio de Vivência e Imersão no SUS: VER-SUS Ceará como disparador de implicação política. *In*: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem**: refletindo sobre o VER-SUS. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 fev. 2018.

OLIVEIRA, M. H. B. Aproximações para a Demarcação de um Novo Campo do Conhecimento. *In*: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELLOS, L. C. F. **Direito & saúde: um campo em construção**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

OLIVEIRA, T. M. V. D. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e cotas. **Administração on line**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 1-10, 2001. Disponível em: <https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo_-_amostragem_nao_probabilistica_adequacao_de_situacoes_para_uso_e_limitacoes_de_amostras_por_conveniencia.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 2001.

ORSO, P. J. et al. Apresentação. *In*: ORSO, P. J.; GONÇALVES, S. R.; MATTOS, V.M. **Educação e Lutas de Classes**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde**: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4833>>. Acesso em: 29 set. 2019.

PÊCHEUX, M. **Discurso**: estrutura ou acontecimento. São Paulo: Pontes, 1997.

PÊCHEUX, M. O mecanismo do (dês) conhecimento ideológico. *In*: ZIZEK, S. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 146-152.

PEDREIRA, S. S. B. A. **Contribuições do Estágio Interdisciplinar de vivência para a formação médica**: relato de uma experiência em área de Reforma Agrária no estado da Bahia - Brasil. 2014. Monografia (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/17619/1/Suilan%20Silva%20Brand%C3%83%C2%A3o%20Azevedo%20Pedreira%20Copy.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

PEDROSO, V. D. et al. Evolução das Instituições de Saúde: Vivências Interdisciplinares. *In*: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem**: refletindo sobre o VER-SUS. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **XI GERES**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/xi-geres>>. Acesso em: 2 ago. 2016.

PIERANTONI, C. R. et al. Tendências da gestão do trabalho e da educação na saúde na última década. *In*: PIERANTONI, C. R. et al. **Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ, ObservaRH, 2012.

PIERRO, B. **Regionalização do SUS: a rede "Peba"**. [S. l.], 21 mar. 2011. Disponível em: <<https://jornalgggn.com.br/noticia/regionalizacao-do-sus-a-rede-peba/>>. Acesso em: 27 set. 2019.

PINTO, H. A. O Movimento Estudantil de Medicina e a transformação da Escola Médica. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 159- 160, 2000.

PINTO, H. A.; GARCIA Jr., C. A. Uma análise do desafio de mudança da formação em saúde e do VERSUS na perspectiva do movimento estudantil. *In*: SILVA FILHO, C. C.; GARCIA Jr., C. A.; KOVALESKI, D. F. (Orgs.). **VER-SUS Santa Catarina: itinerários (trans) formadores em saúde**. Tubarão: Copiart, 2017.

PINTO, H. A.; MARANHÃO, T.; FERLA, A. A. Estágios e Vivências na Realidade do SUS como dispositivos de aprendizagem significativa: refletindo sobre a experiência. *In*: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem: refletindo sobre o VER-SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

PONTES, C. A. A.; MENEZES FILHO, A.; COSTA, A. M. O processo criativo e a tessitura de projetos acadêmicos de pesquisa. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 439-450, 2005.

PRIMAVERA nos dentes. Intérprete: Secos & Molhados. Compositores: J. Ricardo e J. Apolinário. *In*: **Secos & Molhados**. São Paulo: Warner Music Brasil, 1973. 1 CD.

PULGA, V. L. As vivências no cotidiano dos serviços de saúde como dispositivo pedagógico na formação em saúde. *In*: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem: refletindo sobre o VER-SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

RAMOS, A. et al. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

RIBEIRO, A. **Histórico dos Estágios Interdisciplinares de Vivência**. 2012. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/105108071/Historico-dos-Estagios-Interdisciplinares-de-Vivencia>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

RICOEUR, P. Tempo e Narrativa a tríplice mimese. *In*: _____. **Tempo e Narrativa. Tomo I**. Campinas: Papyrus, 1997. p. 85-131.

RIQUINHO, D. L.; CAPOANE, D. S. VER-SUS/RS: um olhar de estudantes universitárias sobre o Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 147-152, 2002.

RODRIGUES, D.; GOMES, E.; REIS, R. **A Engenharia Aplicada à Saúde**. Trabalho do curso de Engenharia de Controle e Automação do Instituto Federal de Goiás. Goiânia, 2015. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/danillorodrigues566/a-engenharia-aplicada-a-sade>>. Acesso em: 12 set. 2016.

