

SALUDE

1999

Il libro della salute per il 2000

Intelligenza

Il libro della salute per il 2000

Presidente

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde

José Gomes Temporão

Grupo Hospitalar Conceição

Conselho de Administração

Alberto Beltrame – Presidente

Neio Lúcio Fraga Pereira

Leonilse Fracasso Guimarães

Arlindo Nelson Ritter

Franselmo Araújo Costa (MPOG)

Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazolli

Diretoria

Diretor-Superintendente

Neio Lúcio Fraga Pereira

Diretor Administrativo e Financeiro

Gilberto Barichello

Diretor Técnico

Alexandre Paulo Machado de Britto

Escola GHC

Gerente de Ensino e Pesquisa

Lisiane Boer Possa

Coordenadores de Ensino e Pesquisa

Marta Helena Buzatti Fert

Lauro Luis Hagemann

Sérgio Antônio Sirena

Assistentes de Coordenação

Vera Lúcia Pasini: Núcleo de Atenção à Saúde

Vanderléia Pulga Daron: Núcleo de Gestão,

Informação e Educação na Saúde

Izabel Alves Merlo: Centro de Documentação

Assistente de Gerência

Claudete Bittencourt

residências em SAÚDE

fazeres & saberes na formação em saúde

Ananyr Porto Fajardo
Cristianne Maria Famer Rocha
Vera Lúcia Pasini
Organizadoras

Ana Cláudia Santos Meira
Revisão

Bento de Abreu
Capa e projeto gráfico

Everaldo Manica Ficanha
Editoração

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
Porto Alegre, 2010

@2010 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Direitos reservados desta edição: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Dados internacionais de catalogação na Publicação (CIP)

B823r Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
260 p.: 22 cm.

ISBN 978-85-61979-08-9

1. Sistema Único de Saúde – Brasil – Educação de Pós-Graduação-Residências Multiprofissionais .2.Fajardo, Ananyr Porto, Org.3.Rocha, Cristiane Maria Famer, Org.4.Pasini, Vera Lúcia, Org. I.Título.

CDU 614(81):378.24

Catalogação elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329

ISBN: 978-85-61979-08-9

Dados técnicos do livro

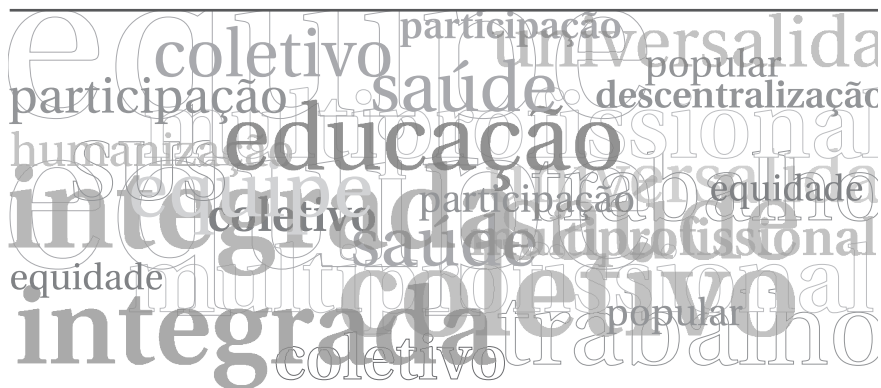
Fonte: Veracity SSI

Papel: pólen 80g (miolo) e supremo 250 g (capa)

Medidas: 16x22cm

Impressão: Evangraf Ltda.

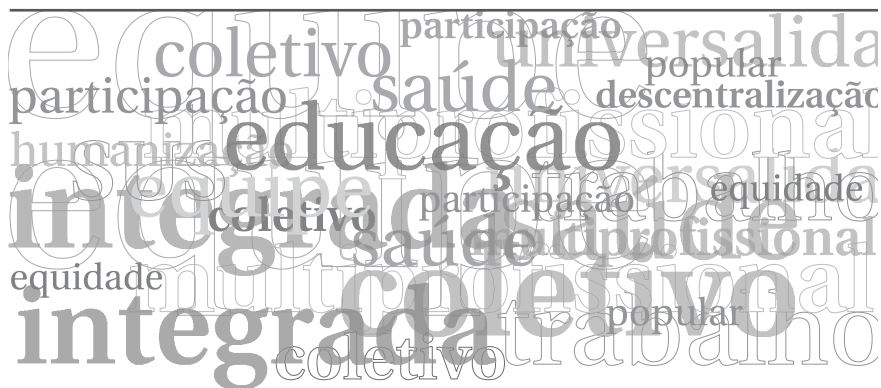
Porto Alegre, 2010



SUMÁRIO

- 7 Autores e Autoras**
- 15 Apresentação**
Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha, Vera Lúcia Pasini
- 17 Prefácio**
Ricardo Burg Ceccim
- 23 Residência: Uma modalidade de ensino**
Silvia Regina Ferreira, Agnes Olschowsky
- 35 A Invenção da Residência Multiprofissional em Saúde**
Daniela Dallegrove, Maria Henriqueta Luce Kruse
- 61 A Micropolítica da Formação Profissional na Produção do Cuidado: Devir-residência**
Quelen Tanize Alves da Silva, Raphael Maciel da Silva Caballero
- 75 Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto**
Anisia Reginatti Martins, Karen Romero Kanaan Kracik Rosa, Kárin Ferro Basso, Maria Marta Borba Orofino, Cristianne Maria Famer Rocha
- 91 Formação de Profissionais para o SUS: Há brechas para novas formas de conhecimento?**
Cathana Freitas de Oliveira, Neuza Maria de Fátima Guareschi

- 115 **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: Um processo de formação em serviço para qualificação do SUS**
Ananyr Porto Fajardo, Vera Lúcia Pasini, Maria Helena Schmidt, Julio Baldisserotto, Anisia F. Reginatti Martins, Cleunice Burtet Silveira, Nára Selaimen G. de Azeredo, Rogério Amoretti
- 127 **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva: Educação Pós-graduada em Área Profissional da Saúde realizada em serviço, sob orientação docente-assistencial**
Ricardo Burg Ceccim, Maria Cristina Carvalho da Silva, Analice de Lima Palombini, Sandra Maria Sales Fagundes
- 145 **Problematisando a Produção de Saberes para a Invenção de Fazeres em Saúde**
Vera Lúcia Pasini, Neuza Maria de Fátima Guareschi
- 161 **O que é demandado como Integralidade na Formação do Profissional da Área da Saúde?**
Roberto Henrique Amorim de Medeiros
- 173 **O Currículo Integrado como Estratégia de Formação Teórica em Atenção Primária à Saúde para Residentes dos Programas de Saúde da Família e Comunidade**
Margarita Silva Diercks, Renata Pekelman, Roberto Henrique Amorim de Medeiros, Lúcia Rublescki Silveira, Aline Arrussul Torres, Daniela Montano Wilhelms, Maria Amélia Mano
- 191 **O Trabalho da Preceptoría nos Tempos de Residência em Área Profissional da Saúde**
Ananyr Porto Fajardo, Ricardo Burg Ceccim
- 211 **A Relação entre Preceptores e Residentes: Percursos e percalços**
Ana Cláudia Santos Meira, Anisia Reginatti Martins, Milene Calderaro Martins
- 225 **Entre Norma e Existência: Cenas da formação multiprofissional**
Ana Carolina Rios Simoni, Simone Moschen Rickes
- 243 **A Integralidade e o Trabalho do Cirurgião-dentista na Atenção Primária à Saúde**
Adriana Zanon Moschen, Ananyr Porto Fajardo, Margarita Silva Diercks



AUTORAS E AUTORES

Adriana Zanon Moschen, Mestranda em Epidemiologia (UFRGS), Especialista em Saúde Pública, Especialista em Epidemiologia, Cirurgiã-dentista, Coordenadora do Núcleo de Programas de Informações em Saúde do Município de Sapucaia do Sul, RS. E-mail: adrizm@ibest.com.br

Agnes Olschowsky, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica (USP), Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: agnes@enf.ufrgs.br

Aline Arrussul Torres, Mestranda em Epidemiologia (UFRGS), Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Enfermeira do Trabalho (UFRGS), com Residência em Saúde Coletiva (ESP/RS), no Centro de Saúde Escola Murialdo, Facilitadora do Currículo Integrado desde 2008. E-mail: alineatorres@yahoo.com.br

Ana Carolina Rios Simoni, Doutoranda em Educação (UFRGS), Mestre em Educação (UFRGS). E-mail: anacarolrs@hotmail.com

Ana Cláudia Santos Meira, Doutora em Psicologia (PUCRS), Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS), Psicóloga, Psicoterapeuta, Ex-psicóloga do CAPS II do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Ex-preceptora da Ênfase em Saúde Mental da RIS/GHC, foi Coordenadora da Ênfase em Saúde Mental da RIS/GHC, entre 2007 e 2008. E-mail: ana.meira@uol.com.br

Analice de Lima Palombini, Doutora em Saúde Coletiva (UERJ), Mestre em Filosofia (UFRGS), Professora Adjunta da Universidade Federal do

Rio Grande do Sul (UFRGS), Vice-Diretora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Vice-Coordenadora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (UFRGS). E-mail: analicepalombini@uol.com.br

Ananyr Porto Fajardo, Doutoranda em Educação (UFRGS), Mestre em Odontologia (UFRGS), Odontóloga, Trabalhadora do Grupo Hospitalar Conceição, foi Coordenadora da RIS/GHC, em 2005. E-mail: fananyr@ghc.com.br

Anisia F. Reginatti Martins, Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz e GHC), Especialista em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (UFRGS e GHC), Assistente Social, Terapeuta de Família e Casal, foi Coordenadora da Ênfase em Saúde Mental da RIS/GHC, entre 2004 e 2006, é Preceptora da Ênfase em Saúde Mental da RIS/GHC. E-mail: anisiam@ghc.com.br

Cathana Freitas de Oliveira, Mestre em Psicologia Social (PUCRS), Especialista em Saúde Coletiva (ESP/RS), é Assessora Técnica do Ministério da Saúde. E-mail: cathanaoliveira@yahoo.com.br

Cleunice Burtet Silveira, Especialista em Informação Científica e Tecnológica (ICICT/Fiocruz e GHC), Especialista em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (UFRGS), foi Coordenadora da Ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC, entre 2004 e 2006. E-mail: scleunice@ghc.com.br

Cristianne Maria Famer Rocha, Doutora e Mestre em Educação (UFRGS), Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), junto ao Curso de Análise de Políticas e Sistemas de Saúde-Bacharelado em Saúde Coletiva.. E-mail: cristianne.rocha@terra.com.br

Daniela Dallegrove, Doutoranda e Mestre em Enfermagem (UFRGS), Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). E-mail: danidallegrove@gmail.com

Daniela Montano Wilhelms, Mestranda em Epidemiologia (UFRGS), Especialista em Medicina de Família e Comunidade (UFRGS), Médica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Membro do Núcleo de Monitoramento e Avaliação do SSC/GHC, Facilitadora do Currículo Integrado desde 2005. E-mail: danielamontanow@yahoo.com.br

Julio Baldisserotto, Doutor em Gerontologia Biomédica (PUCRS), Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva (Universidade de Londres), Professor do

Departamento de Odontologia Preventiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), foi Gerente de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP/GHC), entre 2003 e 2007. E-mail: bjulio@ghc.com.br

Karen Romero Kanaan Kracik Rosa, Especialista em Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos de Desenvolvimento na Infância e Adolescência (Centro Lydia Coriat), Especialista em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (UFRGS e GHC), Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II/GHC), Orientadora da Ênfase em Saúde Mental da RIS/GHC. E-mail: karen.kanaan@yahoo.com.br

Kárin Ferro Basso, Especialista em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (UFRGS e GHC), Terapeuta de Família (CEFI), Residência em Saúde da Família e Comunidade (RIS/GHC), Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad/GHC), Preceptora da Ênfase em Saúde Mental da RIS/GHC. E-mail: karinferro@yahoo.com.br

Lúcia Rublescki Silveira, Assistente Social do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Residência em Saúde da Família e Comunidade, Facilitadora do Currículo Integrado desde 2006. E-mail: luciasilveira2@gmail.com

Margarita Silva Diercks, Doutora e Mestre em Educação (UFRGS), Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Médica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Membro do Núcleo de Educação em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Facilitadora do Currículo Integrado desde 2002. E-mail: margarita.diercks@yahoo.com.br

Maria Amélia Mano, Mestre em Educação (UFRGS), Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Especialista em Medicina Preventiva e Social, Médica do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Facilitadora do Currículo Integrado desde 2009. E-mail: amelia.mano@ig.com.br

Maria Cristina Carvalho da Silva, Doutoranda e Mestre em Educação (UFRGS), integra a Coordenação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (UFRGS). E-mail: criscarvalhos@yahoo.com.br

Maria Helena Schmidt, Mestre em Gerontologia Biomédica (PUCRS), Professora do Curso de Enfermagem da UNISINOS, Responsável por

Estágios e Convênios da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP/GHC). E-mail: hmaria@ghc.com.br

Maria Henriqueta Luce Kruse, Doutora em Educação (UFRGS), Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Coordenadora do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). E-mail: kruse@uol.com.br

Maria Marta Borba Orofino, Mestre em Ciências Sociais (PUCRS), Especialista em Metodologia do Trabalho Comunitário (IPA), Especialista em Literatura Brasileira (UFRGS), Especialista em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde (UFRGS e GHC), foi Coordenadora da Ênfase em Saúde Mental da RIS/GHC entre 2009 e 2010. E-mail: martaorofino@gmail.com

Milene Calderaro Martins, Especialista em Reabilitação Neurológica (UEPA), Especialista em Saúde Mental Coletiva (ESP/RS), Terapeuta Ocupacional da Unidade de Internação Psiquiátrica do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Preceptora da Ênfase em Saúde Mental da RIS/GHC. E-mail: mmilene@ghc.com.br

Nára Selaimen G. de Azeredo, Mestre em Educação e Saúde (UFRGS), Especialista em Terapia Intensiva, foi Coordenadora da Ênfase em Terapia Intensiva da RIS/GHC, entre 2006 e 2008. E-mail: naras@ghc.com.br

Neuza Maria de Fátima Guareschi, Doutora em Educação (University of Wisconsin-Madison), Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS), Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: nmguares@gmail.com

Quelen Tanize Alves da Silva, Mestranda em Educação (UFRGS), Fisioterapeuta do Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição (PAD/GHC). E-mail: quelen@ghc.com.br

Raphael Maciel da Silva Caballero, Doutorando e Mestre em Educação (UFRGS), integra o EducaSaúde/UFRGS (Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde), atualmente é Coordenador da RIS/GHC. E-mail: raphael@ghc.com.br

Renata Pekelman, Mestre em Educação (UFRGS), Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Especialista em Medicina do Trabalho, Médica da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Membro do Núcleo de Educação em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar

Conceição (SSC/GHC), Facilitadora do Currículo Integrado desde 2002.
E-mail: renatapek@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim, Doutor em Psicologia Clínica (PUCSP), Mestre em Educação (UFRGS), Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Pesquisador Líder do Grupo de Pesquisa da Educação e Ensino da Saúde, junto ao Diretório de Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenador do EducaSaúde/UFRGS (Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde), Coordenador do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (UFRGS). E-mail: burg.ceccim@ufrgs.br

Roberto Henrique Amorim de Medeiros, Doutorando em Educação (UFRGS), Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS), Psicólogo do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), Preceptor da Ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC, Supervisor da Clínica de Atendimento Psicológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: robertoamorim80@hotmail.com

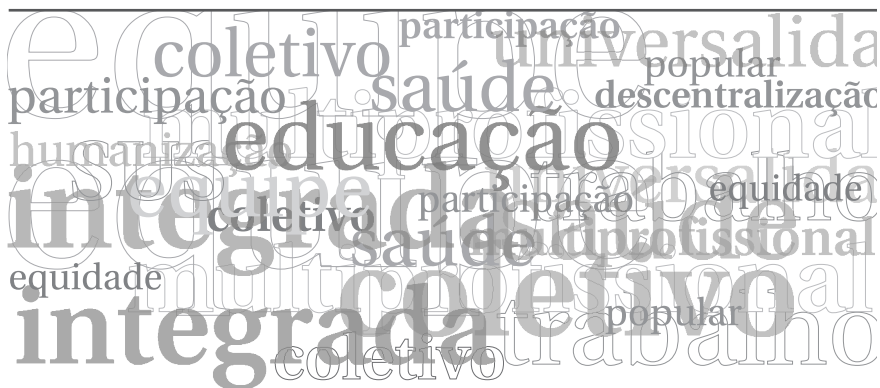
Rogério Amoretti, Médico, Psicanalista, foi Diretor Técnico do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), entre 2003 e 2007. E-mail: amoretti@ghc.com.br

Sandra Maria Sales Fagundes, Mestre em Educação (UFRGS), Preceptora do Campo de Saúde Mental Coletiva na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (UFRGS), Colaboradora do Grupo de Pesquisa em Educação e Ensino da Saúde no EducaSaúde/UFRGS, integra o Comitê Pedagógico e a Coordenação Colegiada do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (UFRGS). E-mail: sandrafagundes@cpovo.net

Silvia Regina Ferreira, Mestre em Enfermagem (UFRGS), Enfermeira no Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HNSC/GHC), Professora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Metodista do Sul. E-mail: silviarferreira@ibest.com.br

Simone Moschen Rickes, Doutora e Mestre em Educação (UFRGS), Psicóloga, Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: simonerickes@gmail.com

Vera Lúcia Pasini, Doutora em Psicologia (PUCRS), Mestre em Psicologia Social e da Personalidade (PUCRS), Psicóloga, Trabalhadora do Grupo Hospitalar Conceição, foi Coordenadora da RIS/GHC, entre 2006 e 2009. E-mail: vera.pasini@bol.com.br



NOTA DA DIREÇÃO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

A Diretoria do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) saúda esta publicação, a primeira produzida no âmbito da Escola GHC, que trata da Residência Multiprofissional em Saúde, uma das ações formuladas a partir de 2003, vinculada a diretriz institucional de transformação do GHC em um Pólo de Formação e Pesquisa comprometido com a formação de estudantes e profissionais para o SUS.

A primeira turma da Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC), iniciada em julho de 2004, carregava consigo a responsabilidade de produzir mudanças significativas nos modos de pensar a especialização de trabalhadores de saúde para o SUS, pois além da formação de um profissional qualificado às exigências do Sistema de Saúde brasileiro, buscava formar trabalhadores críticos, que em seus espaços de atuação profissional, social e política, buscassem construir, coletivamente, soluções aos problemas que acometem tanto os/as usuários/as quanto os/as próprios/as trabalhadores/as da saúde.

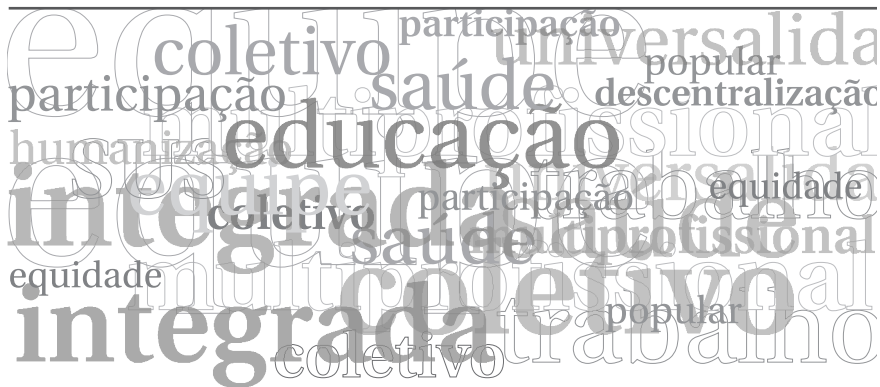
Alguns dos efeitos desta proposta de formação, que agora já conta com sete anos de desenvolvimento, são apresentadas neste livro, resultado da produção de problematizações, de ensaios teóricos e do trabalho de sistematização da experiência vivida pelos trabalhadores da Gerência de

Ensino e Pesquisa, preceptores, ex-residentes, bem como de colaboradores de outras instituições, que muito nos honram com suas contribuições. Esperamos que esta publicação contribua para a reflexão e consolidação da política pública de Educação Permanente em Saúde do SUS e que esta seja a primeira de muitas publicações produzidas pela Escola GHC, marca de uma nova fase na trajetória de ensino e pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

Neio Lúcio Fraga Pereira
Diretor Superintendente

Gilberto Barichello
Diretor Administrativo e Financeiro

Alexandre Paulo Machado de Britto
Diretor Técnico



APRESENTAÇÃO

Ananyr Porto Fajardo

Cristianne Maria Famer Rocha

Vera Lúcia Pasini

Produzir uma publicação sobre a experiência institucional de implantação e sustentação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Grupo Hospitalar Conceição (GHC) a partir de seus a(u)tores: este foi o desafio lançado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC e aceito pelas Organizadoras deste livro há cerca de um ano.

Inicialmente, fizemos um levantamento dos textos já escritos sobre este Programa, no âmbito institucional, e, posteriormente, dos estudos acadêmicos (Teses, Dissertações e Monografias) que tiveram como “campo de investigação” a Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC), nos diferentes espaços onde se inserem residentes, preceptores, orientadores de serviço, docentes colaboradores, orientadores de trabalhos de conclusão, com seus questionamentos, suas dúvidas e (in)certezas sempre prontas a se desfazerem e refazerem.

Logo percebemos que não poderíamos reter as produções nas fronteiras de nossa Instituição, pois, na maioria das vezes, as mesmas haviam sido realizadas na interface de diferentes projetos ou programas, com a participação de atores inseridos em outros e múltiplos contextos.

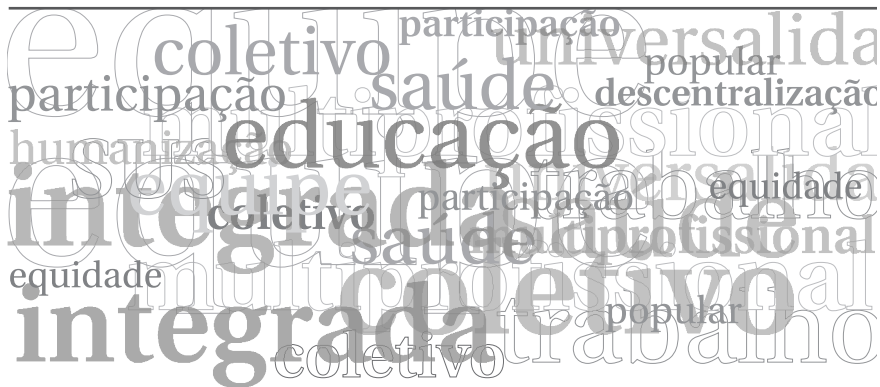
Assim, contatamos outros possíveis colaboradores para participarem desta iniciativa editorial e, gratamente, fomos muito bem recebidas em nosso convite para esta produção coletiva.

Os autores e as autoras trabalharam em seus textos e, a partir deles, realizamos “oficinas” de discussão sobre os mesmos, com a proposição de que, além das Organizadoras, outras pessoas pudessem ler e opinar sobre os escritos. Tal atividade mostrou-se muito gratificante, pois fomos visualizando o nascimento desta coletânea que, como uma obra viva, foi ganhando corpo e produzindo sentidos para os leitores e escreventes que, ao se disponibilizarem a compartilhar seus textos, trocaram contribuições que qualificaram o conjunto dos trabalhos.

Analogamente, podemos dizer que buscamos favorecer uma atividade na lógica da Educação Permanente em Saúde, ao nos propormos coletivamente *a aprender a aprender*.

Agradecemos, portanto, aos autores que aceitaram o desafio da construção coletiva e oferecemos este livro aos leitores em potencial, esperando que o mesmo possa produzir outras conexões e novas aberturas ao diálogo, tão necessárias no campo da formação profissional da Saúde.

Afinal, refletir sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde significa compreender os serviços como espaços privilegiados de formação e as equipes como cenário de inspiração para as profissões da saúde. Significa, mais ainda, compreender e potencializar o desafio de oferecer, anualmente, ao mundo do trabalho, profissionais comprometidos com a defesa dos Princípios e das Diretrizes do Sistema Único de Saúde e com o desenvolvimento de práticas de cuidado pautadas pelo acolhimento dos sujeitos e a favor da vida em seus movimentos.



PREFÁCIO

Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS

Ricardo Burg Ceccim

Tratar de um tema multiface, como é a “Residência em Área Profissional da Saúde” ou – simplesmente – “Residência em Saúde”, é sempre um desafio. Lemos sobre o assunto coisas com as quais concordamos, das quais discordamos e coisas que, inclusive, nada nos dizem. Pode-se argumentar que toda operação “inaugural”, que transforma uma prática *original* e *emergente* em um objeto de conceitualização e regulamentação definido, tende à redução e, mesmo, à deformação de seu percurso. O melhor a fazer seria “deixar vir”: os textos, as propostas, as experiências, as dinâmicas. Colocar tudo o que vem em debate, incidindo o mínimo possível em regulações disciplinares, permitindo que a emergência ganhe território de pensamento na ordem das inovações e possa constituir – no auto-amadurecimento e por redes de encontro – uma política ou estratégia de engendramento institucional. Essa é a *carreira* das inovações em política e ciência; por isso, falamos em incubadoras do desenvolvimento, em economia do conhecimento e produção de cultura.