RODRÍGUEZ, C. A; KOLLING, M. G.; MESQUIDA, P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 60-66, 2007.

ROSA, S. D.; LOPES, R.. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, 2010.

ROSSONI, E. **Formação Multiprofissional em Serviço na Atenção Básica à Saúde: Processos Educativos em Tempos Líquidos**. 2010. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/27073>>. Acesso em: 29 set. 2019.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes**. 3. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SANTOS, C. C. **O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das residências em área profissional da saúde**. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26957>>. Acesso em: 29 set. 2019.

SANTOS, M. C. O. L. et al. **Arquitetura e Saúde: o espaço interdisciplinar**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/arquitetura_saude.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016.

SANTOS, R. C. **Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil**. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998. Disponível em: < <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309123>>. Acesso em: 29 set. 2019.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia–Te Corá, 1999.

SARMENTO, L. F de. **Residência Multiprofissional em Saúde: Análise da Oferta de Programas Financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SCHAEDLER, L. I. Sistema Único de Saúde como Rede em Prática Pedagógica. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **VER–SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília, 2004.

SEMINÁRIO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE, 3., 2008, Brasília. **Política Nacional de Educação na Saúde**. Brasília: SEGTES, 2008. Disponível em: < http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/politica_nacional_saude.pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. A Educação de Enfermagem: Buscando a Formação Crítico-Reflexiva e as Competências Profissionais. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 755-761, 2006.

SILVA, L. R. C. et al. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 9., 2009, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUCPR, 2009. Disponível em: <https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/3124_1712.pdf>. Acesso em: 28 set. 2019.

SILVEIRA, A. **Residência de Medicina do Trabalho: Programa 2005**. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital das Clínicas/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, jan. 2005.

SINDICATO DAS MANTENEDORAS DE ENSINO SUPERIOR (São Paulo). **Mapa do Ensino Superior no Brasil 2016**. Disponível em: <http://convergenciacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf>. Acesso em: 6 out. 2016.

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. Ecologia na formação do profissional de saúde: promoção do exercício da cidadania e reflexão crítica comprometida com a existência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 271-5, 2009.

SOUSA, F. de O. S. **Núcleo de apoio à saúde da família: uma avaliação da integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18653>>. Acesso em: 29 set. 2019.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. Manaus: Instituto Census, 2014.

SPIES, I. C.; FERNANDES, T. de O. VER-SUS Brasil: a construção de novos olhares para o SUS. In: FERLA, A. A.; MARANHÃO, T.; PINTO, H. A. **Vivências e estágios como dispositivos da aprendizagem: refletindo sobre o VER-SUS**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/174467/001064491.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 mar. 2018

TEIXEIRA, M.; OLIVEIRA, R. G.; ARANTES, R. F. Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no Governo Lula. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F.; LIMA, L. D. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

TORRES, O. M. A proposição metodológica dos estágios de vivência no sistema único de saúde: um resgate histórico. In: FERLA, A. A. et al. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

TORRES, O. M. **Os estágios de vivência no Sistema Único de Saúde:** das experiências regionais à (trans) formação político-pedagógica do Ver-SUS/Brasil. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

VIANA, A. L. **Recursos humanos e regionalização da saúde:** programa de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Educação Permanente: Relatório de Pesquisa. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

VIEIRA, C. M. et al. Aplicação da técnica de Grupo Focal em pesquisa da Rede-SANS sobre as ações de alimentação e nutrição na atenção básica em saúde. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 407-413, 2013.

VIEIRA, M. et al. A Política de Educação Permanente em Saúde: uma análise a partir de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. *In:* PEREIRA, I. B.; VIANNA, D. A. (Orgs.) **Estudos de Politécnic e Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, 2008. v. 3.

VILLAS-BÔAS, M. E. Bioética e direito: aspectos da interface. Desafios e perspectivas de um chamado biodireito. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 89-100, 2012.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. de M.. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-472, 1996.

ZIMMERMANN, M. H.; MARTINS, P. L. O. Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *In:* CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 8., 2008, Brasília. **Anais...** Curitiba: PUCPR, 2009. Disponível em: < https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2008/211_86.pdf>. Acesso em: 7 out. 2019.

APÊNDICE A - CARTA-CONVITE GRUPO FOCAL

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

Paulo Freire

Olá, nome da pessoa, bons dias! Esteja bem!

Meu nome é Camila Tenório Ferreira, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife – PE, sob a orientação das professoras doutoras Kátia Rejane de Medeiros e Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

Desde a graduação, tenho me debruçado em estudar as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS/Brasil) realizadas em Pernambuco. Com a conclusão da dissertação, espero tornar pública uma síntese sobre esses anos de estudo, para que chegue até vocês e demais interessados (as).

Venho por este meio convidá-lo (a) a participar de um grupo focal no âmbito da investigação de mestrado, dedicada ao tema “Formação Profissional em Saúde: A Trajetória de Egressos (as) do VER-SUS no estado de Pernambuco”. A realização do grupo focal tem por objetivo recolher, qualitativamente, percepções do grupo de egressos (as) do VER-SUS sobre como essa experiência orientou sua formação acadêmica/profissional. A data proposta é dia 30 de outubro, às 19h, numa sala nas dependências da Fiocruz. Aguardo confirmação da sua disponibilidade para esta data.

Para escolher quem irá compor o grupo focal, estou utilizando a técnica bola de neve, uma técnica de amostragem não probabilística que conta com as próprias pessoas participantes para indicar quem participará junto com ela. Tu foste indicada (o) por nome da pessoa, através do critério de versão do VER-SUS e/ou ênfase da residência e/ou profissão. Após tua resposta de aceite ou recusa, também vou te sugerir nomes para que tu indiques o próximo que farei contato.

Desde já, agradeço sua atenção.

Cordial, atenciosa e entusiasmadamente,

Camila Tenório Ferreira

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) colega, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **Formação Profissional em Saúde: A Trajetória de Estudantes Egressos do VER-SUS no Estado de Pernambuco**, cujo objetivo é analisar como a participação no VER-SUS ocorrido em Pernambuco no período de 2012 a 2016 orientou a formação acadêmica/profissional de seus egressos e egressas.

Sua colaboração nesta pesquisa é muito importante, mas a decisão de participar da mesma é voluntária e se dará por meio de um diálogo realizado com a pesquisadora que, após o seu consentimento, iniciará a pesquisa através de uma conversa realizada em grupo focal. Se depois de consentir sua participação você desistir de continuar participando, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas garantiremos a confidencialidade das informações, o anonimato e sigilo necessários.

O ônus quanto à sua participação se refere a certo desconforto no sentido de dispor de tempo para se deslocar ao local onde será realizado o grupo focal. Se houver concordância, a entrevista será gravada. O risco pode ser dimensionado como leve, pois haverá mobilização de seus sentimentos ao resgatar a memória em relação ao seu envolvimento com o VER-SUS.

Como benefícios: direto contribuirá com a construção histórica da importância do VER-SUS na trajetória acadêmica/profissional de seus egressos e egressas, e indireto colaborará para a produção de conhecimento acerca da formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 às 12 h e das 13 às 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Declaro estar esclarecido (a) sobre os termos, consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

_____, ____/____/____.

Local, Data.

Participante da Pesquisa

APÊNDICE C – NOMES FICTÍCIOS ATRIBUÍDOS AOS ENUNCIADORES E ENUNCIADORAS E SEUS RESPECTIVOS SIGNIFICADOS



Mulheres Cabulosas da História é um projeto que faz releituras fotográficas e resgata a vida de corajosas e poderosas mulheres, com histórias inspiradoras. Muitas foram pioneiras na política, na ciência, no meio artístico e nas revoluções, entretanto seus nomes foram ignorados e, até mesmo, apagados da história. As militantes do Levante Popular da Juventude também estão criando um livro, com a intenção de retratar a imagem e a biografia de “100 Mulheres Cabulosas da História”, a fim de homenagear memoráveis mulheres, entre as quais estão: Dandara dos Palmares, Maria Bonita, Clarice Lispector, Frida Kahlo, Angela Davis, Tereza de Benguela, entre outras, dizendo que suas lutas e conquistas permanecem presentes (CATARSE, 2018).