O livro colhido pelo coletivo gestor de Residências em Área Profissional da Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – um complexo público de saúde instalado em Porto Alegre, que oferece atenção básica à saúde, atenção ambulatorial especializada, internação hospitalar de todos os âmbitos assistenciais, centros de atenção psicossocial, programa de internação domiciliar, pontos de cultura, consultório de rua e pronto-socorro, além de ensino, pesquisa e desenvolvimento profissional – contribui para a fermentação de saberes nesse campo.

O livro foi organizado por Ananyr Porto Fajardo, Cristianne Maria Famer Rocha e Vera Lúcia Pasini, apresentando um plantel de textos “implicados”, onde cai menor a necessidade de unidade e maior o acolhimento de um processo que está em fluxo, em movimento, disparando atualizações da realidade (seu devenir). Nesta medida, o livro acondiciona uma incubadora, não a formulação de diretrizes, na qual todos os autores escrevem em uma tentativa de produção de sentidos, “molhados” em uma experimentação, movidos por uma ética do compartilhamento.

Inicialmente previsto como livro do GHC, não foi possível reter esta fronteira. A Residência em Área Profissional da Saúde do GHC não se fez e não se faz sem a interlocução múltipla e produtora de história na cidade de Porto Alegre, onde sua prática de rede se inscreve. Os textos que compõem o livro são textos de “memória e *afecto*”; comportam informação, enunciados, intertextos e intercontextos, cabendo aos leitores ressitua-los na história de sua produção ou dobrá-los uns com os outros ao deles extrair adaptações, hipóteses e significados para a sua própria experiência, história e implicação.

O livro reúne autores produtores de conhecimento emergente dos ambientes de trabalho, oferecendo um outro produto para a sociedade: o conhecimento originário da atuação com esta sociedade na esfera dos serviços. Deve funcionar como transferência desse conhecimento para essa sociedade. Em cada texto, enunciados evocam a tematização da Residência em Saúde (a representação dos autores), mas provocam enunciações pelo cotejamento de seus intertextos e intercontextos (a problematização pelo leitor), atendendo ao compromisso da interlocução, de colocar-se na rede de proposições e análises, condição para o amadurecimento de uma inovação.

Entendo que o momento crucial em que nos inserimos quanto às Residências em Saúde é uma espécie de “tripé das inovações”, no qual instâncias de ensino participam com a formação; instâncias de trabalho expressam sua urgência e necessidade de quadros e tecnologias; e o governo assegura incentivo e fomento no interesse da sociedade. Essa é a cultura da inovação, na qual as Residências em Saúde se localizam, embora se precise dizer reiteradamente desse entendimento a cada um dos segmentos referidos.

“A modalidade de formação especializada (pós-graduação) em serviço – *Residência* – representa uma das estratégias potenciais para repensar o processo de formação em saúde”: assim se posiciona o nascente Encontro de Coordenadores, Docentes, Tutores e Preceptores de Residência em Área Profissional da Saúde, realizado em 31 de agosto de 2006, em Brasília/DF. No Termo de Referência que convoca o Encontro, os Programas de Residência signatários lembram que, a partir da segunda metade da década de 1970, surgiram, no Brasil, as primeiras experiências de Formação em Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde, sob a forma de Residência. Essas experiências teriam sido importantes para a conformação de certa massa crítica que teria contribuído, em seus espaços locais – e ao lado das representações profissionais e movimentos sociais nacionais –, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi a emergência da “Especialização em Área Profissional”, sob o formato de Residência, quando o sistema de ensino só conhecia a “especialização acadêmica”, sob o formato de curso. O Termo de Referência recupera, então, que a formação multiprofissional em serviço se colocaria como estratégia relevante para a conformação de trabalhadores comprometidos e aptos para intervir, com sua ação técnica, política e gerencial pelas mudanças necessárias na produção da saúde. Afirma que existe no País um conjunto de iniciativas de formação profissional em ambientes de trabalho, no formato de Residências, que têm acumulado relevante experiência educativa, podendo contribuir para a elevada qualificação dos trabalhadores que atuam na área da Saúde.

A formação multiprofissional dos trabalhadores da área da Saúde tornou-se tema constante em fóruns que discutem a consolidação do SUS. Para os signatários, fica a compreensão de que a especialização em área profissional para esses trabalhadores deve incidir fortemente na noção de

trabalho em equipe e sob o estatuto da Educação Permanente em Saúde, de modo que as particularidades de programas, instituições e quadros docentes e discentes possam ser motivo de recriação coletiva em cada ambiente de trabalho, de acordo com as articulações entre atenção, gestão e acolhimento da participação, presentes em cada local.

A noção de Residência “Integrada” apareceu na identificação de que a formulação e a criação do SUS supõem uma nova lógica para os processos de cuidado e produção da vida. Os signatários informam encontrar as instituições formadoras produzindo e formulando conhecimentos que sustentam paradigmas tecnicistas e cartesianos, produtores de procedimentos e não de processos de cuidado. A organização da formação e do trabalho em saúde salienta a fragmentação dos saberes em campos profissionais, promovendo a divisão social do trabalho e a dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de protagonista na relação entre os serviços, seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população. Assim, emerge a defesa de Residências Integradas em Saúde na esfera da Especialização em Área Profissional.

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. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação *multiprofissional* ou *integrada* adequada às necessidades locais, constituindo de um processo de *Educação Permanente em Saúde* que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive.

O presente livro aporta 14 memórias-afecto, entre quase 40 protagonistas de discurso. Os autores não são leitores que sistematizam sua leitura para o compartilhamento criativo; são produtores de texto, lidos de um contexto no qual vivem agonias-de-pesquisa-e-escrita.

Cabe referir, então, apenas como território aos leitores recém-chegados, que o tema das Residências em Saúde é “inaugural” por sua recente previsão no seio do Estado. Ele decorre da Política de Educação e

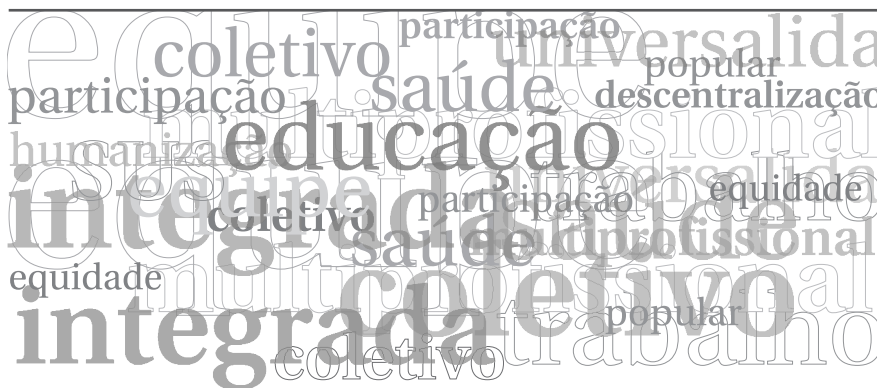
Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003, referendada pelo plenário e relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2003. Foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e reafirmada pelo plenário da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em março de 2006. Tudo recente e tudo em instância social, uma relevante emergência entre 2004 e 2006, com programas expandidos entre 2007 e 2009. Essa emergência e expansão fez surgir novos atores: coordenadores, preceptores, tutores, docentes e residentes em Residências Multiprofissionais e Integradas em Saúde. A consequência foi, de um lado, a construção de esferas de mediação (fóruns) entre as instâncias locais (programas e atores) e o Estado; de outro lado, a construção de *redes de movimentos* com relativa autonomia.

A Residência em Área Profissional da Saúde foi criada em junho de 2005, pela Lei Federal nº 11.129. Esta lei criou a modalidade de Especialização em Área Profissional em ambientes de trabalho da saúde, segundo a chancela das políticas públicas de ensino e de saúde, criando a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), uma nova instância no sistema educacional e sanitário brasileiro. Em dezembro de 2005, ocorreu o I Seminário Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde. Os residentes iniciaram sua organização nacional, que resultou no *Fórum Nacional de Residentes – Multiprofissional – em Saúde*. Em 2006, ocorreram três Seminários Regionais de Residências em Área Profissional da Saúde, durante os encontros regionais. Na preparação do II Seminário Nacional, os atores envolvidos na coordenação, preceptoria e tutoria em Residências constituíram seus respectivos Fóruns Nacionais, cujos encontros passaram a ocorrer em conjunto: *Fórum Nacional de Coordenadores de Residências – Multiprofissional – em Saúde* e *Fórum Nacional de Preceptores e Tutores – Multiprofissional – em Saúde*. Em 2007, os Fóruns realizam três Encontros Nacionais. Das mobilizações às redes de mediação (fóruns), das redes de mediação às redes de movimentos (Movimento Nacional de Residências em Saúde). Em outubro de 2008, ocorreu o III Seminário Nacional de Residências em Área Profissional da Saúde. Em maio de 2009, ocorreram o *Encontro Nacional do Fórum de Coordenadores*, o *Encontro Nacional do Fórum de*

Tutores e Preceptores e o Seminário Nacional do Fórum de Residentes. A vitalidade destes movimentos constitui novidade neste campo. Eles são responsáveis pela capilarização dos processos coletivos de discussão e pela implementação de modalidades de ensino especializado em serviço, segundo as necessidades sociais e do SUS. Estes fóruns têm sido responsáveis pelo debate e pela formulação de orientações, práticas e conceitos que trazem a experiência do “trabalho vivo” e “em ato” para os cenários da formação.

Os Fóruns, em sua materialidade, também sugerem indícios de abertura ao *pluralismo democrático e combativo*, o que interessa à militância do SUS e à militância da Educação Pública, pois é o movimento social – e não as normativas governamentais – que vem colaborando para (re)escrever essa história, mais tarde memorizada por seus instrumentos normativos. É o movimento social que organiza simbologias e significados para a população, cria utopias ao imaginário social de transformação e constitui a adesão sociedade-governo pela política, no caso, o lema multiprofissionalidade com interdisciplinaridade, em defesa da integralidade da atenção à saúde, da formação profissional de qualidade e do SUS que dá certo, objetos pleiteados à *avaliação da educação como patrimônio da cultura cidadã sob controle social*.

Entendo o presente livro como parte relevante, criativa e comprometida com estes exatos e mesmos eixos, desejando dos leitores a intertextualidade e a intercontextualidade a que o tema e tal livro se propõem.



RESIDÊNCIA: UMA MODALIDADE DE ENSINO¹

Silvia Regina Ferreira
Agnes Olschowsky

No Brasil, existem duas modalidades de ensino de pós-graduação: o *stricto sensu* e o *lato sensu*. Enquanto o primeiro tem como objetivo formar professores e pesquisadores, podendo ser dividido em Mestrado e Doutorado, o segundo tem contribuído para a formação de profissionais para assistência, gestão e ensino e divide-se em Especialização, Aperfeiçoamento e Residência (Olschowsky, 2001).

Residência pode ser definida como uma modalidade de ensino pós-graduada, porém a palavra Residência possui diversos significados. Nos dicionários da língua portuguesa, entre outras definições, encontra-se *casa ou lugar onde se reside*, no sentido de moradia (Michaelis, 1998; Luft, 2000). A origem da modalidade de ensino denominada Residência está ligada ao significado de moradia, pois, historicamente, um dos requisitos básicos aos candidatos desse tipo de curso era o de residir na instituição onde se desenvolvia o programa de educação em serviço, e os alunos deveriam estar à disposição do hospital em tempo integral (Silveira, 2005).

¹ Neste capítulo, apresenta-se um breve histórico da modalidade de ensino denominada Residência. O conteúdo aqui disposto deriva da dissertação de Mestrado intitulada: "Residência Integrada em Saúde: uma Modalidade de Ensino em Serviço", de Silvia Regina Ferreira, apresentada para a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2007.

Os primeiros programas de Residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato. Algumas pessoas envolvidas com esta modalidade de ensino apegavam-se erroneamente à tradução literal do inglês e só concebiam o residente como morador do hospital. “Essa interpretação é defendida por aqueles que dizem que a moradia fora do hospital possibilita atrasos no horário de entrada e faltas injustificáveis” (Porto, 1962, p. 21).

Atualmente, os programas de Residência não determinam que o residente deva morar no local do curso, mas um dos critérios requerido aos alunos segue sendo a dedicação integral. Assim, perpetua-se a lógica de que o aprendizado do residente deve se fazer inteiramente na instituição de saúde que oferece essa modalidade de ensino.

A Residência, enquanto modalidade de ensino em serviço, foi pioneira na área da Medicina. Com o passar do tempo, a corporação médica passou a considerar a Residência Médica uma prática instituída e reconhecida como atividade de ensino indispensável para qualificar esses profissionais e, há mais de trinta anos, ela é considerada o “padrão ouro” da Especialização Médica (Brasil, 1977).

A expressão *Residência Médica* é popularmente conhecida, o que pode ser evidenciado pela definição encontrada em um dicionário de língua portuguesa: Residência é o “período em que o médico recém-formado permanece em um hospital para adquirir a experiência médica necessária” (Michaelis, 1998, p. 448). Já em relação às demais profissões, não há, nos dicionários consultados, definições que se refiram à Residência de outras categorias profissionais, mesmo que a Enfermagem, por exemplo, tenha algumas experiências de Programas de Residência há mais de trinta anos (Lima; Porto, 1977).

A Residência Médica surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) no fim do século XIX. Em 1879, os professores Osler e Hausted do John Hopkins Hospital “(...) iniciam uma programação destinada ao adestramento de médicos após a graduação” (Silveira, 2005, p. 3). Posteriormente, esse Programa ficou conhecido como Residência Médica visando à especialização do médico recém-formado. Conforme Lázaro da Silva (2005), em 1889, o Programa criado por Hausted passou a ser considerado a primeira Residência Médica, direcionado ao treinamento na área cirúrgica. Osler, seguindo esse modelo, implementou, no mesmo hospital, a Residência na Clínica Médica, em 1900.

A partir dessas experiências, a Residência Médica difundiu-se pelos EUA e, posteriormente, em outros países como um Programa indispensável para o treinamento e a especialização de médicos após a graduação (Lopes; Lima, 2000). No Brasil, conforme Silveira (2005), a Residência Médica iniciou em 1940, influenciada pelo modelo americano, centrado no treinamento de habilidades técnicas nas instituições hospitalares, modelo da clínica tradicional, hegemônico na área da Saúde, o qual foi acentuado com a publicação do Relatório Flexner².

De acordo com Lázaro da Silva (2005), os primeiros Programas de Residência Médica brasileira tiveram início na Universidade de São Paulo (USP), em 1945, e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1947. Posteriormente, esse modelo de formação médica hospitalocêntrica começou a se disseminar lentamente no Brasil, consolidando-se na década de 1960.

A Medicina foi a primeira profissão a ter uma modalidade de ensino legalmente reconhecida enquanto ensino em serviço pós-graduado. Em 1970, o Parecer nº 576 do Conselho Federal de Educação (CFE) identificou a Residência Médica como sistema pedagógico ideal para a formação do profissional médico (Brasil, 1970). Na sequência, a Residência Médica foi instituída através do Decreto nº 80.281, em setembro de 1977, que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e regulamentou a Residência Médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, funcionando em Instituições de Saúde (Feuerwerker, 1998; Lázaro da Silva, 2005).

De acordo com Feuerwerker (1998), o Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de determinada especialidade, confere ao médico-residente o título de especialista. No entanto, “historicamente, esta modalidade de treinamento em serviço tem sido utilizada equivocadamente como uma forma de suprir postos de trabalho em diversas instituições” (Miranda; Lopes, 2005, p. 21).

Os médicos-residentes, insatisfeitos com as condições oferecidas nos Programas de Residência Médica, uniram-se em um movimento por melhores condições de trabalho e ensino, o que culminou com a aprovação da

² A publicação do Relatório Flexner, em 1910, acentuou a segmentação da Medicina, centrando as noções de saúde em torno das práticas medicalizadoras e no cuidado intra-hospitalar, influenciando a formação e as práticas médicas em todo o mundo ocidental e, em seguida, a formação de todas as demais profissões da área da saúde (Ceccim, 1998).

Lei nº 6932, de 7 de junho de 1981. Ela estabeleceu, entre outras resoluções, a proibição de utilizar a terminologia Residência Médica em treinamentos que não fossem aprovados pela CNRM, e que todos os programas de Residência Médica deveriam fornecer título de especialista (Lopes; Lima, 2000).

Ofato de os residentes serem profissionais formados nessa modalidade de ensino ser uma atividade prática extensiva, associado, no passado, à não-legalização dos Programas e, principalmente, ao não-fornecimento do título com reconhecimento acadêmico, acarretaram o surgimento de críticas relacionadas à exploração da força de trabalho do residente. Godoy (1967) já alertava para o fato de que, se o Programa de Residência não fosse planejado e orientado com objetivos bem definidos, havia o risco de que esses programas se tornassem mecanismos de exploração do trabalho profissional.

Porto (1962) ressalta que existem inúmeras vantagens para o serviço na formação realizada através do ensino em serviço na modalidade Residência. Entre elas, está a redução dos gastos com o corpo médico (o médico-residente serve de mão-de-obra) e a renovação anual com novos residentes, os quais trariam consigo o estímulo que revigoraria o serviço, porque o novo aluno vem munido de novas ideias e com desejo de aprender e de trabalhar. Por sua vez, Lima e Porto (1977) destacam a vantagem para o aprendizado do aluno, afirmando que, entre os outros esquemas de ensino no nível de pós-graduação, a Residência tem se destacado como um dos mais produtivos projetos de especialização e aperfeiçoamento na área médica, exatamente por dispor de uma carga horária prática muito maior do que a outra modalidade de ensino.

Desse modo, o sucesso dos Programas de Residência Médica, provavelmente, influenciou a criação da Residência em Enfermagem (Lima; Porto, 1977). Assim, da mesma forma que na medicina, entre outras características comuns, na área da Enfermagem, a Residência surgiu nos EUA e, posteriormente, foi disseminada pelo restante do mundo.

No Brasil, a Residência em Enfermagem surgiu na década de 1960, sem legalização para sua existência. A primeira Residência em Enfermagem do Brasil foi implementada no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, em 1961, “segundo um regime semelhante ao da Residência para médicos, existente nesse hospital desde 1960” (Largura; Vectrans; Oliveira, 1962, p. 24).

Barros e Michel (2000) relatam que somente em agosto de 1994 a Comissão Permanente de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) realizou, em Salvador, uma oficina de trabalho intitulada “Residência em Enfermagem no Brasil”, dando a deliberação do *I Seminário Nacional de Educação em Enfermagem*, ocorrido em maio daquele ano, no Rio de Janeiro. Na sequência, em setembro do mesmo ano, ocorreu o *Seminário Nacional do Conselho Federal de Enfermagem* e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (CEFEN/COREN), realizado em Salvador. Após este seminário, foi emitido um documento sobre Residência em Enfermagem, compilando as últimas alterações que resultaram no Anteprojeto de Lei nº 2.264/1996 que foi aprovado na Plenária do Conselho Federal em Reunião Ordinária de Plenária, o que cria a Residência em Enfermagem e a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (Brasil, 1996). A partir desses Seminários, desencadearam-se discussões sobre o assunto e surgiram inúmeras propostas para alterar esse Anteprojeto de Lei, assim como surgiram novos projetos. Porém, o Congresso Nacional ainda não aprovou nenhuma das propostas.

Sendo assim, no Brasil, não existe legislação que delibere sobre o funcionamento dos Programas de Residência de Enfermagem. As únicas regulamentações existentes são do COFEN: a Resolução nº 259/2001 que estabelece padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem; e a Decisão nº 064/2003 que “aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência em Enfermagem – CONARENF” (Brasil, 2001; 2003).

Paralelamente à história das Residências Médica e de Enfermagem, surgiu, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), em 1977, aquela que é reconhecida como a primeira Residência Multiprofissional do Brasil, experiência inovadora na área do ensino na modalidade Residência, pois foi o primeiro Programa que incluiu mais de uma categoria profissional (Ceccim; Armani, 2001).

De acordo com Ceccim e Armani (2001), o Programa de Residência em Saúde Comunitária iniciou em 1976, no Centro de Saúde Escola Murialdo da ESP/RS. No ano seguinte, essa Residência adquiriu caráter multiprofissional e ofereceu vagas para enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários (Müller; Haag; Silva, 2001).

Uebel, Rocha e Mello (2003) destacam o fato de a proposta da Residência Multiprofissional iniciada no Murialdo anteceder à Conferência de Alma-Ata, que foi o marco histórico do início das discussões relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) embasada na visão ampliada de saúde. A inovação deste Programa está na valorização do trabalho em equipe multiprofissional, na ampliação do cuidado prestado à saúde da população na rede básica de saúde, ultrapassando a assistência à saúde focada no cuidado médico ao corpo biológico.

Segundo os autores citados, um dos idealizadores desta proposta de Residência foi o médico Ellis Busnello que, retornando dos EUA ao término de seu Mestrado, trouxe o modelo de saúde americano “do médico de quarteirão”. Junto de outros dois médicos, propôs romper com o binômio médico-enfermeiro na assistência à saúde, desenvolvendo a ideia de “equipe de saúde” para gerenciar e implementar a Atenção em Saúde.

Infelizmente, no início da década de 1990, por motivos políticos e devido à crise econômica enfrentada pelo Brasil, a Residência Multiprofissional da ESP/RS extinguiu-se. De acordo com Ceccim e Armani (2001), um dos motivos que a levaram à extinção foi a discrepância entre a remuneração e a carga horária dos residentes médicos e as das demais profissões, passando a Residência do Centro de Saúde Escola Murialdo a ser composta apenas por profissionais médicos.

A ESP/RS é uma instituição que historicamente tem contribuído na especialização de trabalhadores da saúde para gerenciar e implementar o sistema de saúde brasileiro (Ceccim; Armani, 2001; Ceccim; Ferla, 2003). Esse processo histórico trouxe acúmulos políticos e experiências pedagógicas que permitiram que, ao Programa de Residência Médica da ESP/RS, fosse acrescido o Programa de Aperfeiçoamento Especializado, dando origem à primeira Residência Integrada em Saúde (RIS) do país. Resgata, assim, o seu caráter multiprofissional através da aprovação da Portaria nº 16/1999 pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no dia primeiro de agosto de 1999 (Brasil, 1999).

De acordo com Rossoni e Farias (2002), o Programa da RIS da ESP/RS está organizado segundo os conceitos de *campo* e *núcleo*. Campo é o conjunto de saberes e práticas comuns a várias profissões ou especialidades de determinada área do conhecimento; núcleo é o conjunto de saberes e práticas específico de cada profissão ou especialidade (Campos, 2000). A

formação nesse Programa tem currículo único para as diferentes profissões que constituem o campo da Saúde. Algumas categorias mantêm conteúdos que são trabalhados nos núcleos específicos de cada profissão, não sendo, entretanto, obrigatória a formação por núcleo profissional.

O Ministério da Saúde vem apoiando esta modalidade de Residência desde 2002, quando foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, com financiamento desse órgão, “dentro da perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde” (Brasil, 2006, p. 6).

Em 2003, o Ministério da Saúde, sob nova gestão, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e, nessa, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), com a finalidade de ordenar a formação de trabalhadores para a área da Saúde, propondo a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como um projeto nacional (Brasil, 2004a; 2004b). Nesse período, a experiência prévia na ESP/RS, acumulada por seus gestores que compuseram a equipe da SGTES/Deges, serviu de estímulo ao Ministério da Saúde para a elaboração de uma Política de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, compreendendo que a formação e o exercício profissional não poderiam estar alheios ao debate de estruturação da implementação do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Deveria, sim, ter a proposição de considerar o trabalhador sujeito dos processos de gestão, formação, atenção e participação social, com centralidade no usuário e em suas necessidades, contrapondo-se às práticas centradas no ato médico e nos procedimentos técnicos (Brasil, 2004a; Ceccim, 2005).

Em fevereiro de 2005, foi publicada a Medida Provisória nº 238/2005, uma etapa para garantir a regulamentação da Residência em Área da Saúde para as demais profissões da Saúde independente da categoria médica (Brasil, 2005a). Em junho do mesmo ano, essa Medida Provisória foi convertida na Lei nº 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada, em seu artigo 13, às outras categorias profissionais que integram a área de Saúde, excetuando-se a médica (Brasil, 2005b). No artigo 14 dessa Lei, lê-se: “fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros do Estado da Educação e da Saúde” (Brasil, 2005b).