Margarida Alves nasceu em 1933, em Alagoa Grande, brejo da Paraíba. Foi a primeira mulher eleita presidenta do sindicato dos trabalhadores rurais de Alagoa Grande e fundadora do Centro de Educação e Cultura do Trabalhador Rural. Margarida enfrentou a luta contra o latifúndio em plena ditadura militar e por sua atuação política foi brutalmente assassinada por jagunços à mando de latifundiários da região. No dia 12 de agosto do ano de 1983 morreu Margarida Alves a tiro de escopeta na frente de seu marido e de seu filho ainda criança. À época de sua morte movia mais de cem ações trabalhistas na Justiça do Trabalho local, ameaçando interesses dos donos da maior usina de açúcar do Estado. Sua força e determinação na defesa dos direitos das trabalhadoras e dos trabalhadores do campo são, até hoje, inspiração para gerações de militantes que lutam pela reforma agrária, pela agroecologia, pela agricultura familiar e que sonham em construir um mundo mais justo. Desde 2000 é realizado a Marcha das Margaridas, maior mobilização de mulheres rurais, que ocorre em Brasília no mês de agosto, na luta pelas melhores condições de vida da mulher do campo e da floresta, organizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag) e pela Central Única dos trabalhadores (CUT). Mas, na verdade essa é a **Deisy dos Santos**, estudante de Direito que luta pela igualdade social, sobretudo pelo respeito e reconhecimento do papel da mulher na sociedade.



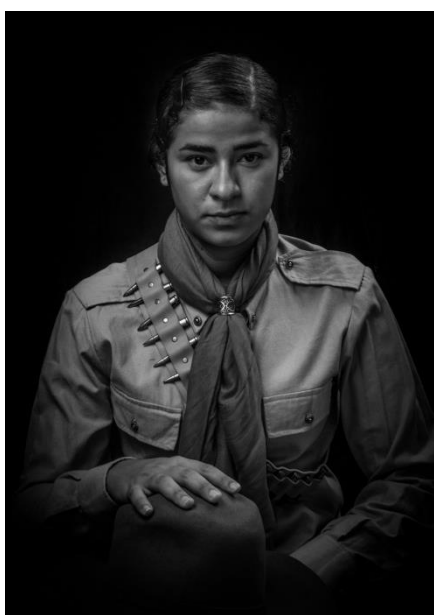


Dandara foi liderança junto ao seu companheiro Zumbi no do maior quilombo das Américas: o Quilombo dos Palmares. Ela plantava, trabalhava na produção da farinha de mandioca, caçava e lutava capoeira, usava armas para liderar homens e mulheres de resistência do quilombo.

Mas, na verdade, essa é **Lorena Lemos**, que luta por uma educação de qualidade e pela emancipação das mulheres negras.

Pagu é o apelido de **Patrícia Rehder Galvão**. Ela foi jornalista, romancista e filiou-se ao Partido Comunista Brasileiro (PCB) em 1931. Fundou o jornal “O Homem do Povo” e escreveu “Parque Industrial”, o primeiro romance proletário da literatura brasileira. Foi detida como presa política mais de 20 vezes ao longo da sua militância.

Mas, na verdade essa é a **Isabella Arreguy**, estudante de Ciências Sociais, e luta pela igualdade e emancipação das vidas e corpos das mulheres até hoje.



Maria Bonita é chamada de Rainha do Cangaço, que não por acaso, nasceu em 1911 em um 8 de marco, foi uma mulher corajosa, de arma na mão, decidida, que rompeu parâmetros de uma época para seguir um grupo que vivia à margem da lei. Foi a primeira mulher a ingressar no Cangaço e decidiu se lançar pelo Sertão justamente depois de uma das brigas de um casamento abusivo.

Mas, na verdade, essa é a **Grazielle Silva**, que luta para que as mulheres não tenham medo de ocupar todo e qualquer espaço na sociedade.

Frida Kahlo é uma das mais famosas artistas latinas-americanas do século XX. Comunista, afirmava que nasceu exatamente na data da revolução mexicana. Defendia o resgate à cultura indígena e latino-americana como forma de oposição ao sistema imperialista. Como a mesma disse, suas pinturas retratavam o assunto que mais conhecia, ela mesma. Quebrando parâmetros de seus tempos e desses também, Frida mostra uma arte marcada profundamente pela dor, pela paixão, pela luta, pela deficiência física, pelos seus abortos, pela bissexualidade.

Mas, na verdade, essa é a **Rafaella Dotta**, jornalista, que luta para que o povo diga sua realidade e seja mais escutado.