Em novembro de 2005, foi publicada a Portaria Interministerial nº 2.117, do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituindo a Residência Multiprofissional em Saúde e, assim, garantindo o desenvolvimento de programas de Residência destinados conjuntamente às categorias profissionais que integram a área da Saúde, com exceção da médica (Brasil, 2005c).

A regulamentação pelos Ministérios da Saúde e da Educação, da Residência multiprofissional como modalidade de formação em serviço, pós-graduação *lato sensu* é fundamental no preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população brasileira e para a reorganização do processo de trabalho em saúde na direção dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS. (Brasil, 2005d, p. 1)

Em dezembro de 2005, foi realizado o *I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde* com o objetivo de iniciar o processo de reflexão e debate sobre esta modalidade de Residência. Segundo *Relatório da Plenária Nacional sobre Residência Multiprofissional em Saúde* (Brasil, 2005d), dentre os programas de Residência Multiprofissional em funcionamento no Brasil, 21 são financiados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005e).

No dia 15 de janeiro de 2007, foi publicada pelos Ministérios da Saúde e da Educação a Portaria Interministerial de nº 45, a qual determina que as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde serão orientadas pelos princípios do SUS (Brasil, 2007). Consideramos este fato um avanço nas Políticas de Formação de Trabalhadores na Área da Saúde, pois mesmo um Programa de Residência Unidisciplinar deve buscar o desenvolvimento de uma visão ampliada em saúde e atitudes profissionais que estejam em consonância com o SUS.

Diante do que foi exposto, podemos concluir que os Programas de Residência não são recentes na história das profissões da área da Saúde. Gradualmente, elas vêm regulamentando-se e conquistando o aparato legal para sua consolidação, enquanto Programa de pós-graduação *lato sensu*. Além disso, segundo Dallegrave e Silva (2006), as Residências vêm buscando ocupar seu espaço na sociedade, moldando-se aos requisitos exigidos pelas corporações

profissionais, contrapondo-se à conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde e visando a suprir as necessidades do SUS. Desse modo, para além da titulação atribuída por esse Programa de formação, torna-se fundamental garantir a qualidade do ensino-aprendizagem, o exercício da interdisciplinaridade e o desenvolvimento de um novo perfil profissional mais comprometido com as Políticas de Saúde e com a solução de problemas de saúde da população.

Referências

BARROS, Alba Botura Leite de; MICHEL, Jeanne Liliane Marlene. Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência: experiência de implantação em um hospital-escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 5-11, jan. 2000.

BRASIL. *Parecer nº 576/70*, de agosto de 1970. “Documenta”. Conselho Federal de Educação (CFE). Rio de Janeiro, 1970.

BRASIL. *Decreto nº 80.281*, de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF, 1977.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. *Anteprojeto de Lei nº 2.264/1996*. Dispõe sobre a Residência em Enfermagem e a sua respectiva Comissão Nacional. Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. *Portaria nº 16/99*, de 01 de outubro de 1999. Institui a Residência Integrada em Saúde. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS). Porto Alegre, 1999.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem – CFEN. *Resolução nº 259/2001*, de 12 de julho de 2001. Estabelece padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem – CFEN. *Decisão nº 064/2003*, de 06 de outubro de 2003. Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência em Enfermagem – CONARENF. Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educar SUS. *Notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde*: Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004. Série C. Programas e Relatórios. Brasília, DF: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS e as Especializações em Área Profissional, Realizadas em Serviço*. Brasília, DF: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 238/2005. *Diário Oficial da União*, 2 fev. 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 jun. 2005b.

BRASIL. 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, DF, 4 nov. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da Plenária do Seminário Nacional sobre Residências Multiprofissionais em Saúde*. 01 e 02 de dezembro de 2005. Brasília, DF, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde*. Texto de referência para discussão nas oficinas do I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 01 e 02 de dezembro de 2005. Brasília, DF, 2005e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2006.

BRASIL. 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, DF, 15 jan. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar Esterman (Org.). *Saúde e sexualidade na escola*. 2. ed. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 37-51.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: as perspectivas entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 259-278.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Tereza Borgert. Educação em Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2003. p. 211-226.

DALLEGRAVE, Daniela; SILVA, Quelen Tanize Alves da. *Residência Integrada em Saúde: (trans)formação (inter)disciplinar*. Monografia (Curso de Residência Integrada em Saúde). Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2006.

FERREIRA, Sílvia Regina. *Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Mudanças na educação médica e Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

GODOY, Alda Neves de. O sistema de internato como estágio de administração aplicada à enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 1, n. 31, p. 31-45, jan./fev. 1967.

LARGURA, Marília; VECTIRANS, Anda Zigrida; OLIVEIRA, Ivany. Enfermeira residente: método de especialização. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 24-26, out. 1962.

LÁZARO DA SILVA, Alcino. Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 411-13, 2005.

LIMA, Dulcinéia Menezes; PORTO, Maria Emília Almeida. Residência em enfermagem: subsídios para possíveis estudos. *Enfermagem em Novas Dimensões*, v. 3, p. 294-298, 1977.

LOPES, Gertrudes Teixeira; LIMA, Eurinilce Xavier. O âmbito da Residência de enfermagem. In: LOPES, Gertrudes Teixeira (Org.). *Residência de enfermagem: espaços de lutas e contradições*. Rio de Janeiro: EPUB, 2000. p. XVIII-XXIX.

LUFT, Celso Pedro. *Minidicionário Luft*. 20. ed. São Paulo: Ática, 2000.

MICHAELIS. *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MIRANDA, Leticia Valladão; LOPES, Gertrudes Teixeira. A configuração do programa de Residência de Enfermagem do Ministério da Saúde. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 18-27, abr. 2005.

MÜLLER, Marisa Campio; HAAG, Cristina Beatriz; SILVA, Juliana Dors Tigre. A Residência Integrada em Saúde: Dermatologia Sanitária – uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 129-37, 2001.

OLSCHOWSKY, Agnes. *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “lato sensu”*. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Programa Interunidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

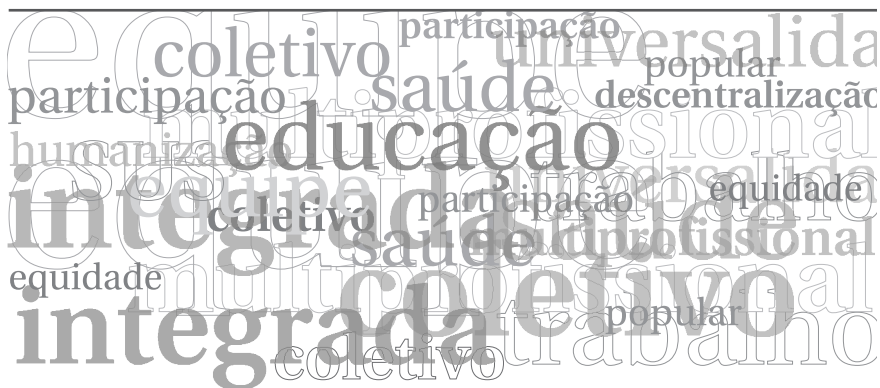
PORTO, Jarbas A. O hospital moderno e o sistema de Residência. *Revista Paulista dos Hospitais*, São Paulo, v. 10, n. 9, p. 19-22, set. 1962.

ROSSONI, Eloá; FARIAS, Élson Romeu. O processo de ensino-aprendizagem da Residência Integrada em Saúde: atenção básica em Saúde Coletiva. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 175-76, 2002.

SILVEIRA, Andréia (Coord.). *Residência de Medicina do Trabalho – Programa 2005*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Serviço Especial de Saúde do Trabalhador

do Hospital de Clínicas/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, jan. 2005. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/residencia_medicina_trabalho.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2007.

UEBEL, Ana Cristina; ROCHA, Carolina Medeiros; MELLO, Vânia Roseli Correa. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 117-23, 2003.



A INVENÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE³

*Daniela Dallegrave
Maria Henriqueta Luce Kruse*

“Eu vim aqui para lhe dizer”⁴

No olho do furacão, na ilha da fantasia⁵, ou talvez um turbilhão e, no instante seguinte, uma calmaria... Um olho de furacão que, por onde passa, arranca o que está preso, remexe, movimenta, estremece. Uma ilha da fantasia, onde tudo é possível, onde não há limites para o sonho. Os subtítulos deste capítulo foram extraídos de músicas, na tentativa de que estes escritos, assim como as músicas escolhidas, façam arrepiar a pele como uma lufada de vento, provocando nela tanto modificações visíveis como sensações.

³ Este capítulo é fruto da dissertação de Mestrado intitulada “No Olho do Furacão, Na Ilha da Fantasia: a Invenção da Residência Multiprofissional em Saúde”, de Daniela Dallegrave, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse, disponível na íntegra na Biblioteca Digital de Teses de Dissertações da UFRGS (<http://hdl.handle.net/10183/13065>). A narração que aqui se dá partiu de uma implicação como residente da primeira turma da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e, posteriormente, como preceptora/orientadora de residentes neste mesmo lugar.

⁴ Tim Maia. “Guiné Bissau, Moçambique e Angola”. Disponível em: <http://www.tim-maia.letas.terra.com.br/letras/618641/>. Acesso em: 21 out. 2006.

⁵ Engenheiros do Hawaii. “Quanto vale a vida”. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/engenheiros-do-hawaii/quanto-vale-a-vida.html>. Acesso em: 26 maio 2007.

Deixar fluir, fazer pensar, dar asas à imaginação... Constituir um problema de pesquisa, desenhá-lo, preenchê-lo. Onde é o começo disto? Quando é o momento em que acontece a dobra, onde aquilo que é externo entra e, neste movimento, modifica as relações, subjetiva e transforma pensamentos? O que constitui isto? O que sustenta isto? Ao refletir sobre isto, sobre o ato de envolver-se com algo, de incomodar-se, sobre como se dá o processo complexo e individual – por vezes solitário, por vezes na solidão – de pensar o processo de construção de um problema de pesquisa – mais precisamente deste texto – não temos a intenção de buscar respostas “precisas” e “certezas”. Até porque, será que é preciso encontrá-las?

Neste exercício, lembramos de um semblante surpreso ao ouvir uma professora, que muito ensinou e constituiu parte dos princípios e das convicções profissionais que temos hoje, dizer, em tom de vitória política, que a “Residência de Enfermagem” da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul estava novamente em funcionamento (Ela referia-se ao Programa de Residência Integrada em Saúde, instituído pela Portaria Estadual nº 16/99) (Rio Grande do Sul, 2001). Lembro nitidamente do cenário a nossa volta: uma maca, alguns medicamentos, uma balança, um estetoscópio... Um típico ambiente hospitalar? Não! Uma Unidade de Saúde e eu, uma enfermeira aprendiz, alguém em busca de uma identidade profissional.

Como já dito, não entendia muito bem do que se tratava a Residência de Enfermagem a que ela se referia e, embalada pelos discursos que me constituíam, lembro-me que questionei: essa tal de Residência não é só para médicos? Fui, então, surpreendida com a resposta de que se tratava da formação pelo trabalho para profissionais de diversas áreas.

Perguntamo-nos agora que mecanismos de subjetivação atuaram naquele momento a ponto de nos constituir e ter produzidos motivos para que eu buscasse este tipo de pós-graduação, mais especificamente em Saúde da Família e Comunidade, a qual tem seu campo de atuação predominante nas Unidades de Saúde?

Pensamos que, assim como aquelas breves palavras produziram efeitos em mim, isto é, reverberaram, aquilo que é dito, escrito e as coisas que constituem o *corpus* dos discursos acerca da Residência Integrada

Multiprofissional em Saúde (RIMS)⁶, e que são veiculados, inventados e reinventados por diversos meios de comunicação, constroem identidades profissionais e também constituem essa Residência.

Destacamos tais passagens de minha vida acadêmica e profissional para explicar, apesar de não ter a pretensão de delimitar um começo *único* de tudo isso, que a motivação para este estudo foi se construindo também a partir de questionamentos em minha vivência enquanto enfermeira residente e definindo seus contornos com a participação no movimento local e nacional de residentes.

As questões que motivaram a incansável escrita deste capítulo foram as seguintes: que discursos circulam sobre a RIMS? Quais as condições de possibilidade da existência destes discursos? Como e com quais discursos se articulam? Quem está autorizado a falar sobre este assunto? De onde os autores falam? Para quem? A favor de quê? Contra o quê?

Para responder a estas perguntas, utilizaremos algumas ideias de Michel Foucault, especialmente aquelas que se referem às ferramentas de análise: poder, discurso e dispositivo. Na seção denominada *Caminhando contra o vento*, apresentamos os estudos culturais e algumas ideias de Michel Foucault, os quais nos servem de alicerce no percurso de pesquisa que trilhamos.

Entendendo o caráter provisório dos discursos, o fechamento destes escritos em nada se pretende prescritivo ou constitutivo de verdades permanentes, porque bem sabemos que, *sem saber que o pra sempre, sempre acaba*, algumas coisas podem ser ditas e outras não; que na ordem discursiva onde nos encontramos e na perspectiva à qual nos filiamos para a construção destes escritos, não é possível falar de verdades universais, mas em efeitos de verdade que se relacionam com o poder que circula em nossa sociedade.

“Caminhando contra o vento”⁷

O trecho de música escolhido para dar título a esta seção parte de sentimentos e reflexões. Para nós, a proposta metodológica indica um

⁶ Existem diferenças conceituais e pedagógicas entre a Residência Integrada em Saúde e a Residência Multiprofissional em Saúde. Neste trabalho, optamos por utilizar a expressão Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS). Para aprofundar a discussão, ver na Dissertação.

⁷ Caetano Veloso, “Alegria, Alegria”. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/caetano-veloso/alegria-alegria.html>. Acesso em: 6 nov. 2006

caminho a ser percorrido. É, de certa forma, uma escolha, e não muitas outras. Caminhar contra o vento exige equilíbrio, conhecimento do corpo e, às vezes, implica cobrir os olhos para protegê-los dos objetos trazidos pelo vento. Ao contrário do que pensam alguns, as pesquisas pós-estruturalistas têm seus rigores, suas possibilidades, seus jeitos.

Nosso interesse em pesquisar sobre a RIMS (um tipo de escola), através das publicações escritas: revistas, legislações, boletins, internet (tipos de mídia), utilizando como metodologia a análise de discursos (método arqueológico), tudo isso nos inscreve nesta perspectiva pós-estruturalista (Peters, 2000) e, ao nos filiar-mos a ela, inspirando-nos em Michel Foucault, aproximamo-nos dos Estudos Culturais, considerando que a mídia e mesmo as leis que serviram de *corpus* para este estudo são produtos da cultura.

Os Estudos Culturais, em sua vertente pós-estruturalista e, mais especificamente, as análises foucaultianas, põem sob suspensão a questão da gênese e das essências, procurando desnaturalizar aquilo que é tomado e em que se acredita como verdade, segundo regras e ordens fixadas em uma grande narrativa explicativa, pois, concordando com Bauman (1999, p. 12) “nada é mais artificial que a naturalidade”.

Assim, tomando a asserção *Residência como coisa de médico*, tentamos construir um percurso de investigação que colocasse em xeque esta meta-narrativa, questionando como se deram as associações entre as palavras que compõem este enunciado, e pensando que processos históricos e culturais permitiram a legitimação dessa verdade e instauraram isto como um discurso imperativo.

Entendendo que discursos constroem subjetividades e produzem realidades em determinadas circunstâncias históricas, a análise desta pesquisa considerou suas condições e os jogos e efeitos de verdade que produzem sobre a RIMS, o que ela é, o que deveria ou poderia ser (Foucault, 2000). Assim, neste estudo, investigamos os discursos que circulam nos meios de comunicação e na legislação, tomando-os como artefatos da cultura que são capazes de subjetivar aqueles que os leem. Nesses artefatos, encontram-se as vozes que se autorizam a falar sobre o assunto. Aí está quem pode praticar o discurso válido sobre a RIMS, dizer o que é verdadeiro e o que é falso. Aí estão os discursos possíveis, isto é, aqueles que podem ser ditos. Aí aparecem determinados discursos e não aparecem outros,

vistos como sem autoridade e que, portanto, devem ser marginalizados e excluídos (Cheek, 2000).

Assim, dentro da vertente pós-estruturalista, especialmente na análise de discurso, a linguagem torna-se um conceito-chave, pois ela não apenas é concebida como capaz de narrar acontecimentos e sujeitos, mas os constitui. As representações culturais conferem significados às *coisas* e também apresentam esses objetos que, no caso de nosso estudo, constroem a RIMS.

Para construir um percurso de investigação que possibilitasse responder às questões deste estudo, utilizamos como fontes de análise documentos produzidos em âmbito nacional para regulamentar as Residências, bem como jornais, revistas, publicações na internet e boletins informativos de corporações da área da Saúde, produções de residentes, de instituições formadoras ou da mídia, indexadas ou não, especialmente aqueles publicados a partir de fevereiro de 2005, quando os debates sobre as Residências ganharam impulso com a publicação da Medida Provisória nº 238 (Brasil, 2005). Da mesma forma, o limite de fontes foi dado em março de 2008, em virtude da defesa da dissertação. Destacamos que seria de grande relevância analisar a produção dos trabalhadores em saúde e dos usuários implicados na proposta de Residência. No entanto, a produção destes grupos ainda era pouco expressiva na mídia de maior circulação.

A consulta a bibliotecas possibilitou a localização das fontes e das entidades da área da Saúde envolvidas na proposta. Na internet, os textos foram localizados digitando as palavras “Residência Integrada” e “Residência Multiprofissional”⁸. A construção deste *corpus* não se deu, de acordo com Deleuze (2006, p. 28), “em função de frequências linguísticas ou constantes linguísticas, nem por conta das qualidades pessoais dos que falam ou escrevem”, mas a escolha das palavras, frases e proposições foi “em torno dos focos difusos de poder (e de resistência) acionados por esse problema [proposto]” (Deleuze, 2006, p. 28).

Inspirando-nos em Foucault e nas análises de discursos produzidos por pessoas infames, procuramos olhar não só para as leis, expressão máxima da verdade “cega”, transitando por renomados doutores e doutoras, conhecedores e admirados por seu saber acerca do tema, mas também

⁸ A lista das reportagens que serviram de *corpus* de análise do estudo encontra-se no texto da Dissertação.

para esses e essas *sem fama*, que escrevem sobre a Residência, que assinam produções apócrifas, ou seja, “colocando um olhar diferente sobre o que todos já pensavam conhecer” (Veiga-Neto, 1995, p. 19). O que nos interessa não é discutir o valor desse ou daquele lugar, mas sim os enunciados que se materializam a partir de tais discursos, evidenciando o que se repete, se transforma, se rompe nesses lugares. Entendemos as publicações como veículos de ideias e verdades daqueles que falam. Pensamos que só entram em disputa aqueles que acreditam ser portadores da verdade, e não há nada de mal nisso, visto que

não é possível qualquer (tipo de) pensamento e conhecimento que não esteja sempre comprometido com a posição daquele que pensa, conhece e fala; é impossível pensar, conhecer e falar independentemente de agenciamentos, interesses, valores e forças sociais. (Veiga-Neto; Lopes, 2007, s/p)

Após explorar os diferentes materiais da mídia, através da leitura interessada, realizamos uma análise textual, procurando apontar as ocorrências e regularidades sobre a temática e os questionamentos desse estudo, os quais estavam contidos nos textos. Essa análise permitiu também organizar, separar e agrupar discursos antagônicos, divergentes ou aqueles que, em nosso entendimento, aproximavam-se.

A leitura do material também nos proporcionou selecionar as informações relevantes para as análises, quando identificamos aquelas que interessavam aos objetivos da pesquisa, estabelecendo relações entre elas e analisando as tramas discursivas nas quais estas informações se sustentam. Deste modo, foram selecionados, a partir de nosso interesse enquanto pesquisadoras, trechos das fontes de estudo que evidenciam os enunciados e discursos que estão sendo veiculados, de forma a responder às questões apresentadas.

Para a realização desta pesquisa, foram utilizadas informações de documentos de caráter público, sendo respeitados os aspectos éticos. No entanto, não houve a preocupação com relação à pessoa que disse determinada coisa, mas sim com o lugar que ela ocupa, por entender que este lugar a constitui como produtora de enunciados e a autoriza a falar. Olhar para as revistas e ler um nome que assina, ou seja, que atesta a

veracidade dos escritos e que, assim, constitui-se como um autor, é um tanto quanto desconcertante, se considerarmos o entendimento que Foucault tem sobre o que é um autor. Difícil tarefa foi entender que aqueles que assinam as produções de discurso, *não são autores* daqueles enunciados. Eles, naquele tempo e espaço, naquela cultura, são portadores de discursos autorizados pelas sociedades às quais pertencem e que, portanto, têm efeitos de verdade.

Em nossa cultura, aqueles que escrevem nas revistas tidas como científicas são reconhecidos como intelectuais. Na perspectiva deste estudo, os intelectuais colocam-se de maneira horizontal aos demais participantes da luta “no sentido de que seu saber, sua visão e seu discurso devem tanto aos interesses do poder” quanto os de qualquer outro que advoga sob a mesma causa (Silva, 1994, p. 251). *A voz dele* não lhes pertence. *Suas* palavras não lhes pertencem. *Suas* verdades não são suas. *Seu* corpo é tomado. *Sua* identidade constitui-se a partir do lugar de onde falam, de onde são autorizados a portar aqueles enunciados. Pensando assim, é mais adequado, neste referencial, descrever o lugar de onde fala o sujeito, qual a visibilidade que é dada ao seu discurso, quais as possíveis ressonâncias, ao invés de focar o *quem*.

A análise do material está caracterizada pela leitura interessada, uma vez que entendemos que esta varia de acordo com aquele que lê, dada a provisoriedade dos discursos e considerando que nada é natural, sendo construído histórica e socialmente. Assim, não serão estabelecidas as verdades sobre a Residência Integrada/Multiprofissional, mas apenas apontados os discursos que circulam e são os portadores daquilo que pode ser pensado, escrito e dito sobre a mesma. Para tanto, será necessário

desprender-se de um longo e eficaz aprendizado que ainda nos faz olhar os discursos apenas como um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, intencionalmente deturpado, cheio de “reais” intenções, conteúdos e representações, escondidos nos e pelos textos, não imediatamente visíveis. (Fischer, 2001, p. 198)

A fim de nos desprendermos desse aprendizado referido por Fischer, utilizamos as ferramentas⁹ de Foucault, mais precisamente os analisadores¹⁰ *poder, discurso e dispositivo*, os quais serviram de base para a análise de discurso a que nos propusemos.

Entre poderes, discursos e dispositivos, *caminhamos contra o vento*, utilizando muitos lenços e alguns documentos, seguindo uma trajetória árdua e cansativa, mas também de muitas descobertas, alguns desafios e incontáveis aprendizados... Convidamos você para embarcar agora em uma leitura que conta com alguns tijolos, muito cimento, atores e atrizes encenando e ensinando o que é, o que foi ou o que poderia ser isto que, em sua invenção, foi considerado como Residência Multiprofissional. Vamos juntos?

Colocando “outro tijolo sobre o muro”¹¹

Apresentamos aqui um início de discussão sobre alguns dos discursos que constituem a RIMS. Trata-se de apenas um dos muitos inícios possíveis. É uma pulverização, para *pôr o assunto na roda*, para falar, ver e ser visto. E como todo princípio, não acaba em si, não acaba neste ato.

“Brasil, mostra a tua cara”: o discurso oficial

Iniciaremos falando sobre a representação cultural da pureza em nossa sociedade, pois o discurso oficial transita, muitas vezes, neste conceito. De acordo com Bauman (1998, p. 13), “a pureza é um ideal, uma visão da condição que ainda precisa ser criada, ou da que precisa ser diligentemente protegida contra as disparidades genuínas ou disparadas”. A pureza também pode ser entendida como ordem, organização, “uma situação em que cada coisa se acha em seu justo lugar e em nenhum outro” (Bauman, 1998, p. 14), e “um meio regular e estável para os nossos atos; um mundo em que as probabilidades dos acontecimentos não estejam distribuídas ao acaso, mas

⁹ Deleuze, em um diálogo com Foucault (Foucault, 2000), propõe que uma teoria não é como um significante e sim como uma prática local e aplicada a um contexto, uma caixa de ferramentas: é preciso que sirva, que funcione. Se não é possível usá-la, não se volta a ela, recorre-se a outra teoria, produz-se outra, pois há tantas outras por fazer.

¹⁰ Ver mais na Dissertação.

¹¹ Tradução nossa. Pink Floyd, “Another Brick in the Wall”. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/pink-floyd/another-brick-in-the-wall-pt-1.html>. Acesso em: 18 jan. 2008.

arrumadas em uma hierarquia estrita” (Bauman, 1998, p. 15). Partindo deste entendimento, acreditamos que tornar as Residências formais, legais, parte de uma vontade de ordem e de inclusão.