Olga Benário foi membra do Partido Comunista alemão desde 1926, participou do V Congresso da Juventude Comunista e foi presa por três meses, acusada de atividades subversivas. Veio ao Brasil, com o objetivo de liderar uma insurreição armada que instalasse um governo revolucionário, mas foram capturados pela polícia e mesmo estando grávida, Olga foi deportada para a Alemanha para ser executada pelos nazistas, em 1942.

Mas, na verdade, essa é a **Marcela Nicolas**, que luta por uma sociedade mais justa, na qual as pessoas sejam de fato iguais nas oportunidades e liberdades.

Carolina Maria de Jesus foi moradora da favela do Canindé, zona norte de São Paulo. Ela trabalhava como catadora e registrava o cotidiano da comunidade em cadernos que encontrava no lixo. Ela é considerada uma das primeiras e mais importantes escritoras negras do Brasil.

Mas, na verdade, essa é **Carolina Nunes**, estudante de Ciências Sociais e luta por um feminismo enegrecido e pela real emancipação do povo preto.



Fonte das imagens e texto: MEDIUM, 2018.



Fonte: BRASIL, 2014.

Em comemoração aos 30 anos do MST, celebrados ao longo de todo o ano de 2014, o Movimento lançou uma coleção de cartazes em homenagem a dez lutadores e lutadoras do povo brasileiro. Nomes como Celso Furtado, Anita Garibaldi, Milton Santos, Paulo Freire, Sepé Tiarajú, Olga Benário, Dom Helder Câmara, Gregório Bezerra, Luis Carlos Prestes e Carlos Marighella foram os primeiros homenageados. Na dificuldade de selecionar apenas dez nomes, foram utilizados alguns critérios, como contemplar lutadores do campo e da cidade, representantes dos diversos setores da sociedade, levar em conta questões de gênero e de regionalidade, além da contribuição teórica e da pedagogia do exemplo (BRASIL, 2014).

Gregório Bezerra foi militante comunista da Aliança Nacional Libertadora (ANL) e do PCB, militar responsável por levantes revolucionários em Pernambuco, preso político e exilado durante a ditadura (MEMÓRIAS, 2018).

Comandante de uma famosa marcha pelo Brasil, a Coluna Prestes, e líder do PCB por mais de 50 anos, **Luís Carlos Prestes** foi uma das figuras da América Latina mais perseguidas do século XX. Foi preso político durante a ditadura militar e teve sua esposa – Olga Benário – levada aos campos de concentração nazista (MEMÓRIAS, 2018a).

Político, guerrilheiro e poeta, **Carlos Marighella** militou no Partido Comunista e depois fundou o movimento armado Ação Libertadora Nacional (ALN). Foi preso, torturado e morto durante a ditadura militar (MEMÓRIAS, 2018b).

Milton Santos, geógrafo baiano, negro, de renome internacional no âmbito acadêmico, com destaque na sua vasta produção acadêmica sobre a realidade social. Preso político e exilado durante a ditadura (MUSEU, 2018).



Fonte: Socioambiental, 2018.

Chico Mendes foi um líder seringueiro acreano, sindicalista, parlamentar e ecologista reconhecido mundialmente, assassinado por mobilizar os trabalhadores rurais do Acre em defesa da floresta Amazônica (SOCIOAMBIENTAL, 2018).

Líder camponês paraibano, **João Pedro Teixeira** foi assassinado em 1962 durante uma emboscada arquitetada por latifundiários que atuavam na Paraíba. Sua esposa, Elisabeth Teixeira, continua sua luta pela terra até os dias atuais (BRASIL, 2018a).



Fonte: Paraíba, 2018.



Fonte: Brasil, 2018b

Nelson Mandela foi um dos mais importantes sujeitos políticos contra o regime do Apartheid, na África do Sul, e que se tornou um ícone internacional na defesa da justiça social, principalmente na luta contra o racismo (GELEDES, 2018).

Alexina Crespo foi destacada dirigente das Ligas Camponesas nos anos 50 até meados da década de 60 ao lado de seu companheiro, Francisco Julião, fundador e dirigente das Ligas Camponesas, ajudou a construir um dos mais massivos movimentos camponeses da história de nosso país. Esteve em Cuba e conviveu com Mao Tsé-Tung (A NOVA, 2018).