Toda e qualquer invenção pressupõe que ainda não há um lugar definido para aquela *coisa*. É preciso desestabilizar uma ordem já reconhecida socialmente para que a invenção possa ter o seu espaço. Algumas coisas ficam por um tempo nos lugares possíveis, são acomodadas, algumas vezes consideradas inadequadas em seu local. Na tentativa de adequação, determinados grupos recorrem às mais variadas alternativas e, por vezes, essas *coisas* “ficam ‘fora do lugar’ em toda parte” (Bauman, 1998, p. 14). Com mais frequência, essas *coisas* que estão sempre fora, são *coisas* móveis, não enraizadas. “É por isso que a chegada de um estranho tem o impacto de um terremoto [ou de um olho de furacão]... O estranho despedaça a rocha sobre a qual repousa a segurança da vida diária” (Bauman, 1998, p. 19).

Em documento publicado em julho de 2004, o Ministério da Saúde apresenta o panorama da educação em serviço e assume seu papel como responsável por ordenar essa formação. Após, elenca os aspectos legais envolvidos na regulamentação educacional e aponta, entre outras coisas, como prerrogativa aberta pela legislação, “o desaparecimento da organização privativa da profissão médica para a especialização profissional realizada em serviço” (Brasil, 2004, p. 5). Informa que o Parecer CES/CNE nº 908/98, vinculando à prática na área da Saúde, refere:

...recém formados são incentivados a prosseguir o seu aperfeiçoamento em instituições cujo ambiente de trabalho mescla a capacitação em serviço com a participação em experimentos, estudos ou intervenções com impacto sobre o desenvolvimento da área específica. (Brasil, 2004, p. 5)

Além disso, o documento oficial declara haver consenso de que há excelência na formação denominada Residência Médica, como a “melhor alternativa para propiciar formação especializada de qualidade”, apesar de enfrentar inúmeras inadequações e limitações frente à legislação vigente e às condições de saúde da população brasileira (Brasil, 2004).

Na sequência, o documento apresenta a situação dos Programas de Residência Médica, ressaltando suas qualidades e, portanto, exemplos a serem seguidos (motivação dos residentes para aprender, desenvolvimento de habilidades como eixo estruturante da aprendizagem, formação em situação/exposição ao mundo do trabalho, qualificação dos serviços/valorização dos profissionais etc.). Enfatiza também as precariedades (gestão dos programas apartados das políticas de saúde, programas desenvolvidos quase exclusivamente no ambiente hospitalar, privilégio da formação sobre a necessidade regional de profissionais, entre outras). Desta forma, o governo diz o que serve e o que não serve, o que pode e o que não pode ser feito; e como se coloca em situação de provedor financeiro dos Programas de Residência, também prescreve um jeito de se fazerem os *novos* Programas, ou seja, constitui possibilidades para as Residências Multiprofissionais em Saúde.

O documento propõe que, para “fortalecer e ampliar” a capacidade de qualificação de especialistas por meio dos Programas de Residência Médica, esses “devem estar orientados pela integralidade” (Brasil, 2004, p. 10), bem como a avaliação desses Programas deve ser feita com base em conceitos e políticas da integralidade. Mais do que isso, o documento ensina como se faz esse tipo de avaliação: corrigindo as *imperfeições* dos Programas. Embora o documento faça um reconhecimento público da existência de Programas de Residências em Área Profissional, destaca que o Ministério pretende instituir esses Programas “de acordo com as necessidades de saúde e as características de organização do sistema de saúde” (Brasil, 2004, p. 11).

Ainda em 2004, o Ministério da Saúde aponta como áreas com necessidade de formação multiprofissional e interdisciplinar: saúde mental, saúde do trabalhador, reabilitação, saúde do idoso, saúde da família e gestão de sistemas e serviços de saúde. Ressalta a importância dos Programas de Residência Médica “que incentivem práticas de ensinar, aprender e trabalhar em equipes multiprofissionais e interdisciplinares” (Brasil, 2004).

Entretanto, percebemos uma inversão no discurso oficial quando analisamos o artigo intitulado *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma Conquista do Movimento Sanitário*, assinado por gestores do Ministério da Saúde, que assumiram em julho de 2005. O texto aponta o investimento na formação da especialidade Saúde da Família, destacando

sua importância a partir da emergência da Residência Médica nessa especialidade. As outras especialidades sequer aparecem como áreas com necessidade de profissionais. Chama atenção a declaração de que houve tratativas, com a participação do Ministério da Saúde, para se assegurar “um desenho semelhante ao de Residências ‘puras’ de Medicina Comunitária” (Da Ros et al., 2006, p. 112). Para Bauman (1998, p. 20), “cada ordem tem suas próprias desordens; cada modelo tem sua própria sujeira a ser varrida”, como se aquilo que não é a Residência em Medicina Comunitária caracterizasse esta desordem.

Entendemos que a Medida Provisória nº 238 e a Lei nº 11.129, bem como a Portaria Interministerial nº 2.117, que criaram essa modalidade de formação, foram influenciadas por essas tratativas de manutenção de pureza, quando ambas instituem a Residência em Área Profissional da Saúde “destinada às categorias profissionais que integram as áreas de saúde, excetuada a médica”. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde diz que “as Residências multiprofissionais seguem o preceito das Residências médicas” (Brasil, 2004, p. 15). Já a Portaria Interministerial nº 45 (Brasil, 2007), ao invés de repetir a redação *excetuada a médica*, cita quais são as profissões de abrangência da RIMS. Ao fazer isso, não só exclui a medicina (porque não a menciona), mas também exclui muitas outras profissões, por exemplo: agronomia, engenharia civil, direito, administração etc. Como eixos norteadores, a Portaria subverte a ordem e sugere a “articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica” (Brasil, 2007).

Em outro artigo veiculado em revista apoiada pelo Ministério da Saúde, um de seus consultores (um médico que também assina a publicação acima referida que fala sobre Saúde da Família) explica a existência de duas Residências: a médica e a multiprofissional, sugerindo que elas funcionem integradamente, pois “na primeira proposta da Residência o modelo era esse” (Residência, 2006, p. 5). Será que reunir tais modalidades de formação seria o mais adequado? Ou iria borrar a ordem anteriormente estabelecida? A que interesses servem estes programas de formação quando (não) aparecem juntos?

Aparece também, como será visto nas outras análises, a alusão a outras situações que estão na ordem do dia das discussões, que ultrapassam

as fronteiras da assistência à saúde: “cidadania, equidade, justiça social, objetivo na vida, solidariedade, trabalhar junto, diversão, felicidade” (Residência, 2006, p. 6). Parece não ser possível falar em inovação na área da Saúde que não esteja atrelada às questões que sejam de interesse global. O novo é visto como o desejável em nossa cultura, como algo que não se rejeita, o inédito.

Também não é possível falar em Residência sem articulá-la com a “busca dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), que são integralidade, equidade e universalidade” (Residência, 2006, p. 6); ou sem relacioná-la com a Reforma da Universidade, pois “estamos trabalhando simultaneamente com mudança na graduação” (Residência, 2006, p. 5), porque “a maioria dos profissionais que atuam no sistema ainda é formada para um modelo assistencial privatista” (Residência, 2006, p. 5).

É na tentativa de colocá-la para fazer parte de uma ordem, de incluí-la, que as coisas vão se ajeitando, que os enunciados vão se aglutinando e se enredando, para se enraizar.

“Ali onde todos calam, ele fala”¹²: bem-vindo, residente!

“Tu estás começando os dois anos mais importantes da tua vida” (Boletim Resistência, 2006a, s/p). Esta frase abre o segundo número do *Boletim Resistência*, produzido por residentes do Rio Grande do Sul. O *Boletim* teve quatro números. Neles, os residentes apresentam-se e representam-se. Trata-se de “um boletim de muitas vozes” (Boletim Resistência, 2005, s/p). Os que escrevem identificam-se como “militantes do SUS, em defesa da vida” (Boletim Resistência, 2005, s/p), como

homens e mulheres, militantes da vida, que acreditam que o SUS não se faz somente com fichas e medicamentos, mas, sobretudo, com promoção da saúde, trabalho, cultura, saneamento básico, educação, cuidado com o meio ambiente e muita luta. (Boletim Resistência, 2006a, s/p)

¹² Bertolt Brecht. Esta frase aparece em dois boletins produzidos por residentes (Boletim Resistência, 2005; 2006b). A frase localiza-se na seção *Sobre o Boletim*.

Percebemos o acionamento de discursos (re)conhecidos na área da Saúde Coletiva, que se enredam com os ideários da Reforma Sanitária, do SUS, e que se encontram com as pautas definidas e defendidas pelas Conferências de Saúde.

Em outro documento, também produzido por residentes gaúchos, em outro período, eles declaram-se como “atores políticos implicados com seu processo de formação” (CGMRS, 2007, s/p). Já no informativo produzido pelo *Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde*, ou seja, em âmbito nacional, os residentes inscrevem-se como “profissionais de saúde e cidadãos brasileiros” (FNRMS, 2007, s/p). Que personagem é este que se narra de muitos modos, que incita um posicionamento quase heróico de seus pares? Essa narrativa inflamada fala e faz falar sobre quem é o residente. Constitui esses sujeitos, produz efeitos de verdade, tem caráter pedagógico. Concomitantemente, esses sujeitos que se identificam também estão em busca de identificação ou da certeza dela, pois manifestam sua vontade de realizar um “aprofundamento da identidade política para o grupo formado por residentes de várias partes do país” (LAPPIS, 2007, s/p). Ao mesmo tempo em que há o imperativo do tom heróico, inovador e da transformação, esse discurso divide o espaço com imagens de desqualificação dos Programas, das ditas “realidades” dos serviços que abrigam as Residências, do (des)preparo dos profissionais, das práticas pedagógicas. Para falar dos tempos e espaços dos Programas, aparecem enunciados divergentes, por vezes, instigantes, de construção e de conquista; outros de repúdio, de desmontagem e de desqualificação.

Para se referir à RIMS, são comuns as expressões: “construção inovadora”, “criar novas práticas em saúde”, “transformação das condições de vida”, “modificar a estrutura social”, “novo projeto para a saúde e sociedade” (Boletim Resistência, 2006a, s/p).

Os residentes questionam também a formação universitária, que “forma profissionais que mantêm as estruturas sociais” (Boletim Resistência, 2006a, s/p). Por outro lado, manifestam um discurso divergente quando referem que “a Residência integrada desintegra; a produção de saúde adocece; a formação deseduca [...]” (Boletim Resistência, 2006a, s/p). Aparentemente, tudo isso se coloca e se materializa nos mesmos tempos e espaços, inclusive nos mesmos boletins. É uma rede que lança para atrair e, no minuto seguinte,

manda embora aquele que está atraindo. É um tipo de ironia para *ver quem quer mesmo*.

Em um trabalho apresentado por um residente, no VI Seminário do Projeto Integralidade, promovido pelo LAPPIS, o Programa de Residência e o processo de trabalho organizado pela gestão municipal são apresentados juntos, como se fossem uma só coisa. O residente considera que “observando-se a conjuntura do cenário nacional, o município [de Aracaju] torna-se verdadeiramente um lócus singular para a formação de novos trabalhadores para o SUS” (Ramos, 2006, p. 81). Percebemos que esta fala expressa a vontade de estar associado às experiências com potencialidade construtiva de práticas de integralidade, trazendo para si o *louvor* de transformação de um espaço/lugar, o lugar cidade, o lugar da saúde pública, o lugar da formação profissional, e aponta para aquilo que reconhece (e não precisa ser dito!) como novo.

Para Foucault (2003, p. 26), “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”, ou seja, o reconhecido novo modelo de saúde e de formação aclamado e idealizado pelos residentes reaparece na voz desses autores, mas é também retorno, é reverberação do que foi definido como pauta da Reforma Sanitária. Novamente, esses discursos enredam-se para dar corpo e forma aos discursos da RIMS. Aí se colocam também enunciados que dizem que a aprendizagem se faz nesse lugar de Residência para dar sequência “e dar continuidade ao seu processo de formação” (Ramos, 2006, p. 83) que se iniciou em outro lugar, a universidade. Desse modo, o lugar da universidade é referido, ora como aquele que mantém as estruturas sociais, ora como algo que inicia o processo de transformação tão almejado.

De forma genérica, a questão da escola aparece constantemente nos dias de hoje, a partir de dois olhares, ao primeiro contato divergentes entre si: por um lado, o tom salvacionista, “a escola como a grande tábua de salvação para as nossas imensas mazelas sociais” (Veiga-Neto, 2003, p. 104), pelo qual só a educação é capaz de oferecer um futuro melhor e digno; e, por outro lado, a crise da escola, uma maquinaria moderna, que “foi e continua sendo a principal instituição encarregada de construir um tipo de mundo, que chamamos de mundo moderno” (Veiga-Neto, 2003, p. 104), onde é preciso reformar para se adequar às exigências desse mundo atual e pós-moderno.

Na análise dos documentos produzidos por residentes, percebemos que esta voz iniciou, aos berros e pela surdina, o apelo a frases irônicas,

enunciados *chocantes*, a divergência convivendo lado a lado, o anonimato, no espaço em que chamou de “dispositivo de contra-poder” (Boletim Resistência, 2006b, s/p). Tudo isso foi usado como recurso de retórica para se fazer ouvir, para se fazer presente. Esse personagem, o/a residente na formação multiprofissional, não existia... Teve de ser inventado.

Residência *Role-models*: o discurso dos profissionais de saúde e dos programas de residência

A expressão *role-models* foi inspirada em um texto onde o autor disserta sobre a conjuntura das Residências em Medicina Preventiva e Social e, ao falar das Residências Multiprofissionais, refere que elas terão “o papel de formar profissionais de ponta, que exerçam a função de *role-models*” (Campos, 2000, s/p). Na internet, a expressão mencionada se refere a uma marca de roupas, cuja propaganda é feita por seus criadores ao usarem os próprios produtos durante shows, entrevistas, clipes etc. Traduzindo, temos papel de modelo ou a função de ser padrão.

Percebemos que a RIMS, muitas vezes, constituiu-se nas propagandas produzidas sobre ela e para ela. Um documento produzido pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAÇÃO, 2004), para explicar o que, na época, era chamado *Programa de Aprimoramento Profissional*, refere que o Programa destina-se “aos profissionais não-médicos que atuam na área da saúde” (s/p).

Questionamos: são profissionais de saúde ou os chamados não-médicos? De onde surgiu essa denominação? Médico é quem tem graduação em medicina, sendo, portanto, possuidor de um diploma de médico. E o não-médico? Quem é? A quem se endereça esse dito?

As oposições binárias, quando impressas nas identidades dos trabalhadores da saúde, ou seja, aquilo que a mídia chama de médicos e não-médicos (incluindo nesta categoria todas aquelas profissões que não *cabem* na primeira), de acordo com Silva (1994), identifica um termo como positivo e o outro como negativo. No entanto, essa mesma identidade, muitas vezes, é conferida pela oposição, ou seja, não há um limite único e fronteiro; ela é flutuante e cambiante. Entendemos este binarismo como exercício do poder, o lugar por onde ele espalha-se, entranha-se, capilariza-se e vincula-se, de maneira inseparável, ao saber. Ao mesmo tempo, declara separação nítida

de saberes, de projetos de cuidado, de objetos e de sujeitos articulados no trabalho.

Percebemos o discurso da RIMS associado a outros poderosos discursos, como o do trabalho em equipe e o da integralidade, conforme aparece em Lessa (2000, p. 109), a qual diz: “destacamos a construção no cotidiano de uma postura profissional que favorece a assistência integral, a comunicação com a comunidade e estimula o controle e a participação social”.

Alguns autores consideram também que o objetivo da RIMS é “capacitar estes profissionais [...], adequando-os para o novo modelo de atenção proposto” (Oliveira et al., 2000, p. 112), ou que ela está aí para “vencer a inadequação da formação e especialização dos profissionais de saúde” (Silva, 2006, p. 18). A especialidade profissional aparece como um desafio a ser superado. No entanto, a lógica atual dos programas é a formação por especialidade.

A Residência também aparece acompanhada dos enunciados que falam da necessidade da reforma universitária. Por vezes, ela vem para *salvar* o profissional, pois tem “investido em áreas ainda pouco exploradas nos cursos de graduação da área da saúde” (Lessa, 2000, p. 108), porque ela é um dos “instrumentos para correção das impropriedades na formação e aprimoramento da ação de várias profissões da saúde” (Machado, 2006, p. 10). Ainda é dito que, com essa formação, os profissionais “devem estar cientes de que são múltiplas as questões que condicionam o modo de viver, adoecer e morrer, envolvendo aspectos políticos, sociais, ambientais e culturais e de saúde” (PUCRS, 2006, p. 15). Consoante com o discurso dos residentes e do Estado, esses enunciados tratam dos temas que estão na ordem do dia: proteção ambiental, consciência política, cultura (como modos de saber e poder), e até da saúde, ou seja, questões de “importante impacto social” (PUCRS, 2006, p. 15). Por que falar desses temas? São extensivos? Servem para todos? São recursos do dispositivo pedagógico da mídia?

Residência *role-models*, mas de que modelo estão falando? Qual a propaganda veiculada? Parece que enunciados que falam de coisas divergentes estão convivendo com a tentativa de *vender* a Residência como um produto a ser almejado, não só pelos profissionais diplomados nas universidades, mas também pelas instituições formadoras; pelos serviços, como uma oportunidade de qualificação; pelos gestores, para oferecer serviços necessários às suas

comunidades. Fica a pergunta: será que a estratégia dos discursos divergentes inventa a Residência como algo a ser consumido?

“Eu vivia isolado do mundo”¹³: o discurso dos médicos

Uma mão grande, aparentemente de um homem, uma luva e um bisturi. Esta imagem desencadeia uma cascata no pensamento: uma série de saberes ativa-se, aciona a imagem de um hospital, um lugar limpo e puro, com uma porção de equipamentos da mais avançada tecnologia, o lugar tido como privilegiado para a cura. Pode se ver, nesta imagem, uma mão, aquela que afaga, que acalenta, que exerce sua tarefa com precisão. A luva é aquela que protege tanto aquele que cura quanto o que está sendo curado: a superfície de contato entre o mundo do equipamento e o mundo da vida. O bisturi, aquele que invade o mundo da vida, conecta-se com o sangue, com o pulsar, com a ardência e os desejos, com a dor... um movimento preciso.

A perfeição da atuação profissional de um médico é o que parece constituir essa imagem que acabamos de descrever. Até pode ser... No entanto, essa imagem está localizada na capa de uma revista publicada pelo Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (VOX Médica, 2007) e acompanha outra imagem portando os dizeres: “Formação multiprofissional da área da Saúde: Quem ganha com isso?”. E há mais: a mão, visivelmente, tem quatro dedos, e a luva é de lã. Porém, não há com o que se preocupar: o desenho da revista está preso, como diria Foucault (2001, p. 248), em “estável prisão”. A descrição que se faz e o pensamento ativado, pela imagem, nos leitores e nas leitoras da revista estão soltos. São do mundo!

Com o que se ocupam as capas de revistas? Este é o lugar privilegiado de uma publicação, é a vitrine, a tentativa mais potente e sutil de captura do leitor. O desenho é tão simples: uma figura e o texto que a nomeia. O que cria a estranheza é a desqualificação dessa luva, que contradiz os mais dignos manuais de controle de infecção hospitalar. Quem não sabe que se deve utilizar uma luva esterilizada, vestida com técnica asséptica, para se preservar a pureza de um procedimento cirúrgico?

¹³Zeca Pagodinho, *Vivo Isolado do Mundo*. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/zeca-pagodinho/vivo-isolado-do-mundo.html>. Acesso em: 18 jan. 2008.

E o texto que a nomeia, constituindo outra imagem, outro desenho, que leva a pensar que a formação a que se refere ensina coisas inadequadas ao padrão acionado pela imagem do desenho: hospitalar, estéril, privado e centrado no médico. Um caligrama, com sua “tríplice função: compensar o alfabeto; repetir sem a ajuda da retórica; prender as coisas na armadilha de uma dupla grafia” (Foucault, 2001, p. 250). Ao cercar duplamente, com palavra e desenho, o caligrama, na capa da revista, prepara sua arapuca: representa e se materializa na própria formação multiprofissional. É ele próprio o que pode ser dito; é ele próprio o que pode ser pensado. O discurso impresso pelas palavras e pelo desenho é a própria coisa, e faz extravasar, dispara a sua rede de significações. Essas significações são atribuídas por aqueles que recebem o texto e a imagem, porque é possível múltiplas leituras.

Voltando à luva que veste a mão com quatro dedos, percebemos que ela carrega outra representação, outro sentido para a imagem, outro enunciado emergente: luvas de lã são utilizadas na área da Saúde quando da realização de procedimentos de avaliação da causa de morte, efetuados por profissionais com a titulação de técnico em anatomia e necropsia. Quando descritos esses procedimentos, com frequência, ouve-se a analogia que compara sua atividade à exercida por açougueiros ao lidarem com animais mortos. Outra característica da atividade do técnico em necropsia, que dá o que pensar, é que os órgãos retirados no procedimento não são *devolvidos* aos mesmos lugares, como exigiria um procedimento cirúrgico realizado em alguém que está vivo. O cérebro, por exemplo, é colocado no abdômen, pois depois de retirado não poderá mais se adequar à caixa craniana. Quebra-cabeças com peças desordenadas: que tipo de saúde/cura é possível produzir?

E o que mais há para pensar sobre essa imagem? Que tipo de subjetivação produz? Como interpela seus observadores? Que outras representações discursivas se constroem com base nos enunciados acerca da RIMS produzidos por médicos? Por que os enunciados contrários a essa proposta de formação aparecem apenas nas publicações da categoria médica?

Em evento ocorrido em junho de 2006, no auditório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre promovido pelo Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulado

“Residência Multiprofissional: Afinal, o que é isso?”, os convidados a falar são médicos: um deles ocupava o cargo de presidente da Associação de Médicos Residentes do Rio Grande do Sul (AMERERS), e o outro atuava como consultor dessa Instituição.

O método de formação denominado Residência Médica foi apontado pelos palestrantes como um modelo vitorioso, de ótima resolutividade. Ao tratar da RIMS, referiram que “uma ideia boa pode ter se perdido no meio do caminho” (CASL, 2006). Por vezes, parece divergente o discurso, pois ao mesmo tempo em que defendem as Residências em Enfermagem e em Fisioterapia, pronunciam, em tom uníssono, que o termo Residência Médica só pode ser usado por médicos, pois “está na lei!” (CASL, 2006).

Deparamo-nos com múltiplos sentidos de uma palavra. Surpresas da retórica... Para qualquer pessoa abordada na rua, Residência é o lugar onde se mora. Para o dicionário, modernamente o detentor da verdade sobre as palavras, Residência é: casa; domicílio; trecho de uma rodovia, ou parte de uma rede rodoviária, em construção ou em tráfego, sob a jurisdição de um engenheiro-residente. Para os médicos, parece ser um laboratório, o lugar da experimentação e do aprendizado. E para os idealizadores do projeto da RIMS, o que ela é ou representa?

Entendemos que está em jogo a disputa por modalidades pedagógicas. Observamos que, nas publicações da corporação médica, há regularidade quando se trata do assunto: é conferida a autoridade da enunciação e da representação a homens que ocupam lugares de expressão para a categoria (geralmente presidentes, coordenadores, consultores, secretários executivos, diretores, etc.). Perguntamo-nos: por que as mulheres não estão autorizadas a falar? Ou por que as mulheres não ocupam as posições de sujeito que autorizam as falas? Por que os médicos que estão alocados na rede de serviços públicos de saúde e que experienciam o trabalho em equipe, muitas vezes, com colegas egressos de programas de RIMS, não são convidados a falar sobre a sua vivência? O que está em disputa dentro da própria categoria?

Os médicos pronunciam ainda: “Não há grupo sem liderança, a qual deveria, naturalmente, ser exercida pelo profissional com conhecimentos e habilidades suficientemente amplos para permitir a máxima integração entre os diferentes saberes: o médico!” (Formação, 2007, s/p). Esse posicionamento se reproduz em uma rede que cerca e sustenta o discurso hegemônico.

Ainda, observamos que há uma tentativa da categoria para se inserir na ordem discursiva predominante na área da Saúde, ou seja, aquela que vai falar da integralidade e do trabalho em equipe, pois os médicos afirmam que a Residência Médica “é, por excelência, multiprofissional”, que “só há uma Residência verdadeiramente multiprofissional: é a Residência Médica” (Lopes, 2007, s/p). Por que se faz necessário *reverter* aquilo que se critica para considerá-lo como tradicional na categoria?

Entretanto, há um descompasso quando esta categoria fala em multiprofissionalidade, se comparado ao discurso das demais categorias. É comum encontrarmos equivalência do termo multiprofissional com atuação por especialidade. Por exemplo, a equipe multiprofissional formada pelo traumatologista, o ortopedista e o fisiatra, ou seja, todos eles formados em Medicina, mas oriundos de especialidades diferentes.

“Sem saber que o pra sempre, sempre acaba”¹⁴

Todos esses e, quem sabe, muitos outros constituíram, constituem e constituirão a RIMS. São muitos discursos, enunciados que se tramam e se enlaçam na contradição, na complementação, na sustentação, na desconstrução. São muitas vozes, em muitas vezes. Vozes mansinhas, vozes clarinhas, vozes potentes, vozes imponentes. Às vezes breves, às vezes permanentes, algumas *no olho do furacão*, outras *na ilha da fantasia*.

Não há uma hierarquia daqueles que falam sobre a Residência, não há o que considerar como mais ou menos importante, não há lugares mais ou menos autorizados. O que há são aqueles que falam, aquilo que é dito e discursos que se autorizam. E há mais: há a emergência, a constituição, a invenção disto que alguém achou importante chamar de Residência Multiprofissional em Saúde e que hoje combinamos que também chamaremos assim. E amanhã?

Por esse caminho que andamos, percebemos que há um discurso quase exclusivo da categoria médica, que não é autorizado pelos outros grupos, assim como aquela categoria não considera outros discursos que não aquele produzido em seu interior. Percebemos esta univocidade do discurso

¹⁴ Renato Russo. “Por enquanto”. Disponível em: <http://vagalume.uol.com.br/legiao-urbana/por-enquanto.html>. Acesso em: 14 set. 2007.

intencionalmente para manter o poder da corporação. De maneira geral, o discurso dos médicos (residentes ou não) fala contra o projeto das Residências Multiprofissionais. São tramas que apontam para a ideia de algo insano, incompleto, tramas que utilizam as mesmas palavras daqueles que falam a favor, mas carregam outra representação cultural. Esta outra representação cultural é encontrada no discurso da integralidade, da multiprofissionalidade (vista como sinônimo de *massa amorfa*), do trabalho em equipe (que insiste em afirmar a chefia de alguém que sempre deve ser o médico) e do SUS (como laboratório de experimentação, lugar para aprender e não se comprometer). Seria uma tentativa de entrar para a ordem discursiva?

No discurso dos médicos, percebemos a manutenção das vozes de homens, ocupantes de lugares considerados privilegiados pela categoria. Entendemos que essa estratégia objetiva a manutenção do *status* médico e da medicina como profissão melhor, mais completa e mais importante na área da Saúde.

Por outro lado, os grupos que falam a favor da proposta das Residências Multiprofissionais, grupos formados por residentes desses programas, por instituições que mantêm os programas, pelo Estado e pelas corporações dos profissionais em saúde, constroem certa regularidade naquilo que enunciam. Esta regularidade parece configurar uma estratégia politicamente importante para que estes sujeitos identifiquem-se enquanto grupo. Não há predileção por esta ou aquela pessoa. Aqui podem falar *experts* e também os *infames*, falam os homens e também as mulheres, aqueles que são diplomados ou não. É como se os grupos fossem um único conjunto de sujeitos, subjetivados da mesma maneira, de tal modo que qualquer sujeito que se apresente como pertencente àquele conjunto aciona em sua apresentação o tom da inovação da proposta, a articulação com poderosos discursos globalizados (como, por exemplo, referentes ao meio ambiente, à cidadania, à solidariedade) ou que se coadunassem com o ideário da Reforma Sanitária (o SUS, a integralidade, o trabalho em equipe). São discursos que, ao falarem das necessidades pedagógicas para formar o profissional idealizado pelo conjunto, acionam a questão da Reforma Universitária e dos serviços de saúde.

A articulação entre os discursos da Residência e os discursos da integralidade aparece, a nosso ver, apostando na emergência da integralidade

como condição de possibilidade para a construção da proposta pedagógica das Residências, e deve-se também ao fato de ter como *autores* – ou talvez seja melhor falar em enunciadores – personagens que transitam pelos dois temas.

Esses jogos de verdade e enredamentos se constroem a partir dos discursos e, em nossa sociedade, constituem a RIMS como uma invenção cultural. Instituem-na de diferentes formas e a modificam de acordo com as políticas culturais e governamentais, dependendo da região ou instituição onde a proposta se encontra inserida.

Assim, essa Residência pode ser um espaço estrategicamente fabricado, em um sistema complexo de relações, que envolve poder (e conseqüentemente saber). O que buscamos ao longo de nossos escritos foi argumentar como um discurso se organiza, como produz e como incita o aprendizado de um conjunto de conhecimentos. Além disto, quisemos mostrar os jogos de poder envolvidos na produção de verdade sobre a formação em saúde.

O fato de termos pesquisado sobre a Residência não faz de nós sujeitos fora deste discurso. Ao contrário disso, cremos ter construído um percurso de investigação, em que a todo instante apareceram características nossas, as quais fizeram parte da jornada de subjetivação e interpelação que motivaram este estudo. Com isto, nossa ideia era inquietar e desestabilizar verdades sobre a RIMS, que já estão caprichosamente sedimentadas em nossa cultura.

Pudemos perceber que o mundo das significações e sentidos dos diferentes atores e atrizes cujas vozes falaram nesta pesquisa evidenciam que as posições de sujeitos que assumem carregam as representações de seu mundo e estão consoantes com os lugares de onde falam. Consideramos que a voz que toma aquele corpo que fala amplifica os discursos possíveis na comunidade de discurso em que o corpo se encontra, fala e faz falar o que está autorizado, cala e faz calar o que não é considerado possível, subjetiva e constitui posições de sujeito.

Concluir, para quê? Para pôr um ponto final, porque o show já está terminando, porque a música vai acabar. Mas outras melodias virão, outros sons, outros tons... A música que canta, que encanta, por vezes é leve, livre, embala o sono, leva-nos para a *ilha da fantasia*. Outras são arrebatadoras,

são fortes, vêm para mexer e estremecer, carregam tudo o que está por perto, devastam, até parecem um *olho de furacão...*

Nossos lenços e documentos...

BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BOLETIM RESISTÊNCIA, Porto Alegre, Edição 1, nov. 2005. Publicação apócrifa.

BOLETIM RESISTÊNCIA, Porto Alegre, Edição 2, fev. 2006a. Publicação apócrifa.

BOLETIM RESISTÊNCIA, Porto Alegre, Edição 3, ago. 2006b. Publicação apócrifa.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço*. Brasília, DF, 23 de julho de 2004.

BRASIL. Presidência da República. *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. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. *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. Brasília, DF, 2007.

CAMPOS, Francisco Eduardo. Considerações sobre a Residência de Medicina Preventiva e Social na atual conjuntura brasileira. *Boletim ABRASCO*, Rio de Janeiro, n. 76, 2000. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol76/bol76part1.htm>>. Acesso em: 02 dez. 2006.

CENTRO ACADÊMICO SARMENTO LEITE – CASL. Residência Multiprofissional: afinal, o que é isso? In: Debate no Auditório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (2006: Porto Alegre). [Apresentação]. Porto Alegre, 2006.

CHEEK, Julianne. *Postmodern and poststructural approaches to nursing research*. California: Sage Publications, 2000.

COLETIVO GAÚCHO MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE – CGMRS. *Informativo RisGaúcha*, Porto Alegre, out. 2007.

DALLEGRAVE, Daniela. *No olho do furacão, na Ilha da Fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DA ROS, Marco Aurélio et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 109-117, 2006.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 2006.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 114, p. 197-223, nov. 2001.

FORMAÇÃO de Massa Amorfa: Residência Multiprofissional tenta reduzir importância do médico na equipe. *VOX Médica*, Porto Alegre, ano VI, n. 34, jun. 2007.

FÓRUM NACIONAL DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – FNRMS. *Informativo em Movimento*, Rio de Janeiro, ano I, n. 2, set. 2007.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Ditos & Escritos III – Estética: literatura e pintura, música e cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FOUCAULT, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2003.

FUNDAP – FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO. *Programa de Aprimoramento Profissional (PAP)*. 2004. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/index.asp?link=pap/aprespap.asp&linktitifigtxt=pap/papfiguraxt.asp-icia=pap/papnoticias.asp&linktitfig=pap/papfigura.asp>>. Acesso em: 8 dez. 2006.

LAPPIS – LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE. Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde, em Salvador. *Boletim Integralidade em Saúde*, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=7507sid=1>. Acesso em: 11 jul. 2007.

LESSA, Gessilda Meira. Residência Multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, n. esp., p. 107-110, dez. 2000.

LOPES, Antônio Carlos. *Residência Médica: abrangência única*. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.jovensmedicos.org.br/Artigo_detalhe.aspx?artigo=6>. Acesso em: 21 set. 2007.

MACHADO, Kátia. Equipe mínima, dilemas e respostas. *RADIS*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 8-10, nov. 2006.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al. Residência em Saúde da Família: a preceptoria de enfermagem lapidando seu objeto de trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 53, n. esp., p. 111-115, dez. 2000.

PETERS, M. Parte I: Estruturalismo, pós-estruturalismos e pós-modernismo. In: PETERS, M. *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 43-60

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. *Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*: PREMUS/PUCRS. Porto Alegre: PUCRS, 2006. Mimeografado.

RAMOS, Alexandre de Souza. Aracaju: em foco o modelo “Saúde Todo Dia”. A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em debate. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Resumos ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 77-83.

RESIDÊNCIA Multiprofissional em Saúde da Família: do Movimento Sanitário à nova forma de tratar a comunidade. *Revista Brasileira: Saúde da Família*, Brasília, DF, ano VII, n. 10, p. 4-7, abr./jun. 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 16/99. Institui o Programa de Residência Integrada em Saúde. *Boletim da Saúde*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 179-181, 2001.

SILVA, Tomas Tadeu. O adeus às metanarrativas educacionais. In: SILVA, Tomas Tadeu (Org.). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 247-258.

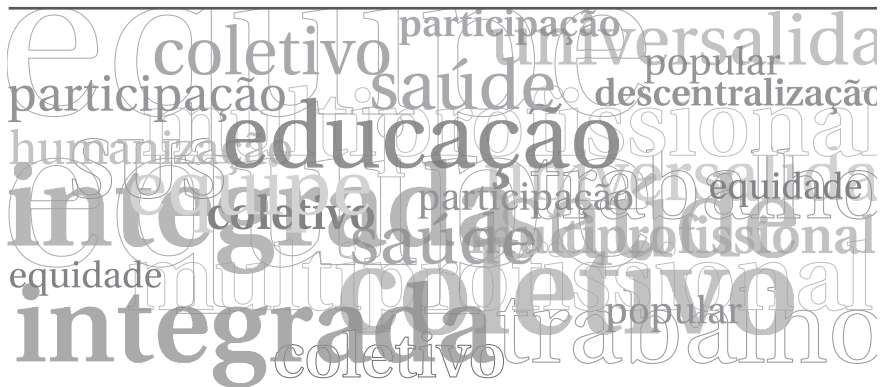
SILVA, Francisca Valda da. Residência em Área Profissional da Saúde/Residência Multiprofissional em Saúde: Sociedade Civil e Estado na construção coletiva de uma política pública. *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, ano 48, n. 1/2, p. 18, jan./jun. 2006.

VEIGA-NETO, Alfredo. Michel Foucault e educação: há algo de novo sob o sol? In: VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). *Crítica pós-estruturalista e educação*. Porto Alegre: Sulina, 1995. p. 9-56.

VEIGA-NETO, Alfredo. Pensar a escola como uma instituição que pelo menos garanta a manutenção das conquistas fundamentais da Modernidade (entrevista). In: COSTA, Marisa Cristina (Org.). *A escola tem futuro?* Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 103-126.

VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. Identidade, cultura e semelhanças de família: as contribuições da virada linguística. In: BIZARRO, Rosa (Org.). *Eu e o Outro*. Porto: Universidade do Porto, 2007. p. 19-25.

VOX Médica. Capa. Porto Alegre, Ano VI, n. 34, jun. 2007.



A MICROPOLÍTICA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA PRODUÇÃO DO CUIDADO: DEVIR-RESIDÊNCIA

*Quelen Tanize Alves da Silva
Raphael Maciel da Silva Caballero*

Integrar o que há tempo se encontra fragmentado. Esse é o fio condutor da discussão promovida aqui, sobre as potências e disputas no encontro educação-trabalho-saúde, e como esses se desdobram e operam produzindo modos de subjetivações (Ciuffo; Ribeiro, 2008). A problematização conduz à proposta das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), os seus atravessamentos e entrelaçamentos na implementação e articulação dessa modalidade formativa em saúde.

Antes de abordar a fragmentação citada especificadamente na área da Saúde, é necessário compreender a relevância da explicação cartesiana do mundo no distanciamento progressivo entre Ciências Humanas e Ciências Naturais, subdividindo o acontecimento da vida em segmentos interligados, porém de aparente independência. Essa pulverização de conhecimentos teve como consequência o exercício da incapacidade de contextualização e integração de saberes, muitas vezes inviabilizando a capacidade de interrogar-se o mundo e a si mesmo (Morin, 2000).

A tentativa de sustentar esse modelo explicativo, cunhado historicamente na modernidade ocidental, foi operada pela construção de categorias organizativas dos processos vividos, classificando, ordenando

e determinando espaços específicos para toda a realidade experienciada. Territórios de conhecimento vão sendo criados, definindo campos de competências (especialidades) e agentes autorizados a transitar pelos campos determinados (especialistas). Segundo o projeto científico moderno, as fronteiras nítidas possibilitam melhor conhecimento – e consequente controle – da realidade (Huning; Guareschi, 2005).

Toda essa produção de mundo necessariamente configurou os saberes e as práticas socialmente constituídos em relação ao cuidado à saúde de pessoas e populações. A associação foi tão simbioticamente elaborada que não é mais possível atualmente desvincular-se a ideia de saúde do imaginário de ciência natural-biológica (Ory, 2008). A terapêutica profissionalizada e oficializada no paradigma moderno foi chamada de medicalização (Foucault, 1977) ou biomedicalização (Camargo Jr., 2003). Apesar de a nomenclatura remeter à Medicina, devido a sua condição precursora na consolidação do modelo, deve-se entender como um modo de se pensar e interagir com a vida e a saúde, não se restringindo, portanto, a nenhuma área específica – mesmo àquelas não associadas à realização de procedimentos de tratamento de doenças.

Durante cerca de trezentos anos, houve refinamento e sedimentação dessa proposição, até a segunda metade do século XX. Segundo Luz (2007), a partir de então, começa a ser delineada uma *crise da Saúde*, um fenômeno relacionado, entre outras causas, à perda de princípios coletivos, interafetivos, éticos e políticos em proveito da valorização de identidades, de modelos ideais, da busca do poder sobre o outro e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de afirmação social. Considerando-se o alinhamento já mencionado, a autora ressalta uma consequente *crise da medicina* (entendida como crise da medicalização), acompanhando essa reconfiguração social. Essa segunda fase revela o crítico afastamento da atuação profissional contemporânea em saúde do ser humano como atualidade viva, especialmente em suas práticas de intervenção. Não colocando em avaliação o modelo de produção de conhecimento (saberes biomedicalizadores), mantém-se o cuidado sob a ideia de uma ciência das doenças, ofertando um molde para o ajustamento das práticas terapêuticas, dirigidas, portanto, ao organismo homogêneo ou a ser conduzido para a homogeneização generalizada que, afinal, dá lugar seguro às práticas biomedicalizadoras.

Essa análise é reforçada por Merhy (2002), segundo o qual observamos uma crise que não se sustenta na falta de conhecimentos tecnológicos sobre os principais problemas de saúde, ou mesmo na possibilidade material de se atuar diante do problema apresentado. Os usuários de serviços de saúde buscam relações de confiança, a certeza de que seu problema será atendido, e o compromisso de que tudo que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde. Sendo assim, Ayres (2004) afirma que o modelo técnico-científico hegemônico demonstra uma progressiva incapacidade das ações de assistência à saúde se mostrarem racionais e cientes de seus próprios limites.

A insuficiência desse modelo de produção de saúde coloca a necessidade de novas concepções de conhecimento, aliadas a sistemas terapêuticos substitutivos e mais resolutivos. No lugar da categorização e simplificação dos saberes, da objetivação, da verdade absoluta, da separação entre sujeito e objeto, buscam-se perspectivas que considerem a complexidade dos processos vividos de saúde-doença, bem como a relação de incerteza inerente aos conhecimentos produzidos (Morin, 2000). É, como pontua Heckert (2007, p. 204), que “enquanto houver o descolamento entre os processos de formação e os acontecimentos do mundo em que vivemos, a formação se engendrará como formas de ação, produtora de ecos a serem repetidos indefinidamente”. Essa opção formativa acontece como uma escuta surda – da vida, dos fluxos, dos afetos –, pois, ao invés de indagarmos sobre as indicações que nos configuram subjetivamente (em modelagens mais medicalizadoras ou mais singularizantes), acabamos sendo conduzidos por essas evidências a práticas prescritivas, universalizantes e limitantes. É preciso buscar as conexões, as relações, as interações e suprimir a diferenciação construída entre práticas e saberes (Falcón; Alacoque; Meirelles, 2006). Assim, os processos pedagógicos para formação de trabalhadores em saúde – especialmente na dimensão do Sistema Único de Saúde (SUS), norteados pela integralidade da atenção – ganham papel estratégico no tensionamento ao modelo criticado e na invenção de *linhas de fuga* no encontro educação-trabalho-saúde.

Na formação em saúde, esse modelo, apesar de inúmeros esforços e avanços, segue produzindo processos de subjetivação que geram visões fragmentadas das situações de saúde, núcleos profissionais cuidadores bastante empobrecidos, compreensão do outro como campo de intervenção

e mediação profissional/usuário por tecnologias duras¹⁵. Reiterando que essa lógica extrapola a área da Saúde, é interessante lembrarmos que o perfil dos profissionais também é conformado pelo mercado e pelas corporações, incentivando a hiperespecialização e a privatização de interesses na Saúde (Feuerwerker, 2002). Essa potencialização foi bem descrita por Maturana (1998), que afirmou o ato educativo como constituído pelo exercício de conformação de si em relação ao outro e dos espaços em relação a si mesmo – ou seja, o educar ocorre de maneira que as pessoas aprendem a viver em conformidade com o conviver das realidades que conhecem e a conformar essas próprias realidades: viver o mundo também é expressão do que foi experienciado nos processos de formação.

Na busca de alternativas e respostas ao cenário colocado acima, foi proposta a *Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde* (Brasil, 2003), que traz a concepção pedagógica orientadora do processo educativo em saúde, interrogando e analisando o cotidiano do trabalho. Essa política representa o esforço de tornar realidade uma das mais complexas metas formuladas pela Saúde Coletiva no Brasil, como outra possibilidade de educação na Saúde: tornar a rede de serviços de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho (Ceccim, 2005).

Entre as estratégias formuladas para apoio e dinamização dessa política, podemos observar os programas de RMS, que são uma modalidade de educação profissional de caráter multiprofissional e interdisciplinar, com o objetivo de superar a segmentação do conhecimento e do cuidado/atenção em saúde. Essa modalidade de formação profissional oferece titulação em pós-graduação *lato sensu*, utilizando-se como metodologia de ensino-aprendizado a formação em serviço (pelo trabalho), mediante acompanhamento e supervisão (trabalho educativo).

A proposta de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, oferecida no âmbito das RMS, parte da premissa de que o campo da Saúde não é privativo

¹⁵ Segundo Merhy (2002), as tecnologias no trabalho em saúde podem ser classificadas em: leves (tecnologias relacionais, tais como: produção de vínculo, autonomização, acolhimento, humanização, responsabilização), leve-duras (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho, sua característica enquanto leve é a forma como esse saber é articulado depende da circunstância que se apresenta e com sua visão do trabalhador) e duras (equipamento tecnológico: máquinas, normas, estruturas organizacionais).

de nenhum núcleo profissional, pois os espaços terapêuticos, de cuidado e escuta somente são definidos pelo encontro e relação dos diversos atores implicados na produção do cuidado – profissionais, usuários e educadores (Machado et al., 2007). Isso sustenta a compreensão de que as situações de problemas de saúde encontradas cotidianamente não são resolvidas individualmente por nenhum trabalhador de saúde: todo profissional de saúde é coletivo – mesmo quando atuando sozinho –, pois a terapêutica requer interação de subjetividades e saberes (Franco; Merhy, 2007).

As RMS procuram, assim, integrar diversas áreas de conhecimentos (mais ou menos claramente associadas à saúde) e diferentes profissionais, além de implicar de maneira indissociável educação, trabalho e gestão com o processo cuidador. A experiência pedagógica colocada é a de construção de práticas de Saúde Coletiva, solidárias e eficazes, na perspectiva do trabalho em equipe com respeito pela autonomia profissional direcionada pelo cuidado (Madeira et al., 2007). Dessa forma, o exercício de formação *pelo* trabalho proposto nas RMS acontece, atualmente, no lugar do *entre*, na interseção dos setores da Saúde e da Educação (interface políticas públicas-áreas de conhecimento científico, conforme formulação de Ceccim, 2008) e, por isso, é um espaço aberto a múltiplas possibilidades de criação e invenção. Pensar a educação no trabalho em saúde deve ser um exercício de atenção às tentativas de captura dessas fugas aos modelamentos hegemônicos – diversas conformações legais e normativas agem nessa direção – reconhecendo que mesmo em lugares em que as atividades encontram-se bastante enrijecidas e previstas, o trabalhador tem oportunidades de singularizar o processo de cuidado que desenvolve, escapando às normativas (Merhy, 2002).

Ao compartilharmos a noção de que a formação em saúde pode ser mais potencializada a partir da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, norteadas pela busca de cuidados integrais, cabe uma questão: a que cuidado estamos nos referindo? Essa pergunta é relevante quando aceitamos a multiplicidade de propostas formativas em saúde, porém com o imaginário de objetivos compartilhados. Nunes e Wegner (2005) afirmam a existência de pelo menos três diferentes definições: o cuidado técnico, representado nos procedimentos e nas formas de proceder; o cuidado autoritário, no qual o profissional toma decisões e espera a passividade das pessoas; e o cuidado atento, que aproxima saber técnico e conhecimento científico. Em todas as

alternativas pode haver intencionalidade do relacionamento terapêutico, na busca de cuidado singular que possibilitará o desenvolvimento do processo de vida dessa pessoa. Observar essa tipologia pode levar à conclusão de que basta escolher o cuidado que parece mais implicado com a construção de autonomia das pessoas e elaborar mecanismos para que isso seja concretizado dentro das instituições e circunstâncias do trabalho. Porém, as coisas parecem ser bem mais complexas, como já explicitado acima, pois, apesar das normas de alguma forma condicionarem os processos de trabalho, esses serão realizados a partir dos referenciais que os trabalhadores adotam sobre saúde e demais relações de vida.

O desafio para a formação de trabalhadores no contexto de um sistema de saúde universal, de amplo acesso e com atenção qualificada está colocado. Espera-se que questões amplas, como a falta de regulação do financiamento no setor da Saúde e equívocos nas políticas e nas gestões do sistema sejam enfrentadas com alternativas singulares de formação. Entretanto, os efeitos observados não se restringem somente a eventos que ocorrem no macrossocial – talvez não sejam mesmo os mais potentes –, mas também ao âmbito microssocial. Essa permeabilidade, essa porosidade induzida pela proposta de RMS é devida a sua operação na dimensão *micropolítica*¹⁶, presente em ambos os níveis do social.

Deste modo, é para o lugar das relações, das implicações, das situações de trabalho que é necessário atentar o olhar. Nesse processo, se dá a produção das formas, a realidade em vias de constituir-se – e, ao mesmo tempo, em vias de desmanchar-se (Rolnik, 2009) – e na qual somos individual e coletivamente fabricantes e fabricados (Merhy, 2002). Lugar compreendido como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (Franco, 2006).

Entender o cotidiano de trabalho como uma constituição micropolítica (Merhy, 2002) é assumir que o mundo do trabalho constitui-se a partir do cotidiano coletivo, onde, em seus lugares específicos, cada pessoa procura operar o processo de trabalho de acordo com seus projetos singulares. Assim, é um lugar intrinsecamente permeado por tensões, próprias dos processos de disputa

¹⁶ Micropolítica é um termo cunhado por Guattari (Guattari; Rolnik, 1986), referindo-se aos *efeitos de subjetivação* – práticas e fenômenos ativadores de estados, promovendo alteração de conceitos, percepções e afetos.

e pactuações de projetos de vida que estão em relação e que produzem esses lugares onde estão inseridos. Essas tensões conformam a produção do meio social e compõem certo tipo de produção do cuidado (Franco; Merhy, 2007).