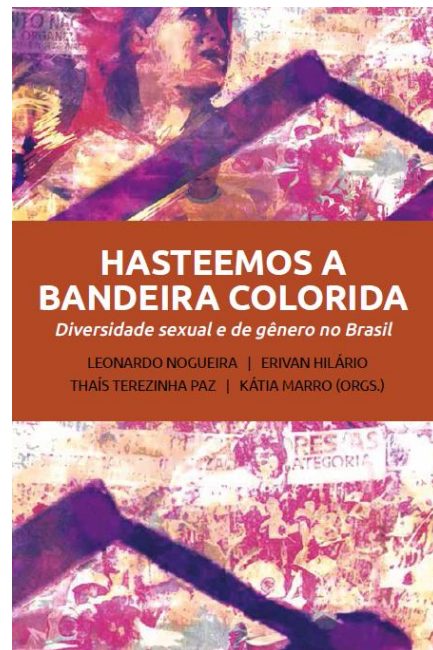
Fonte: Memórias, 2018c.



Fonte: GELEDES, 2018b.

Marielle Franco, mulher negra, lésbica, socióloga, vereadora do Rio de Janeiro, defensora dos direitos humanos, fazia parte de uma comissão criada em fevereiro para monitorar os trabalhos da intervenção federal na segurança pública do estado. Morta em 2018, com indícios de execução (GELEDES, 2018c).

Safira, “travesti, aleijada, negra, feia e pobre”, recebeu este nome fictício em um capítulo de livro que disserta a forma como, em 15 de abril de 2011, aos 24 anos, fora brutalmente assassinada por quatro homens, numa calçada anoitecida de Campina Grande enquanto fazia ponto. Neste ano foram registrados 266 homicídios de LGBTs. Vítima de transfobia, e ainda assim julgada como criminosa, o caso Safira acabou por se converter uma batalha pela possibilidade de designação da homofobia (à época era a expressão utilizada pelo Movimento LGBT para tratar da violência perpetrada contra Safira) como causa do homicídio a trinta facadas, por se demonstrar irrefutavelmente como sendo. Para o Movimento LGBT, sua morte se transforma numa oportunidade de luta (EFREM FILHO, 2018).



Fonte: Expressão, 2018.



Gisberta Salce Júnior, paulista, mulher trans, teve seu corpo encontrado no fundo de um poço de 15 metros em Portugal, após ser agredida e violada sistematicamente por 14 adolescentes durante três dias, a pedradas, pauladas e chutes. Foi sexualmente torturada com o uso de pedaços de madeira e teve o corpo queimado com cigarros. Desacordada, atiraram-na no fosso do prédio onde se abrigava. Gisberta estava inconsciente, mas ainda viva. Morreu afogada. A história da brasileira foi transformada em peça de teatro, em documentário e na canção *Balada de Gisberta*, composta pelo português Pedro Abrunhosa e interpretada por Maria Bethânia. Após muita luta do Movimento LGBT, em especial o Movimento Panteras Rosa, nos anos que se seguiram à morte da brasileira, em 22 de fevereiro de 2006, o legislativo português criou uma série de leis voltadas para a igualdade de gêneros, com o objetivo de garantir a pessoas trans maior acesso à Justiça, à educação e ao emprego. Além disso, foi aprovada a concessão de asilo a transexuais estrangeiros em risco de perseguição. Portugal transformou-se num dos países mais avançados do mundo no tratamento à igualdade de gênero (BBC, 2018).

Aos nossos mortos e mortas, nenhum minuto de silêncio, mas toda uma vida de luta.

REFERÊNCIAS

A NOVA. **Alexina Crespo, destacada lutadora do povo.** Disponível em: <<https://anovademocracia.com.br/no-122/5105-alexina-crespo-destacada-lutadora-do-povo>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BBC. **A brasileira que virou símbolo LGBT e cujo assassinato levou a novas leis em Portugal.** Acesso em: <https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/02/160218_brasileira_lgbt_portugal_mf>. Acesso em: 22 jul. 2018.

BRASIL. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. **MST lança cartazes em homenagem aos lutadores e lutadoras do povo brasileiro.** 2014. Disponível em: <<http://www.mst.org.br/2014/11/18/mst-lanca-cartazes-em-homenagem-aos-lutadores-e-lutadoras-do-povo-brasileiro.html>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BRASIL. Memória. **Líder camponês paraibano é reconhecido como 'Herói da Pátria'.** Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/01/17/lider-campones-paraibano-e-reconhecido-como-heroi-da-patria/>>. Acesso em: 21 jul. 2018a.