Os serviços onde se produzem práticas de saúde, a partir dessa perspectiva, são campos de produção de subjetividades, territórios comprometidos com certa produção de sentidos que conformam singulares compreensões e produções do real. Reconhecer os sentidos impregnados nas práticas de saúde possibilita perceber outros processos territorializantes implicados, como os que acontecem nas práticas pedagógicas em saúde (Franco; Merhy, 2007).

Se o trabalho, a educação e o cuidado em saúde são configurações relacionais, a interação dessas áreas – e dos atores envolvidos – produz constante ressignificação e aprendizagem dos processos vividos. Isso permite enunciarmos que não existe separação real entre o trabalho em situação, *em ato*, e os processos de formação pelo trabalho (Barros; Barros, 2007). Assim, formação significa também produção de realidades, de modos de existência, estando conseqüentemente implicada, entrelaçada à criação de modos de gestão do processo de trabalho. Paralela à produção do cuidado, existe associada uma produção pedagógica (Heckert; Neves, 2007; Franco, 2007).

Pensar o mundo do trabalho (com suas lógicas, disputas, atravessamentos e intensidades) como lugar de formação é colocar em questão os modos de subjetivações que podem ser produzidos nesses espaços, pois é na relação com as normas e os preceitos inscritos nesses lugares que os sujeitos vão constituindo-se ética e politicamente. Pensar o mundo do trabalho como lugar de formação é evidenciar e problematizar a existência de espaços de saúde que são favorecedores da vida e de recriações sociais e também que existem serviços de saúde que são espaços sociais mortíferos, de repetição e que impedem e neutralizam qualquer movimento de criação.

É no exercício vivenciado das práticas que se constroem conhecimentos e sentidos para a clínica; na aprendizagem em serviço que o profissional em formação configura-se – especialmente definindo a ética de suas relações com usuários, seus colegas de trabalho e com as realidades experienciadas (Feuerwerker, 2002). Sendo assim, pensar a dimensão pedagógica do trabalho torna-se relevante para a invenção de processos desterritorializantes, que produzam singularidades (e subjetividades) de maneira ética e política, com um cuidado que afirme, amplie e produza a vida.

Nesse ponto, é importante uma ressalva: não basta uma formação ocorrer em serviços de saúde e com trabalhadores de diversos núcleos profissionais – como as RMS – para assegurar invenção, novidade. O projeto formativo precisa contemplar dois aspectos principais, destacados por Ceccim e Pinheiro (2006): o caráter ético-político de pensarmos a formação como *Educação Permanente em Saúde* (EPS); e a dimensão da integralidade em saúde como eixo central na constituição de saberes e práticas.

Assegurar a EPS é utilizar-se da pedagogia de problematização – entendida aqui como invenção de problemas, interrogando os saberes e as práticas encontrados –, estranhando o mundo e, exatamente por isso, autorizando-se a inventar outras realidades. Essas outras possibilidades do real são parte de um processo de territorialização, de âmbitos relativos à construção da integralidade, da humanização e da qualidade da atenção, disparado pelo dispositivo desterritorializante que é a EPS. Assim, instaure-se o movimento, o vivo no *entre* educação-saúde-trabalho (Ceccim, 2005).

Entretanto, o processo de institucionalização das propostas de RMS pode suprimir as potências citadas anteriormente simplesmente pela atração que o instituído oferece à reprodução, à repetição dos modelos já consolidados. Captura-se, dessa forma, a intenção inicial que essa modalidade formativa trazia, transformando o aprendizado *pelo* trabalho em aprendizado *no* trabalho. A Residência *per si* não assegura processos instituintes.

Então, o que pode ser considerado como analisador de uma proposição para formar trabalhadores em saúde – especialmente no contexto das RMS? Uma indicação, a partir da construção feita até então nesse texto, é manter-se atento às possibilidades de invenção, de tensionamento, de fenestrações no processo de trabalho, autorizadas e ampliadas pelo processo pedagógico e orientadas na produção de práticas cuidadoras. Esse exercício é usualmente colocado como definição das atribuições desejadas para o profissional em formação (residente), o que nos sugeriu a conceituação de um *devir-Residência*. Apesar da associação implícita com o trabalhador em processo de formação, essa linha de fuga pode estar presente na constituição das pessoas que planejam e realizam processos formativos em saúde (educadores) e mesmo trabalhadores não diretamente relacionados às Residências – mas implicados com a proposta.

Um exemplo no qual esse processo encontra-se materializado é a constituição da Residência Integrada em Saúde (RIS), uma formação em serviço inscrita na rede de serviços de saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Desde as primeiras iniciativas para concretizar o projeto, a ênfase em atuação multiprofissional na rede de serviços/linha de cuidados dos usuários que demandam atenção complexa em diferentes níveis tem disputado espaço com racionalidades biomedicalizadoras.

A escolha das áreas de ênfase, um campo de provável discussão devido às implícitas associações com a lógica organizativa da Residência Médica – em especialidades profissionais –, teve a priorização definida por dois aspectos da realidade institucional: dimensão locorregional (áreas de conhecimento que são fundamentais na formação do profissional vinculado às atividades do SUS, especialmente no território do GHC); e realidade situacional (áreas profissionais em que as práticas em saúde se constituem com base em equipes de saúde).

Outro ponto de tensão foi referenciar a organização da RIS em sua relação com o trabalho a partir dos conceitos de campo (de aprendizagem, como conjunto de saberes e práticas comuns às várias atuações no setor da Saúde) e núcleo (profissional, com saberes e práticas exclusivas de cada profissão). Assim, desloca-se o ordenamento formativo do aprofundamento especializado em setores específicos para um exercício amplo do trabalho em saúde no cuidado transversal a diferentes serviços.

As propostas para metodologias de aprendizagem e construção de conhecimentos também foram orientadas pela integração e pela intervenção. As ações integradoras, fora dos locais de trabalho, estavam vinculadas a seminários conjuntos entre todas as ênfases, campos e núcleos, em um espaço de compartilhamento dos saberes e pactuação para produção de tecnologias leves de cuidado. Proposições interventoras no âmbito da formação estão ligadas aos trabalhos solicitados como requisito para conclusão da Residência, com pesquisas implicadas em problematizar as realidades do cotidiano do trabalho (incentivando-se as pesquisas-ação, associadas fortemente, nesse caso, com ações direcionadas a temáticas de interesse para a consolidação do SUS e da concepção ampliada de Saúde).

A construção da RIS, afirmando em sua trajetória inicial uma série de desejos por uma Saúde ampliada, assegurando um campo de

possíveis, necessita continuamente de auto-análise, de questionamento de si. Interrogar-se é condição para anunciar a manutenção da potência transformadora. Dessa forma, perguntamos: que agenciamentos foram realizados pela Residência nos serviços de saúde? Espera-se que a inserção de profissionais em formação técnica e política dispare processos interrogantes das práticas tidas como cuidadoras, inclusive tensionando um dos grandes parâmetros de certificação das práticas como legítimas em saúde: a resolutividade terapêutica.

Em seguida, pode-se querer perguntar: que agenciamentos foram realizados pelos serviços de saúde na Residência? Essa interrogação faz-se relevante quando toda relação é pressuposta como multidirecional, configurando as realidades existentes pelo encontro travado entre os atores da situação. A abertura dos campos de práticas aos residentes também oferece possibilidades de configuração pelos serviços à proposta, incentivando ou dificultando a inserção do trabalhador em formação no processo cotidiano. Condicionantes técnico-científicos (como estrutura física ou atualizações profissionais) podem ser fortes conformadores do exercício dessa pedagogia problematizadora.

Identificados alguns efeitos produzidos (ou definidos) pela relação de co-engendramento educação-trabalho-saúde, remete-se à nova pergunta: está garantido o espaço, a janela, para o devir-Residência? É importante ressaltar que o devir-Residência não é *a* outra possibilidade de configuração das realidades em saúde, mas *uma* possibilidade de reconfiguração, distinção que reafirma a dissolução de relações polarizadas e antagonizadas, assim como elimina as entidades estáveis, fixas ou permanentes (Giacóia Jr., 2000). Esse movimento de contínuo vir-a-ser precisa ser autorizado e reconhecido como intrínseco à formação na perspectiva da EPS e sob orientação da integralidade do cuidado, sendo talvez a análise que permita maiores informações sobre o que se está reafirmando (ou suprimindo) no inevitável processo de institucionalização ao qual a proposta é submetida.

Institucionalizar, definir, conformar eventualmente acaba por exigir concessões – principalmente nos aspectos que diferenciam, na capacidade inventiva, inovadora – colocando a necessidade de rever-se a Residência e, mais uma vez, atores e instituições a que está ligada. Todo o processo pode ser norteado pela teoria-caixa de ferramentas que contempla o quadrilátero da

formação, segundo formulação de Ceccim e Feuerwerker (2004), envolvendo representações de segmentos de ensino, gestão, atenção e controle social em saúde (formadores, residentes e gestores de serviços/sistema, no caso). Conferir protagonismo e legitimar a produção política-pedagógica-assistencial coletiva fornece certa metodologia para operacionalizar como e com quem construir a mudança na formação que se propõe inovadora.

Finalmente, é interessante reforçar o quanto a necessidade construída das mudanças no âmbito do encontro Educação e Saúde – mediadas no espaço do trabalho em saúde – está alinhada pelo princípio considerado tão desafiador quanto nobre: o exercício da democracia em ato. Assim, integrar-se à possibilidade de mudança nesse contexto é afirmar também a cidadania, extravasando os limites definidores da área da Saúde para outros aspectos da sociedade. É o devir-Residência permitindo a passagem da vida...

Referências

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Benevides de. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. p. 75-84.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde*. 2003.
- CAMARGO Jr., Kenneth Rochel de. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário (Réplica). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; PINHEIRO, Roseni. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: CECCIM, Ricardo Burg; PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESQ – ABRASCO, 2006. p. 13-33.

CIUFFO, Roberta Signorelli; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 12, n. 24, p. 125-40, jan./mar. 2008.

FALCÓN, Gladys Santos; ALACOQUE, Lorenzini Erdmann; MEIRELLES, Betina Hörner Schindwein. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 343-351, abr./jun. 2006.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Mudanças na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: Hucitec/Londrina: Rede Unida/Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Historia de la medicalización*. Educación médica y salud. NW, Washington, DC, n. 11, 1977.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-473.

FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. *Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho*. Set. 2007. Disponível em: <www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2009.

GIACÓIA JR., Oswaldo. *Nietzsche*. São Paulo: Publifolha, 2000.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

HECKERT, Ana Lúcia C. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. p. 199-212.

HECKERT, Ana Lúcia C.; NEVES, Claudia Abbes Baeta. Modos de formar e intervir: de quando a formação se faz potência de coletivos. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. p. 145-160.

HUNING, Simone Maria; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O que estamos construindo: especialidades ou especialismos? *Psicologia e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-92, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MACHADO, Maria de Fátima et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MADEIRA, Lélia Maria et al. Escuta como cuidado: é possível ensinar?. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Razões públicas para a integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. p. 198-198.

MATURANA, Humberto. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

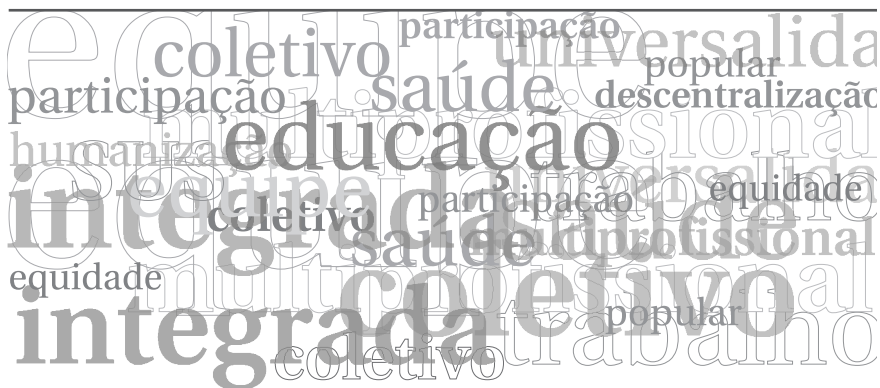
MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar e reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NUNES, Dulce Maria; WEGNER, Wiliam. O desafio de ensinar a cuidar sob a ótica dos docentes da EEUFRGS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 358-68, 2005.

ORY, Pascal. O corpo ordinário. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (Orgs.). *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 115-195.

ROLNIK, Suely. *Uma ética do real*. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/eticareal.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2009.



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: O QUE HÁ DE NOVO NAQUILO QUE JÁ ESTÁ POSTO¹⁷

Anisia Reginatti Martins

Karen Romero Kanaan Kracik Rosa

Kárin Ferro Basso

Maria Marta Borba Orofino

Cristianne Maria Famer Rocha

De onde falamos

*Sonho que se sonha só
É só um sonho que se sonha só
Mas sonho que se sonha junto
É realidade. (Raul Seixas)*

Produzir este texto sobre a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) significa colocar-se (ou, mais adequadamente aqui, colocarmo-nos) diante de um tema e de um projeto com o qual estamos, no momento, diretamente envolvidas, já que desenvolvemos a função de preceptoras

¹⁷ Artigo produzido a partir dos Trabalhos de Conclusão de Martins (2010), Rosa (2010), Basso (2010) e Orofino (2010), sob orientação da Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha, para o *Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde*, que foi realizado pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FACED/UFRGS), em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GEP/GHC), e oferecido às/aos preceptoras/es das Residências (Integrada e Médica) do GHC, entre 2009 e 2010.

junto a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS): a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC).

É, portanto, a partir deste lugar e nesta condição (de preceptoras analisando o seu próprio fazer¹⁸), que nos propusemos a investigar quatro Programas de RMS, oferecidos e realizados na cidade de Porto Alegre (RS), para poder conhecer, descrever e analisar comparativamente tais Programas, particularmente em relação à estrutura e ao funcionamento dos mesmos.

Considerando o cenário de oferta de RMS nesta cidade, selecionamos quatro que nos permitiram acessar suas informações única e exclusivamente a partir da consulta a documentos públicos sobre os mesmos. Os quatro Programas selecionados foram: o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PREMUS/PUCRS)¹⁹, a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS-ESP/RS), a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA) e a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC).

O resultado aqui apresentado, tal como indicado, constitui-se em uma compilação de informações públicas sobre tais Programas. Não tivemos a pretensão (nem a possibilidade) de verificar, na realidade cotidiana destes Programas, o quanto tais informações “conferem”, ou seja, se elas efetivamente estão sendo colocadas em prática. Nossa intenção, bem mais modesta, é subsidiar nossos futuros leitores/as, envolvidos direta ou indiretamente com estratégias de formação semelhantes às oferecidas pelos Programas analisados, sobre as diferenças e similaridades existentes entre eles, as potências e as dificuldades, as lacunas abertas, os espaços de interlocução e integração possíveis.

Trata-se, portanto, de um texto que pretende “apenas” abrir caminhos ou sugerir pontes na construção de diálogos – até o momento praticamente inexistentes – entre os Programas de RMS realizados em Porto Alegre. Sua relevância está diretamente associada a esta pretensão.

¹⁸ Uma Terapeuta Ocupacional e uma Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), e uma Terapeuta Ocupacional e uma Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II).

¹⁹ As informações aqui trazidas sobre este Programa são aquelas relativas à versão do Projeto aprovado em 2006. Sabemos que o PREMUS já está em sua segunda edição reformulada. No entanto, os documentos públicos disponíveis para consulta foram os relativos à sua primeira edição.

Além disto, o presente texto poderá, pela primeira vez, disponibilizar uma informação sistematizada (e pública) a respeito destes Programas, já que foi justamente a inexistência de publicações deste tipo que nos motivou a realizar os investimentos feitos (a pesquisa e a produção dos textos dela oriundos).

Esperamos, assim, suprir a falta ou a inexpressiva sistematização de informações sobre os Programas citados, assim como diminuir o distanciamento, ainda existente, entre as Instituições e as pessoas com eles envolvidas.

Acreditamos que, mesmo que importantes mudanças e transformações já tenham ocorrido durante o tempo transcorrido entre a pesquisa realizada, a publicação deste texto e a leitura do mesmo (que está fora de nosso controle), a sua produtividade esteja relacionada à possibilidade de criação e manutenção de canais de comunicação entre os Programas, para que suas experiências sirvam de inspiração para contínuos diálogos e trocas. Ao mesmo tempo, espera-se que, como consequência destas trocas, tais Programas possam também ser reinventados e ampliados, visando sempre à qualidade dos processos pedagógicos que serão, em certa medida, os responsáveis pela produção de sujeitos comprometidos em seus diversos espaços de atuação.

Sobre o início das Residências

A RMS faz parte da política nacional de educação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se em uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada aos profissionais da área da Saúde, voltada para educação em serviço, na lógica da interdisciplinaridade, com a inclusão de diferentes categorias profissionais da área da Saúde, visando à formação coletiva, em serviço e em equipe, o que se espera que contribua na integralidade do cuidado ao usuário.

A Residência é uma das formas de fortalecer e qualificar o SUS, contribuindo na produção da atenção integral ao usuário, considerando que “ao SUS compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, segundo a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1990).

A história das RMS está diretamente relacionada à Porto Alegre, já que a primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil (tida por muitos como

o “embrião da RMS”) foi criada em 1976, nesta cidade, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária São José do Murialdo, com a proposta de formar profissionais com uma visão integrada entre saúde, clínica, saúde mental e saúde pública. Em 1978, a Residência do Murialdo tornou-se multiprofissional, sendo interrompida em diversos momentos ao longo destes anos, em função das diferentes conjunturas da gestão estadual. Hoje, o Programa, oferecido pela Escola de Saúde Pública (ESP/RS), é realizado através da Residência Integrada em Saúde Coletiva, que compõe a Residência Médica e o Curso de Aperfeiçoamento Multiprofissional Especializado (nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Odontologia).

O fortalecimento do processo de regulamentação das RMS, no Brasil, deu-se, no entanto, a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 (Brasil, 2005a), que criou a *Residência em Área Profissional da Saúde* e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A partir de uma aposta feita pelo Ministério da Saúde, afinada com a Política Nacional de Educação em Saúde, surgem no país novos Programas de RMS, contribuindo para a consolidação no campo da gestão da educação como estratégia fundamental para a consolidação do SUS, com portarias que regulamentam a Lei e subsidiam o financiamento das RMS, a saber:

- Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005 – que fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho (Brasil, 2005b);
- Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 – que apóia Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde (Brasil, 2005c);
- Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005 – que institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências (Brasil, 2005d).

Como refere o texto da Portaria Interministerial nº 2.117/2005 (Brasil, 2005d), estas Residências têm como objetivo “favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS”, oferecendo bolsas através de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde para profissionais das áreas

de Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Biologia, Biomedicina, entre outros, para programas na modalidade multiprofissional e interdisciplinar, com ênfases variadas e em diversos âmbitos da atenção.

A regulamentação da RMS determina que a formação ocorra em serviços que pretendam formar profissionais da área da Saúde, com a lógica da interdisciplinaridade, e que possibilitem a integração entre ensino, serviço e comunidade, promovendo parcerias entre gestores, trabalhadores e usuários.

Desde a sua formação, a perspectiva de consolidação destes Programas contempla a construção de espaços de articulação e diálogo entre as categorias profissionais e entre os indivíduos das instituições envolvidas – as instituições formadoras e os serviços de saúde – buscando em todos os momentos do processo refletir sobre o perfil de competências profissionais para incluir práticas humanizadas e de atenção integral à saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Investimentos e apoio do Ministério da Saúde foram disponibilizados para que a RMS pudesse desenvolver seus dois objetivos maiores: qualificar a formação de profissionais da saúde e contribuir para que mudanças significativas e condizentes com o SUS acontecessem no cenário da assistência em saúde.

Desta forma, a RMS deve desenvolver sua formação, nos diferentes âmbitos da atenção à saúde, a fim de buscar atendimento integral, através da oferta de uma possibilidade diferenciada de qualificação de profissionais, capazes de promover um olhar e uma escuta ampliada, quanto ao processo de cuidado e de saúde-doença. Essa formação deve estar pautada no aprendizado em serviço, visando a uma competência técnica para uma atuação articulada nas várias áreas do conhecimento dos trabalhadores e nos diferentes espaços do cuidado em saúde.

Observando a certa distância, podemos dizer que todos os Programas de RMS existentes no Brasil apresentam alguns eixos ou princípios em comum. No entanto, uma observação mais aproximada nos permitirá visualizar que cada um destes Programas apresenta metodologias e cenários de práticas diversificados, que podem ser desde a natureza (pública, privada, filantrópica) e a estrutura da instituição de ensino ou o serviço disponível para a formação, até a relação desta com a rede de serviços de saúde. Também poderão existir diferenças quanto à qualificação da preceptoria, à participação dos atores

envolvidos na construção dos programas, à avaliação, ao financiamento, à carga horária, entre outras. Esta diferenciação, mais do que um problema, permitirá identificar marcas importantes para a constituição da identidade de cada uma das Residências.

Residências “em foco”: similaridades e diferenças

Na perspectiva de os Programas estudados serem grandes colaboradores na transformação das práticas profissionais em saúde, formando e capacitando o trabalhador a partir dos princípios e das diretrizes descritos constitucionalmente para o funcionamento do SUS, podemos perceber claramente que estes Programas, mesmo que com a aprovação e o início de funcionamento em tempos distintos²⁰, encontram-se em sintonia em vários aspectos, contemplando, em seus objetivos principais, a oferta de uma modalidade de ensino de pós-graduação voltada para a educação em serviço de profissionais da área da Saúde, com exceção da formação médica.

No que diz respeito à oferta de vagas por profissão, os Programas em análise disponibilizam o seguinte número de vagas:

Tabela 1 – Número de vagas oferecidas por Programa a cada núcleo profissional²¹, a cada ano

Programa	Enf	Farm	Nutr	Odon	Psic	Serv Soc	Fono	Fisio	TO	Educ Fis	Educ Art	Total
RIS/GHC	19	04	03	09	08	10	01	05	02	---	---	61
RIS-ESP/RS	11	02	05	07	09	08	---	03	03	02	02	52
PREMUS/PUCRS	12	04	08	04	04	04	---	10	---	---	---	46
RIMS/HCPA	07	06	04	---	04	04	---	---	---	03	---	28
Total de vagas	49	16	20	20	25	26	01	18	05	05	02	187

Fonte: Martins (2010); Rosa (2010); Basso (2010); Orofino (2010)

Observamos, neste item, que profissionais das áreas de Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Farmácia podem encontrar vaga disponível em todos os quatro Programas em destaque. Constatamos também

²⁰ A RIS-ESP/RS iniciou em 1983 (mas, sob a forma atual, em 2000); o PREMUS/PUCRS em 2006; a RIS/GHC em 2004; e a RIMS/HCPA em 2010.

²¹ ENF: Enfermagem; FARM: Farmácia; NUTR: Nutrição; ODON: Odontologia; PSIC: Psicologia; SERV SOC: Serviço Social; FONO: Fonoaudiologia; FISIO: Fisioterapia; TO: Terapia Ocupacional; EDUC FIS: Educação Física; EDUC ART: Educação Artística.

que, considerando as profissões contempladas na Portaria Interministerial nº 1077 (Brasil, 2009), em nenhum destes Programas são disponibilizadas vagas para as profissões de Medicina Veterinária, Biologia, Biomedicina e Ciências Sociais. Tal ausência pode ser um indício importante que nos permite identificar o perfil das equipes multiprofissionais em saúde em Porto Alegre (e talvez no RS ou no país). Outro ponto a destacar, em relação à oferta de vagas e profissões, é que o Programa da RIS/GHC é o único que oferece vaga para o núcleo profissional de Fonoaudiologia; e o da RIS-ESP/RS é o único que oferece vaga para profissionais da área de Educação Artística.

Com o mesmo tempo de duração de dois anos²², os Programas também compartilham uma mesma proposta de carga horária de 2.880 horas por ano, distribuídas em 60 horas semanais, de forma diferenciada em cada Programa. No PREMUS/PUCRS, da carga horária total, no mínimo 12% são destinadas às atividades teóricas, e todas as horas restantes destinam-se às atividades de formação em serviço. Nos outros Programas, esta divisão dá-se em 20% da carga horária para os módulos teóricos e o restante (80%) para a formação em serviço propriamente dita. Mesmo que com alguma diferenciação nas nomenclaturas, em todos os Programas a totalidade teórico-prática é contextualizada e viabilizada por um conjunto de ações que incluem seminários integradores e específicos de Campo e Núcleo de saber (seguindo Campos, 1992), oficinas, estudos de caso, supervisão, aulas teóricas e pesquisa, articuladas com as práticas de atenção à saúde.

Os módulos teóricos da RIMS/HCPA são desenvolvidos na forma de aulas expositivo-dialogadas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas, seminários e reuniões de equipe. Na RIS/GHC, são realizados módulos teóricos integrados, atividades de reflexão teórica de campo e de núcleo. No PREMUS/PUCRS, a carga horária teórica é distribuída entre os módulos teóricos integrados e os módulos teóricos específicos de campo e núcleo

²²A RIS-ESP/RS ainda apresenta mais um ano para o Programa de Residência de 3º ano (R3). Este tem um processo de seleção próprio e é ofertado para profissionais que terminaram algum Programa de RMS, com a seguinte distribuição de vagas: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social com uma vaga para cada profissão na ênfase de Atenção Básica em Saúde Coletiva – Gestão e Educação, e mais 20 vagas distribuídas entre outras ênfases, independente da profissão.

de saber e prática. Já na RIS-ESP/RS, os módulos teóricos são viabilizados através de seminários, oficinas, estudos de caso, aulas teóricas e pesquisa.

Desta forma, podemos concluir que as articulações e a integração entre profissionais da saúde e sua formação baseiam-se na construção coletiva das atividades tanto no campo quanto nos espaços constituídos para formação teórica, buscando romper, assim, com uma formação fundamentada na separação entre teoria e prática, que não considera o movimento de *mão dupla* que essa relação pode proporcionar.

Os quatro Programas desenvolvem atividades de formação em saúde no contexto hospitalar, porém, em relação aos cenários da prática, existem similaridades entre os Programas PREMUS/PUCRS e RIMS/HCPA, pois os mesmos têm serviços de especialidades hospitalares, como áreas de ênfase para a formação, e colocam em evidência a possibilidade de articulação da assistência hospitalar com a atenção primária. Já a RIS/GHC e a RIS-ESP/RS possuem formação em áreas de ênfase da Atenção Básica, para além das áreas de formação dentro das especialidades hospitalares.

O PREMUS/PUCRS, no Hospital São Lucas, oferece prática de RMS em: Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Nefrologia, Oncologia, Intensivismo Adulto, Intensivismo Pediátrico, Saúde Mental, Análises Clínicas e Toxicológicas, Assistência Farmacêutica, Reabilitação Cardiopulmonar, Nefrologia e Saúde Bucal.

Na RIS-ESP/RS, as atividades práticas são desenvolvidas em quatro instituições vinculadas à Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), localizadas em Porto Alegre: Atenção Básica em Saúde Coletiva nos serviços do Centro de Saúde Escola Murialdo, Dermatologia Sanitária no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Pneumologia Sanitária no Hospital Sanatório Partenon, e Saúde Mental Coletiva no Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Na RIMS/HCPA, as atividades práticas são oferecidas nas seguintes áreas de concentração: Adulto Crítico, Controle de Infecção Hospitalar, Oncologia, Hematologia, Saúde da Criança e Saúde Mental. O desenvolvimento das mesmas é subdividido em: *Itinerários da Área de Concentração* (contemplam unidades assistenciais que desenvolvem o cuidado a pacientes com demandas de saúde específicas da área de concentração), *Itinerários da Integração Matricial Interna* (contemplam dois caminhos concomitantes: a integração com os projetos institucionais específicos relacionados ao núcleo e

competências e a integração com áreas ou unidades assistenciais em interface com a área de concentração) e *Itinerários da Integração Matricial Externa* (contemplam as instâncias de Sistema de Referência e Contra-Referência, Intersetorialidade e Instâncias de Controle Social).

As atividades de formação da RIS/GHC são desenvolvidas nas estruturas dos serviços do GHC, onde as ênfases estão inseridas, bem como nas estruturas da Gerência Ensino e Pesquisa (GEP), da seguinte forma:

- *Ênfase em Saúde Mental*: no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) no Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II) e na Unidade de Internação Psiquiátrica;
- *Ênfase em Atenção ao Paciente Crítico*: nas áreas I e II, na Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) e na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC); na UTI Pediátrica e na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição (HCC); no atendimento especializado para pacientes neurocirúrgicos, politraumatizados e grandes queimados do Hospital Cristo Redentor (HCR) e na UTI neonatal do Hospital Fêmeina (HF);
- *Ênfase em Saúde da Família e Comunidade*: nas doze Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) que se localizam em diferentes pontos das zonas Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Noroeste/Ilhas, do município de Porto Alegre; no Núcleo de Epidemiologia do SSC; no Núcleo de Educação e Saúde do SSC e na Unidade de Internação do HNSC;
- *Ênfase em Oncologia e Hematologia*: no Ambulatório de Oncologia e Hematologia do HNSC, nas Unidades de Internação do HNSC, nas Unidades de Saúde da Região Norte/Eixo Baltazar e no Ambulatório do HCC.

Em relação a este aspecto (campos de práticas/ênfases ou áreas de concentração), é curioso (e intrigante) constatar que os quatro Programas de RMS analisados ofereçam atividades de formação em serviço na área de Saúde Mental.

Analisando os critérios para a seleção de residentes, percebemos que tais Programas apresentam processos seletivos bastante similares, sendo estes um Processo Seletivo Público em dois momentos distintos. Na primeira etapa, há uma prova escrita, com questões sobre as Políticas

Públicas em Saúde e Modelos Assistenciais em Saúde e também sobre a área específica do núcleo profissional do candidato. No segundo momento, para os candidatos que obtiverem a melhor classificação, há uma entrevista, com análise do currículo e do memorial descritivo produzido, que contextualiza as experiências pessoais e profissionais e a motivação de cada um. Apenas a RIMS/HCPA não realiza entrevista.

Uma semelhança entre os quatro Programas analisados está relacionada ao Processo Avaliativo, que é orientado, em todos eles, por critérios e indicadores que buscam compreender a formação do residente em seus diferentes espaços de inserção, tanto na perspectiva da formação teórica quanto na prática. O sistema de avaliação é feito a partir de instrumentos e critérios diferentes entre si. No entanto, todos os Programas levam em consideração aspectos qualitativos para a avaliação. O Programa da RIMS/HCPA é o único que não indica uma nota mínima para aprovação. Para os outros programas, a média de aprovação é 7,0, tanto para as atividades teóricas quanto para as de campo. A exigência da frequência mínima de 75% nas atividades teóricas e de 100% nas atividades de formação em serviço é comum para os quatro Programas.

Também é comum a todos os Programas analisados a realização do Trabalho de Conclusão do Curso. Na RIMS/HCPA, na RIS/GHC e na RIS-ESP/RS, para obter o certificado de conclusão da Residência, o residente deverá, sob orientação docente, apresentar um trabalho de conclusão que deverá ser desenvolvido e concluído no segundo ano, após a apresentação e aprovação de um projeto ao final do primeiro ano.

Seguindo o curso de nossa análise, um dos itens analisados que apresenta diferenciação, mesmo que pequena, é a estrutura do corpo docente, em sua forma de nomeação e distribuição das atividades e atribuições. Na intenção de facilitar a comparação destes, apresentaremos os resultados da pesquisa realizada através de um quadro, a seguir:

Quadro 1 – Caracterização do corpo docente e outras informações em relação à estrutura organizativa dos Programas de RMS em Porto Alegre, RS

PROGRAMA	PRECEPTORES	TUTORES	ORIENTAÇÃO DOCÊNCIA SUPERVISÃO	ESTRUTURA ORGANIZATIVA	ESTÁGIOS
PREMUS/ PUCRS	<p>De Campo: docentes vinculados às Unidades com titulação mínima de Mestre</p> <p>Remuneração: <i>(informação não disponível)</i></p>	<p>De Núcleo de Saberes e Práticas: responsáveis pela articulação do ensino teórico com os campos de formação em serviço</p>	<p>Orientação de Campo: profissionais de saúde das equipes</p> <p>Docentes: responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de ensino nos Módulos Teóricos Integrados</p> <p>Supervisão: <i>(informação não disponível)</i></p>	<p>COREMUS – Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde, tendo em sua composição: Coordenador do PREMUS, Diretor das Unidades envolvidas, um representante do Hospital São Lucas, dos Preceptores, dos Residentes e do Centro de Extensão Universitária Vila Fátima</p>	<p><i>(informação não disponível)</i></p>
RIS-ESP/RS	<p>São aqueles que vão permanecer nos espaços onde os residentes realizam sua formação em serviço</p> <p>Remuneração: <i>(informação não disponível)</i></p>	<p>De Núcleo de Saberes e Práticas: responsáveis pela articulação do ensino teórico com os campos de formação em serviço</p>	<p><i>(informação não disponível)</i></p>	<p>Colegiado Gestor; Conselho de Ensino e Pesquisa; Comissão local de Ensino e Pesquisa; Comissão de Residência Multiprofissional Especializada</p>	<p>No segundo ano, os Residentes realizam estágios de assistência, vigilância e gestão na rede municipal e estadual de saúde.</p> <p>Optativo: dois meses, durante o segundo ano de Residência, mediante apresentação de projeto de formação, aceite do local e aprovação da Comissão Local de Ensino e Pesquisa, conforme critérios previamente definidos</p>

PROGRAMA	PRECEPTORES	TUTORES	ORIENTAÇÃO DOCÊNCIA SUPERVISÃO	ESTRUTURA ORGANIZATIVA	ESTÁGIOS
RIMS/HCPA	<p>De Núcleo: profissionais com curso de graduação e, no mínimo, três anos de experiência na área ou titulação acadêmica de especialização ou Residência; exercem atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais residentes</p> <p>De Campo: função de supervisão docente-assistencial, exercida em campo, envolvendo saberes profissionais da área da Saúde. Mesmos pré-requisitos do Preceptor de Núcleo, devendo pertencer à equipe local</p> <p>Remuneração: <i>(informação não disponível)</i></p>	<i>(informação não disponível)</i>	<p>Orientador: profissional da instituição e/ou professor da UFRGS; com pós-graduação <i>stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) ou reconhecido saber na área da pesquisa</p> <p>Co-orientador: profissional convidado, por seu reconhecido saber sobre o tópico escolhido, para auxiliar no aprofundamento teórico da pesquisa. Poderão ser profissionais da instituição ou professores da UFRGS</p> <p>Docentes: profissionais pertencentes ao quadro funcional da Instituição, com experiência e/ou titulação acadêmica (Especialização, Mestrado ou Doutorado), professores da UFRGS ou convidados externos</p> <p>Supervisão: <i>(informação não disponível)</i></p>	<p>Coordenação Geral da RIMS/HCPA; Colegiado de Coordenação da RIMS/HCPA; Colegiado de Preceptoria por Área de Concentração</p>	<i>(informação não disponível)</i>

PROGRAMA	PRECEPTORES	TUTORES	ORIENTAÇÃO DOCÊNCIA SUPERVISÃO	ESTRUTURA ORGANIZATIVA	ESTÁGIOS
RIS/GHC	<p>De Campo: vinculado à equipe local</p> <p>De Núcleo: referência na área profissional. Ambos pertencem ao quadro de funcionários do GHC</p> <p>Remuneração: enquanto exercerem esta função, recebem gratificação (função gratificada)</p>	<p>Não está contemplado no Regimento.</p>	<p>Orientador Metodológico: deve pertencer ao quadro funcional do GHC, com especialização <i>stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) ou reconhecido saber na área de pesquisa</p> <p>Orientador de Campo: profissional do campo de serviço, reconhecido por seu saber sobre o tópico escolhido, para auxiliar no aprofundamento teórico da pesquisa</p> <p>Supervisão de núcleo: vinculado à equipe local</p>	<p>Coordenação Geral da RIS/GHC; Colegiado de Coordenação da RIS/GHC; Colegiado de Preceptoria por Área de Ênfase</p>	<p>No segundo ano de residência, os residentes realizam estágios de Matriciamento e gestão na rede municipal e estadual de saúde</p> <p>Optativo: um mês, durante o segundo ano, mediante apresentação de projeto de formação, aceite do local e aprovação do preceptor</p>

Fonte: Orofino (2010)

Em relação à estrutura organizativa dos Programas, cabe destacar que todos contam com uma coordenação geral e com outros vários atores que possuem diferentes denominações (Coordenadores de Ênfase, Preceptores de Campo, Tutores de Núcleo, Docentes, Colaboradores, Orientadores de Serviço, Preceptores, Professores, Orientadores de Pesquisa, Co-orientadores de Pesquisa), porém com objetivos e funções bastante semelhantes.

Salienta-se também que só foi possível identificar os Coordenadores de Ênfase na documentação dos Programas da RIS/GHC e da RIS-ESP/RS, sendo que a exigência da qualificação de Mestrado ou Doutorado para o Orientador de Pesquisa só foi identificada na documentação da RIMS/HCPA e da RIS/GHC.

Por fim, com relação às bolsas pagas aos residentes, todas são pagas com recursos públicos. Três Programas são financiados pelo Governo Federal (RIS/GHC, PREMUS/PUCRS e RIMS/HCPA) e pagam valores mensais idênticos para as bolsas concedidas. A RIS-ESP/RS é financiada pela SES/RS e tem um valor de bolsa diferenciado, pois os residentes recebem também auxílio moradia e alimentação, o que totaliza cerca de 30% a mais dos valores pagos nos outros Programas.

Algumas considerações, ao final

É possível concluir, a partir da análise comparativa dos quatro Programas de RMS oferecidos na cidade de Porto Alegre e aqui focalizados, que tais Programas seguem as determinações propostas pela legislação concernente, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, mesmo que apresentem algumas diferenças em relação à estrutura e ao funcionamento.

Considerando-se a importância destes quatro Programas na formação de um considerável número de residentes (são cerca de 190 residentes de diversos núcleos profissionais, nos diferentes campos de conhecimento, por ano) e do fato de que tais Programas são todos financiados por verbas públicas, não podemos deixar de registrar que as informações sobre os mesmos deveriam estar mais facilmente disponíveis. Afinal, nem todos os portais (ou sites) consultados das instituições que oferecem estes Programas de formação trazem informações completas (ou até mesmo atualizadas) sobre os mesmos.

Outro ponto a considerar é a inexistência de interlocução sistemática entre os Programas estudados. Neste sentido, salientamos a importância de que sejam feitos esforços, institucionais e pessoais, no sentido de criar

e promover espaços de reflexão entre os profissionais (formadores e em formação) envolvidos nestes Programas. Para tanto, deveria ser incentivado o exercício do diálogo, da comparação e da análise crítica, bem como a criação de espaços de interlocução, que permitam a efetiva revisão de práticas.

A partir do momento em que a Residência, com seus impasses, conflitos e conquistas, faz-se presente em um cotidiano de complexas relações no âmbito da atenção à saúde, ela provoca um “certo desconforto” naqueles sujeitos-protagonistas de uma experiência (ainda) inovadora. Portanto, é possível observar as dificuldades de muitos profissionais que não se percebem enquanto parte de uma equipe multiprofissional ou que não conseguem, por diferentes motivos, desenvolver suas ações a partir da necessária integração entre ensino, pesquisa e atenção. É como compor imagens que, a princípio, podem se voltar à mera reprodução das práticas assistenciais no campo da Saúde. Porém, em outros momentos, a composição pode instalar certa desestabilização das práticas cristalizadas e provocar uma desconstrução e construção de novos saberes, como uma nova proposta de formação de trabalhadores. Portanto, este contexto da Residência traz um movimento, pois obriga todos aqueles que com ela estão envolvidos a repensarem o seu próprio fazer neste espaço de formação/reflexão e, conseqüentemente, transformar modelos e modos de operar em saúde.

Referências

BASSO, Kárin Ferro. *Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: iniciando a jornada*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. *Lei nº 11.129*, de 30 de junho de 2005. Cria a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, 2005a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%20n11129_05.pdf. Acesso em: 23 set. 2009.

BRASIL. *Portaria nº 1.111*, de 5 de julho de 2005. Fixa normas para implementação e execução do Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho, 2005b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1111_republica.pdf. Acesso em: 22 out. 2009.

BRASIL. *Portaria nº 1.143*, de 7 de julho de 2005 – que apóia Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC), por meio do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde, 2005c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1143_republica.pdf. Acesso em: 22 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. *Portaria nº 2.117*, de 3 de novembro de 2005. Institui o programa de bolsas para Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005d. Seção 1, p. 112.

BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 1077*, 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.

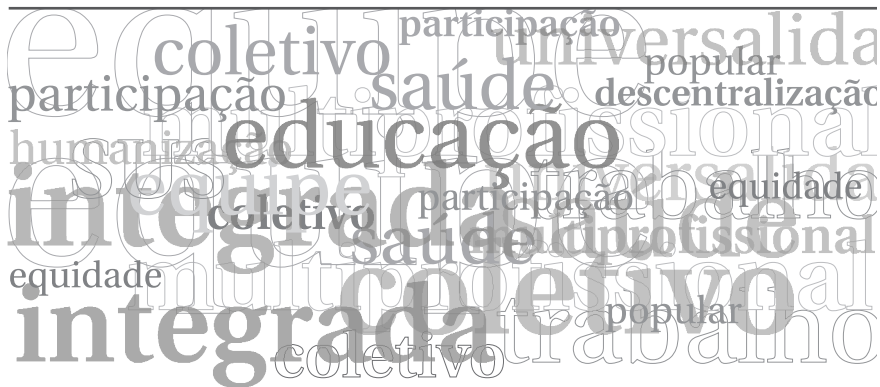
CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma da reforma, repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

MARTINS, Anisia Reginatti. *Residência Multiprofissional em Saúde: um programa “em cena”*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

OROFINO, Maria Marta Borba. *Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ROSA, Karen Romero Kanaan Kracik. *Residência Multiprofissional em Saúde: um mosaico de saberes*. Monografia de Conclusão do Curso de Especialização Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.



FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS: HÁ BRECHAS PARA NOVAS FORMAS DE CONHECIMENTO?

*Cathana Freitas de Oliveira
Neuza Maria de Fátima Guareschi*

A ideia de estudar e escrever sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) surgiu por diferentes necessidades. Parte da ansiedade e necessidade de produção reflexiva e crítica sobre o processo de vivência neste modelo de formação, contemplando o desejo de uma psicóloga de falar de seu campo de atuação, colocando ênfase nas diferentes formas de ação e de construção do cuidado em saúde, quando inserida em um grupo de profissionais de diferentes categorias, seguido da vontade de inserir possibilidades de discussão do tema em diferentes perspectivas – e, por isso, a escolha da dissertação de Mestrado²³.

O desenvolvimento da pesquisa deu-se por acreditar na potência de produção de um saber que pode ser forjado nas RMS – formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) – entendido, nesta discussão, pela possibilidade de ressignificação do papel de trabalhadores

²³ Este texto deriva da dissertação de Mestrado de Cathana F. de Oliveira, desenvolvido no Programa da Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, ênfase em Psicologia Social, sob orientação da Profa. Dra. Neuza M. de F. Guareschi.

para atores sociais comprometidos na conformação do sistema, incluindo no cotidiano de trabalho mecanismos que possibilitem vivenciar a dimensão simbólica implicada nas práticas em saúde, o que vem exigindo a atribuição de novos significados às antigas estruturas organizativas herdadas das Residências Médicas, e que ainda hoje regulam a organização das RMS.

A metodologia utilizada foi a problematização de três propostas organizativas das RMS e seu potencial pedagógico frente à necessidade de formação de profissionais para o SUS. Chamaremos de estrutura organizativa às linhas comuns utilizadas para organização de dois programas de RMS do Rio Grande do Sul. Foram problematizados a partir dos conceitos utilizados pela *Saúde Coletiva*²⁴, explorados enquanto um saber teórico-prático que oferece estratégias para o exercício de novas formas de gestão a partir de práticas cotidianas mais comprometidas. Soma-se à ideia de que pensar a transformação destas práticas requer atenção para as revoluções micropolíticas, que neste trabalho foram percebidas a partir do encontro e produção de brechas colocadas nas superestruturas que seguem intocáveis há muitos séculos pela construção e legitimação de um paradigma médico-centrado.

De forma mais específica, discutiremos as possibilidades de produção de ruptura nos modelos hegemônicos que vêm definindo as teorias e práticas em saúde a partir da inserção de profissionais das áreas das Ciências Humanas e Sociais no campo da Saúde pelos programas de RMS. Para tanto, foi feito uso de materiais relativos ao tema da formação de profissionais para o SUS, tendo como base a Política de Educação Permanente em Saúde e demais leis e portarias que regulam e dão legitimidade aos programas de RMS.

Implicada com questões da exploração de novos saberes a partir do olhar de uma psicóloga no estudo do campo de atuação na Residência e a interseção de saberes advindos do encontro entre diferentes profissões envolvidas na RMS, compreende-se a importância de um olhar que possa entender as formas de ressignificação das práticas e do papel desempenhado pelos trabalhadores, que legitimam sua inserção no campo da Saúde através da inserção nas RMS. Assim, criou-se o desejo de compreensão e valorização

²⁴ De acordo com Campos (2000), o termo Saúde Coletiva passa a ser utilizado no Brasil no final da década de 1970, fundando um novo campo científico que tem como orientação teórica, metodológica e política o campo social como categoria analítica da saúde.

dos espaços de *campo* em detrimento dos espaços de *núcleo*²⁵; para além disso, a intenção é de que este estudo se apresente como um resgate da dimensão política da Psicologia na implicação com os espaços de trabalho que vêm legitimando.

A cada momento de escrita, as vivências e os estudos possibilitam a produção e organização de novas ideias. Na escrita deste artigo, a proposta é o desenvolvimento deste “olhar por brechas” que se iniciou pela ruptura de paradigmas necessária para que o encontro entre as políticas de saúde e de educação produza um novo saber como uma combinação intersetorial que pode *oxigenar* práticas endurecidas em ambos os campos. As brechas são entendidas como as possibilidades de revolução micropolíticas nos campos de discussão, no trabalho cotidiano e na produção de saber.

Buscando sempre falar do processo de criação que compõe a escrita, a discussão apresentada neste capítulo está organizada da seguinte maneira:

- 1) Apresentação das mudanças no cenário das práticas em educação para as profissões da área da Saúde dispostas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004) e os desafios de construção das RMS, apresentada nos subtítulos:
 - a) Linhas pedagógicas e metodológicas: o potencial das RMS no cenário da Educação Permanente em Saúde; e b) De onde vêm as RMS e como estão organizadas: de que proposta organizativa estamos falando?
- 2) Breve apresentação das estruturas gerais organizativas das RMS, destacando três das estruturas propostas, discutindo a relação direta com o formato como as Residências Médicas eram e seguem sendo organizadas, para problematizá-las em sua aplicação nas RMS. Esta apresentação e discussão são realizadas nos subtítulos:
 - a) A Proposta de Educação em Serviço; b) A Organização de Equipes Multiprofissionais em Saúde; e c) e Aulas e Supervisão: Tempo-Espaço para Produção da Diferença.

²⁵ *Campo* e *Núcleo* são conceitos desenvolvidos por Campos (2000) e podem ser encontrados em seu texto: “Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de saberes e práticas”.

- 3) Finalmente, as possibilidades de construção das brechas, salientando a necessidade de colocar em xeque antigas formas de organização do pensamento a partir da possibilidade de situar o próprio residente no campo de trabalho e produção de conhecimento, discussão esta realizada no subtítulo: De que forma pode-se produzir estas brechas?

Linhas pedagógicas e metodológicas: o potencial das RMS no cenário da educação permanente em saúde

A instituição da Lei nº 8080/90, que legitima o SUS, coloca em xeque o conceito de saúde vigente. Ressalta a importância do atendimento integral em saúde, que passa a ser um importante balizador para construção de novas concepções a serem aplicadas no trabalho assistencial e de gestão.

A ousadia colocada nas propostas de conformação e implantação de um sistema nacional de saúde desencadeia uma postura de reorganização, tanto da sociedade civil, na busca por seus direitos de cidadania e controle das políticas de saúde, quanto dos próprios gestores e profissionais do campo. A *Saúde Coletiva* consegue colocar-se, ao lado do Movimento pela Reforma Sanitária, como produtora de novos marcos teóricos e práticos para consolidação do SUS. Neste contexto, passa a ganhar maior legitimidade e espaço para suas proposições e experimentações, na abertura do campo da Saúde às demais profissões. Novas formas de compreender e valorizar as práticas são propostas, assim como desenhos de gestão técnico-assistenciais em maior consonância com os conceitos a serem desenvolvidos e aplicados na organização e desenvolvimento do SUS.

Pela profundidade colocada nas mudanças conceituais, o próprio sistema não consegue ainda dar conta da formação e capacitação dos profissionais. Os pactos políticos exigidos para funcionamento do SUS nos níveis nacional, estadual e municipal e o resgate da dimensão política implicada no cotidiano de trabalho impõem a necessidade de articulação intersetorial entre Saúde e Educação. Tornou-se necessário renovar os modelos de formação de profissionais, que agora passariam a trabalhar dentro das diretrizes e concepções do novo sistema. Considerando a noção de produção social da saúde intimamente ligada ao discurso apresentado pela *Saúde Coletiva*, fica inevitável a necessidade de assumir a construção de

uma proposta teórica que admita diferentes atravessamentos disciplinares. É uma proposta aberta e em processo de expansão, na formação de seu campo científico, seu núcleo de saber e de um plano transdisciplinar que se atualiza a partir das produções feitas no corpo teórico-prático das diferentes disciplinas envolvidas no processo de compreensão do sujeito em suas relações com a saúde.