BRASIL. **100 anos de Nelson Mandela, o líder da luta contra o apartheid.** Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/07/17/album/1531828042_969782.html#foto_gal_1>. Acesso em: 21 jul. 2018b.

CATARSE. **100 Mulheres Cabulosas da História.** Disponível em: <<https://www.ctarse.me/mulherescabulosasdahistoria>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

EFREM FILHO, R. Safira: violência, gênero e sexualidade. In: NOGUEIRA, L. et al. (orgs.). **Hasteemos a bandeira colorida: diversidade sexual e de gênero no Brasil.** 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

EXPRESSAO. **Hasteemos a bandeira colorida – diversidade sexual e de gênero no Brasil.** Disponível em: <<https://expressaopopular.com.br/loja/produto/hasteemos-a-bandeira-colorida-diversidade-sexual-e-de-genero-no-brasil/>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

GELEDES. **A Poética da Esperança, um relato sobre trajetórias e memórias de Nelson Mandela.** Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/poetica-esperanca-relato-sobre-trajetorias-memorias-nelson-mandela/>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. **Marielle Franco e as fake News.** Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/marielle-franco-e-as-fake-news/>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. **Marielle Franco foi assassinada na noite desta quarta (14), no Centro do Rio, aos 38 anos. Principal suspeita é execução.** Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/marielle-franco-foi-assassinada-na-noite-desta-quarta-14-no-centro-do-rio-aos-38-anos-principal-suspeita-e-execucao/>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

MEDIUM. Levante Popular da Juventude. **Mulheres Cabulosas da História.** Disponível em: <<https://medium.com/@LevanteBH/mulheres-cabulosas-da-hist%C3%B3ria-c7f1bb8b71ea>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

MEMORIAS. **Gregório Bezerra**. Disponível em: <<http://memoriasdaditadura.org.br/biografias-da-resistencia/gregorio-bezerra/index.html>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

_____. **Luís Carlos Prestes**. Disponível em: <<http://memoriasdaditadura.org.br/biografias-da-resistencia/luis-carlos-prestes/index.html>>. Acesso em: 21 jul. 2018a.

_____. **Carlos Marighella**. Disponível em: <<http://memoriasdaditadura.org.br/biografias-da-resistencia/carlos-marighella/index.html>>. Acesso em: 21 jul. 2018b.

MEMORIAS. **Memórias Clandestinas**. Disponível em: <<http://memoriasclandestinas.blogspot.com/>>. Acesso em: 21 jul. 2018c.

MUSEU. História e Memória. **Milton Almeida dos Santos**. Disponível em: <<http://www.museuafrobrasil.org.br/pesquisa/hist%C3%B3ria-e-mem%C3%B3ria/historia-e-memoria/2014/12/30/milton-almeida-dos-santos>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

PARAIBA. Personalidades. **João Pedro Teixeira**. Disponível em: <<http://www.paraibatotal.com.br/a-paraiba/cultura/personalidades/joao-pedro-teixeira>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

SOCIOAMBIENTAL. **Vinte e cinco anos sem Chico Mendes**. Disponível em: <<https://www.socioambiental.org/pt-br/noticias-socioambientais/vinte-e-cinco-anos-sem-chico-mendes>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

APÊNDICE D – ROTEIRO DE PESQUISA

❖ IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome: _____ Gênero: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Endereço: _____

Ano/edição que participou do VER-SUS: _____ Curso: _____

Ênfase da RMS e ano de ingresso: _____

Avaliação sobre o grupo focal. Atendeu às suas expectativas?



NEM UM
POUCO



UM
POUCO



DE ALGUM
MODO



MAIS OU
MENOS



CONSIDERA
VELMENTE



MUITO



EXTREMA
MENTE

Considerações (usar o verso)

❖ TÓPICOS NORTEADORES

Introdutório: Motivo pelo qual realizou o VER-SUS;

De transição: Como se deu o pós VER-SUS, quais as questões geradas;

Chave: Contribuição para a inserção em RMS; percepção do VER-SUS enquanto orientador da formação acadêmica/profissional;

Final: Capacidade de transformação da realidade.

❖ DIÁLOGO DE CONCLUSÃO

Resumo: Síntese realizada pela moderadora, com algumas impressões sobre a conversa;

Fechamento: Espaço para que os/as participantes possam tecer considerações.