Parte específica da política de implementação do SUS, instituída pela Constituição Federal/88, em seu inciso III, art. 200, define como competência do próprio sistema o ordenamento e a formação de recursos humanos na área da Saúde. Forja a construção de um movimento nacional pela concretização dessas políticas, que tem como base a intersectorialidade entre Educação e Saúde para formação de trabalhadores qualificados de acordo com as mudanças a serem concretizadas (Brasil, 1988).

Com o papel de implementar a atribuição de formar profissionais para o SUS prevista na Constituição de 1988, foi instituída, em 2004, pela Portaria nº 198/GM/MS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. É uma estratégia que busca a consolidação da Reforma Sanitária a partir da criação de novas formas de entender e produzir saúde, fortalecendo a descentralização, o desenvolvimento de estratégias e processos para construção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva. A base metodológica da nova política de educação está centrada na articulação entre os componentes de gestão, assistência e participação popular, mobilizando a incorporação dos trabalhadores como atores identificados com as necessidades de criação e modificação no cenário da saúde.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) torna-se o conceito pedagógico e metodológico para experimentação das relações entre ensino-aprendizagem, entre docência e atenção à saúde, como peça importante para reflexão crítica sobre trabalho, resolutividade clínica e promoção da saúde. A implicação direta dos trabalhadores na análise de seu cotidiano insere o processo educativo nas práticas de serviço, buscando a construção de espaços coletivos de percepção e avaliação do sentido colocado no cotidiano de trabalho. A reflexão sobre os sentidos das práticas em saúde considera a

singularidade dos atos de cada trabalhador, potencializando a construção de novos aportes teóricos e ferramentas de atuação no sistema.

Assim, a política de EPS apresenta diretrizes para sustentar propostas pedagógicas e metodológicas inovadoras para o estabelecimento de diferentes ferramentas para formação de trabalhadores da saúde. É neste cenário que discutimos a criação e legitimação das RMS como um eixo de desenvolvimento das práticas de formação em serviço, apontando as possibilidades de mudança na compreensão da produção de diferença nas propostas pedagógicas que seguem a organização estrutural baseadas na repetição de modelos anteriores à concepção do SUS.

De onde vêm as RMS e como estão organizadas: de que proposta organizativa estamos falando?

As RMS são programas de formação de profissionais para o SUS reconhecidas pelo desafio de criar a possibilidade de construção de práticas comprometidas com a concepção de saúde proposta pelo SUS. Foram inicialmente regidas por diferentes dispositivos institucionais. Na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), constituiu-se como aperfeiçoamento especializado em Saúde Coletiva pela Portaria SES/RS nº 16, de 1º de outubro de 1999 (Rio Grande do Sul, 1999) e pela Lei Estadual nº 11.789 de 17 de maio de 2002 (Rio Grande do Sul, 2002). No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), a Portaria nº 109/04 cria a Residência Integrada em Saúde (RIS) como integração entre a Residência Médica e o aperfeiçoamento especializado e, posteriormente, a Portaria nº 037/07 GHC-DS-247/07 (Brasil, 2007) define a RIS/GHC como a Residência Multiprofissional em Saúde no GHC. Estas normativas sustentam, em suas propostas, a integração de saberes, a inclusão de novas profissões como parte da área e a compreensão de um conceito de saúde mais amplo que permita a quebra dos conceitos hegemônicos.

Por conta disto, esperamos observar, nas RMS, algum traçado metodológico que favoreça a implementação de ações pautadas em novos paradigmas, como aponta a política de EPS e o Movimento de Saúde Coletiva. O desenvolvimento das RMS tem papel importante quando questiona o foco de atuação do sistema público, exigindo a entrada de novas ciências para dar conta dos determinantes incluídos no processo de

produção de saúde. Somando-se à perspectiva de entendermos o trabalho como um território vivo de experimentações, considerando o cruzamento presente entre as descobertas pessoais implicadas no trabalho cotidiano e as demandas e descobertas institucionais e coletivas colocadas nas relações entre os trabalhadores, estamos em constante descoberta de nós mesmos e do mundo (Ceccim; Ferla, 2003).

De acordo com os Regulamentos das RMS dos Programas da ESP/RS e do GHC, pesquisados neste trabalho, divulgados e distribuídos como documento base para orientação dos residentes, o programa de formação deve ser desenvolvido no tempo de dois anos para todos os profissionais que ingressam, podendo ser complementada por um terceiro ano opcional em algumas ênfases da ESP/RS. A carga prevista é de 60 horas semanais. Normalmente, entre 10% e 20% deste tempo são destinados às atividades de reflexão teórica, e 80% a 90% para atividades de formação em serviço. A totalidade entre as atividades teóricas e práticas é contextualizada e efetivada pelo trabalho junto às Unidades de Saúde (US) e seminários, reflexões semanais das atividades de campo, reflexões e estudos de núcleo profissional, estudos de caso, aulas teóricas e pesquisa.

O objetivo geral das RMS é a formação de trabalhadores das diversas profissões²⁶ para atuação em equipe multidisciplinar com capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político. São desenvolvidas em parceria entre gestores e instituições formadoras, de acordo com a realidade local, e orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do SUS.

No plano técnico, possibilitam o aperfeiçoamento dos conhecimentos trazidos pelos profissionais em sua área de atuação, propiciando trocas mais ricas e novas formas de entendimento do sujeito da saúde, permitindo ir além dos limites de antigos paradigmas postos pelas disciplinas que qualificam academicamente os profissionais. No plano administrativo, há oportunidade de análise e discussão das maneiras atualmente utilizadas na organização dos serviços assistenciais, propondo modos de planejamento e gestão mais inseridos nos cenários contemporâneos.

²⁶ A Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

No plano político, colocam-se em relação constante com a produção de práticas que apontem para a melhora na vida das pessoas, com a produção de diferença a partir de formas mais humanizadas de inserção das políticas de saúde na vida de usuários e trabalhadores do sistema, fato este que se concretiza pelo engajamento destes na conformação do sistema, pela formação de um pensamento crítico frente às formas de assistência à saúde em um campo histórico, envolvendo lutas políticas, sociais e técnicas para oportunizar a abertura do campo à complexidade que as necessidades em saúde podem demandar.

A experiência de inserção em um dos programas de RMS discutidos neste trabalho possibilitou a exploração de algumas marcas a serem ressignificadas a partir dos olhares advindos das trocas disciplinares e da própria proposta de formação de profissionais em acordo com as novas diretrizes do sistema nacional. A inclusão de profissionais das áreas das Ciências Humanas e Sociais no campo da Saúde (que, com a legitimação das RMS, acaba identificando-os pela nomenclatura de multiprofissionais) já se dava de forma experimental antes mesmo da legitimação dos programas.

Portanto, podemos entender e problematizar que a legitimação das RMS carrega em sua história antigas bandeiras de luta pela construção de modelos assistenciais e de gestão que deem conta das transformações colocadas pela Reforma Sanitária, instituição do SUS e movimento da Saúde Coletiva, passando por diferentes momentos históricos, tendo sido interrompida e continuada com diferentes nomes e sob diferentes propostas para aceitação e legitimação como ensino em saúde para profissionais das disciplinas não-médicas. A RMS ganha força pela importância de sua causa e pelo desejo de construção de um sistema de saúde desenvolvido pelo comprometimento dos profissionais que trabalham por sua concretização.

A proposta de educação em serviço

Em 1910, face à crise do modelo médico vigente em responder às crescentes e novas demandas em saúde trazidas pela revolução industrial, o ensino médico de graduação passou por importantes transformações embasadas em um documento conhecido como Relatório Flexner. Este relatório propôs uma série de modificações e normatizações ao campo de ensino médico, das quais vale ressaltar a introdução do ensino laboratorial,

a expansão do ensino clínico em hospitais, a ênfase na pesquisa biológica para superação da era empírica, o estímulo à especialização e o controle da profissão pela própria classe de profissionais.

Organizados a partir de um referencial positivista, os cursos de graduação em medicina baseiam-se na separação entre pesquisa básica e aplicada, entre teoria e prática, entre ciclo básico e profissional (ou aplicado). Nas práticas, reforçavam a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo. Propunham uma visão mais fragmentária que integral a partir do isolamento dos determinantes da produção de doenças e priorizando a dimensão biológica em relação à psicológica e social. Assim, Residências Médicas, modelos de formação em pós-graduação oferecidos para profissionais com formação médica, estruturam-se para dar conta da crescente necessidade de especialização e do desenvolvimento tecnológico da prática médica como modo de responder ao novo cenário social.

A estruturação do ensino e da pesquisa das diferentes profissões reconhecidas como parte da área da Saúde passa a usar como referencial a forma de organização curricular e de desenvolvimento das práticas propostas por este mesmo Relatório, reforçando a ideia de que, para o bom desenvolvimento de pesquisas e métodos de cura para a população, a comunidade científica deveria ser fechada aos questionamentos e às oscilações do campo social. Além disso, fundamentavam seu método no isolamento de variáveis para dar respostas mais satisfatórias aos problemas de saúde, legitimando uma visão mecanicista, biologicista, individualista, com uma lógica de forma especializada e fragmentária.

O ensino em serviço advindo desta lógica relaciona-se com a divisão do trabalho, apontando limitações para cada especificidade profissional e determinando a forma de atuação e legitimação do conhecimento pela capacidade reprodutiva das práticas. Porém, a perspectiva de entrada de outras disciplinas no campo da Saúde aponta para a possibilidade de construções diferenciadas, mesmo a partir de práticas comuns já observadas na organização dos serviços.

Aqui, acompanha-se a potência para uma brecha: o entendimento da proposta apresentada para formação de uma Residência fundamentada na integração entre os diferentes saberes torna o campo de formação em

serviço um espaço privilegiado para trocas e experimentações. A inserção nos territórios de atuação coloca os profissionais mais próximos da realidade a ser considerada nos atendimentos e planejamentos em saúde, podendo ser dispositivo de quebra da reprodução e construção de práticas baseadas na integralidade.

A educação em serviço apresenta-se como importante estratégia das RMS, pois coloca aos trabalhadores o exercício contínuo de análise do sentido das práticas nos locais de produção, o que propicia o estabelecimento de ações questionadoras na ressignificação para aprendizagem. O desafio colocado é a quebra da reprodução social de práticas hegemônicas, flexibilizando os procedimentos instituídos e deixando de lado a necessidade de construção de uma verdade absoluta.

A perspectiva do trabalho pautado na integralidade é onde as tecnologias de cuidado e práticas assistenciais direcionam-se para a valorização e produção de vida – não apenas a obtenção de saúde ou erradicação das doenças. O comprometimento com os sujeitos em sua ampla gama de necessidades, que se expressam tanto biológica quanto socialmente, está fortemente ligado às propostas apresentadas pela corrente *Em Defesa da Vida* (Campos, 1991). Esta, por sua vez, já está colocada como um dos modelos apresentados pela Saúde Coletiva como possibilidade de leitura dos modelos de assistência e concepção de saúde como defesa radical da vida.

O que se encontra como questão para o aproveitamento das possibilidades que a corrente *Em Defesa da Vida* propõe como ferramenta de organização está diretamente implicado na mudança cultural quanto à valorização das diferentes profissões como formadoras do corpo necessário para a melhoria das práticas em saúde. Este modelo pode ser importante ferramenta quando não atrelado a propostas com caráter econômico dominante, como, por exemplo, o aproveitamento do residente como mão-de-obra barata, permitindo que o desenvolvimento das práticas seja seriamente acompanhado pela compreensão da produção simbólica. O residente pode utilizar-se da compreensão da dimensão simbólica implicada em seu espaço de interação e trabalho como um dos materiais principais para o desenvolvimento de uma ruptura com a reprodução das práticas.

O enfrentamento direto dos problemas trazidos pelos usuários aos espaços de educação em serviço exige tolerância à falta de respostas

prontas e imediatas, pois demanda o questionamento do saber estagnado que o trabalhador/residente traz como modelo de conhecimento instituído academicamente. As dúvidas e dificuldades na resolução de problemas complexos, colocados como demanda pelos usuários, devem buscar uma compreensão ampliada. Faz-se necessário valorizar a troca entre os diferentes núcleos de saber e somar as experiências dos diferentes profissionais em uma ação de produção de saúde.

Entendido dessa forma, o campo de atuação vivencial e conjunta torna-se um espaço privilegiado para a quebra da imagem reprodutora de saberes. Reforça nos trabalhadores uma postura sócio-institucional de diferenciação de padrões hegemônicos de compreensão dos cenários da Saúde. Esta experiência deve servir para desacomodar e proporcionar que as práticas de invenção de si e do mundo ganhem espaço pelo mundo do trabalho.

As trocas necessárias e produtivas nos espaços de trabalho somente se fazem possíveis pela existência de outra ferramenta importante a ser considerada: a inserção dos trabalhadores/residentes em equipes que contam com, no mínimo, um profissional de cada categoria da saúde, oportunizando trocas e construção de outras formas de relação com usuários e com as próprias instituições.

A organização de equipes multiprofissionais em saúde

Advindas de diferentes modelos de organização de atenção à saúde, a organização dos serviços em equipes multiprofissionais²⁷ reforça seu valor no Brasil a partir das diretrizes para o exercício profissional no SUS. Indicada em diversas discussões relativas ao aumento na qualidade do trabalho e formação de trabalhadores, encontra-se prevista também na formação acadêmica através das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de formação da área da Saúde (Ceccim, 2006).

Apesar de esta forma de organização do trabalho ser um espaço propício para as trocas, nem sempre isso se torna possível, devido à postura

²⁷ Achamos importante apontar que os documentos revisados não usam o termo “multiprofissional” quando indicam a formação pela inserção em equipes de saúde. Porém, incluímos esse termo como forma de evidenciar a confiança na metodologia multidisciplinar como condição para qualificar a formação de campo dos profissionais das RMS.

profissional de valorização da herança das formações acadêmicas, em que prevalece a lógica dos saberes especializados e fragmentados.

A obtenção de um título profissional a partir de um curso de graduação pressupõe a habilitação técnico-científica para atuação nos serviços, atribuindo – ao profissional – direitos, deveres e a responsabilização pela definição de necessidades e condutas clínicas. Apresenta-se, assim, a característica primeira e específica da existência de cada profissão: a criação de um núcleo de saberes específicos que geram práticas que podem ser reproduzidas socialmente, legitimando a importância do saber. Cada núcleo profissional produz uma forma distinta de compreensão do processo saúde-doença, buscando modos diferentes de se comunicar e atender às demandas que chegam a eles.

Para minimizar o efeito fragmentário advindo das diferentes especialidades que devem responder às demandas de uma mesma pessoa, maximizando as possibilidades de cuidado integral, é necessário que trabalhadores tenham espaço para análise, busca e criação de modelos diversos de atenção à saúde e organização dos serviços. A mudança está no rompimento com os saberes que demandam eminentemente a reprodução social, entendendo-se que não só o sistema forma os trabalhadores, mas que o próprio sistema se forma de acordo com o que os trabalhadores articulam para sua construção.

Priorizando a organização nos estabelecimentos de trabalho em saúde no modelo de equipes multidisciplinares e considerando as perspectivas que esse modelo oferece, podemos entender que a multidisciplinaridade se torna uma condição colocada socialmente pela complexidade das demandas de resolutividade exigidas ao sistema. Mesmo assim, é importante tornarmos consciente o fato de que nem todas as resoluções apresentadas conseguem efetivar-se nos cotidianos de trabalho, sendo a multiprofissionalidade um dos desafios. Questionando não só as formas de organização, mas exigindo uma postura diferenciada de trabalhadores e gestores em sua implicação no cotidiano de trabalho, a efetivação deste modo de atuação exige uma postura de aceitação do trabalho coletivo, da partilha de informações e da problematização das fronteiras disciplinares e, principalmente, da colocação da integralidade como uma meta a ser desenvolvida neste tipo de trabalho.

Segundo Passos e Benevides (2005), a multidisciplinaridade apresenta-se como uma necessidade de problematização das fronteiras disciplinares, porém sem a efetivação da construção de um sujeito integral para a saúde. Isto aponta para uma das limitações colocadas no modelo de trabalho multidisciplinar que, apesar de oferecer possibilidade de novos encontros entre os objetos colocados por diferentes núcleos de saber pertencentes ao trabalho em saúde, ainda não efetiva o rompimento das fronteiras que, em geral, dificultam a comunicação entre os profissionais. A partir disso, pode-se entender o sujeito da saúde sob uma ótica multifacetada, em que cada área de formação responsabiliza-se por um cuidado específico, mas que nem sempre produz uma resposta efetiva frente às necessidades demandadas.

Na experiência multidisciplinar, não há o rompimento das fronteiras do saber, permitindo que as respostas sejam elaboradas em separado, seguindo a lógica de manutenção da existência de diferentes sujeitos criados por cada perspectiva disciplinar. Diante desta problematização, criamos a brecha oportuna para assumir a incapacidade de qualquer disciplina isolada dar conta do objeto saúde.

Para avançar nos planos de construção apontados pela Saúde Coletiva como caminho para a construção de práticas de saúde baseadas na integralidade, a problematização desse modelo de atuação pode ser mais bem compreendida quando pensamos na forma de encaminhamento interdisciplinar também previsto nos regulamentos das Residências Multiprofissionais. A multidisciplinaridade aparece como condição a ser desenvolvida no espaço físico de trabalho, desenrolando-se para a intenção da construção de atividades resolutivas e propositivas da interdisciplinaridade.

A interdisciplinaridade coloca em questão a criação de um novo campo de conhecimento estabelecido a partir das trocas de saberes que a formação em serviço pelo modelo de equipes multidisciplinares propõe. Figura com uma nova forma discursiva do campo das Ciências. Pelo paradigma da interdisciplinaridade, é oportunizada a troca entre disciplinas que possuem algo em comum em seus campos, possibilitando a criação de novas práticas. No entanto, acompanhando o cenário da modernização, que exige a produção de saber dentro de um modelo científico, acaba-

se encerrando o modelo da interdisciplinaridade como um referencial discursivo para formação de mudanças no campo.

Segundo Luz (2009, p. 309),

no campo da Saúde pública, este novo modelo propiciou a existência de um paradigma da interdisciplinaridade, no qual certas subdisciplinas, oriundas das ciências humanas e da vida, viriam construir novas disciplinas ou subdisciplinas com métodos e conteúdos teóricos próprios (...) com o estudo de populações específicas e sua exposição ao adoecimento.

Este modelo torna-se atuante no campo, proporcionando estudos e pesquisas implicadas neste paradigma como, por exemplo, o desenvolvimento de trabalhos na perspectiva quanti-qualitativa e o uso de conceitos como vulnerabilidade e risco para estudo de populações específicas. Desta forma, podemos perceber uma abertura para pesquisas não apenas embasadas na perspectiva experimental, entendendo que novas categorias de análise podem ser incluídas quando pensamos em formas de produção da saúde.

Esta modificação paradigmática apresenta-se como importante ferramenta para novas produções no campo da Saúde, mas ainda atrelada às concepções científicas que apostam na investigação racional e metódica, com base determinista explicada pelas leis causais, reforçando a exigência de formação de um conhecimento especializado que deve possuir objeto e metodologia própria de investigação. O resultado que obtemos pela intercessão das disciplinas acaba gerando novos campos disciplinares dentro das características de produção de conhecimento da modernidade, colocando o conceito de interdisciplinaridade como distanciado das práticas cotidianas (Luz, 2009).

É no final do último século que o paradigma moderno determinista é posto em questão, desprendendo-se do modelo causal e assumindo o paradigma da complexidade; com isso, permite a construção de novas formas de explicação dos objetos e produção de conhecimento fora do modelo da disciplinaridade. O que passa a ser colocado em questão não é mais o objeto de cada disciplina, mas temas diferenciados presentes na vida dos sujeitos, possibilitando uma comunicação horizontalizada entre as ciências, a fim de

produzir um saber que irá se configurar a partir do andamento das pesquisas. Esse novo formato passa a ser conhecido como transdisciplinaridade e permite a integração dos saberes produzidos pelas práticas experimentais e pesquisas qualitativas. Os novos modos de produzir conhecimento, no modelo transdisciplinar, apresentam-se mais agregadores. Isto torna possível que o conhecimento gerado pela prática vivenciada junto às populações ou aos indivíduos passe a ter sua importância considerada, retirando a separação entre o senso comum e a ciência colocada pela modernidade.

Ao assumir-se o modelo da transdisciplinaridade, não há mais a exigência da fragmentação do objeto para uma ou outra disciplina que “domine” a produção de um saber que produz respostas isoladas. O objetivo é entender o processo de saúde-doença como um único objeto e buscar a construção de práticas assistenciais e de gestão que respeitem a complexidade e estejam embasadas na partilha de ideias, posturas e práticas que provoquem a quebra paradigmática colocada pela racionalidade da ciência moderna. É justamente neste ponto que acreditamos que a RMS pode apresentar-se como dispositivo de formação de profissionais implicados na construção de práticas em saúde orientadas pelas diretrizes do SUS. Entendendo que as estruturas organizativas dos programas de formação em serviço e inserção em equipes multidisciplinares oferecem condições favoráveis para trocas entre as disciplinas, os programas podem ser compreendidos como espaços para produção de conhecimento livre dos antigos paradigmas da ciência moderna.

A quebra da ideia de existência de um suposto saber na figura do profissional de saúde permite trocas efetivas entre os trabalhadores e destes com seus usuários, priorizando as necessidades reais em detrimento da reprodução dos saberes instituídos. Isto se torna possível pela valorização da autonomia do trabalhador no sentido de empoderá-lo para permitir-se experimentar práticas de auto-análise e autogestão nos espaços organizacionais. A brecha apresentada nesta estrutura está na forma de mudança na atuação dos profissionais, reduzindo a importância das práticas de reprodução dos saberes como meio de dissolução da dissociação colocada entre o discurso dominante e a prática cotidiana, e fortalecendo a observação dos fenômenos como fonte de conhecimento melhor que os divulgados em

antigas doutrinas que não valorizavam princípios de integralidade do sujeito trabalhador e usuário do sistema.

Aulas e supervisão: tempo-espaço para produção da diferença

A complexidade colocada no desdobramento a ser feito para a ressignificação das estruturas de educação em serviço e equipes multidisciplinares dentro do olhar proposto pela Saúde Coletiva requer a criação de um tempo e espaços específicos para o desenvolvimento do pensamento crítico sobre as ações diárias. O compromisso assumido quando do ingresso na RMS está na oxigenação das práticas pelas trocas entre os saberes já colocados no cotidiano e as novas perspectivas que podem ser apresentadas pela imbricação das práticas com os estudos propostos nas aulas e nos espaços de supervisão das práticas.

Uma das condições de compreensão do espaço-tempo crítico está colocada na capacidade e possibilidade de problematização das práticas e dos cenários onde a educação acontece. Está relacionada ao desenvolvimento da crítica embasada em uma análise histórica que permita ao trabalhador/residente perceber e discutir a complexidade dos atravessamentos dos jogos de poder e de saber presentes no campo da Saúde.

Segundo Castel (1998) e Nardi (2006), problematizar é colocar em evidência a existência de um feixe unificado de questões que emergem em um determinado momento, que se reformulam várias vezes através de crises, integrando dados novos, e que permanecem produzindo efeitos. Desta forma, problematizar significa colocar em análise não somente os objetos que analisamos ou sobre os quais produzimos saberes, mas principalmente pôr em discussão as políticas e práticas já estabelecidas pelo SUS, os diferentes níveis de atuação nas redes de serviço propostos pelos programas de RMS, bem como a inclusão da integralidade das práticas de formação e atuação profissional.

É a problematização que permite desnaturalizar tanto os objetos quanto os referenciais teóricos em que nos fundamentamos. Assim, outra importante consideração a ser feita, retomando a discussão das estruturas propostas para a RMS, está na valorização das aulas de campo e núcleo,

entendendo-se que, nesse modelo transdisciplinar, o espaço-tempo de produção para um pensamento livre deve ser conservado e priorizado.

Os espaços de aula de núcleo apontam a possibilidade de pensar a implicação da profissão em questão quando inserida no campo, buscando não só os conceitos comumente utilizados, como também permitindo tomar-se consciência da afetação produzida pelos espaços de trabalho coletivo. As aulas de campo, por sua vez, servem para que o estudo de diferentes teorias produzidas no campo da Saúde multiplique-se pela implicação nos encontros com usuários e entre os trabalhadores. Além disso, a produção de tempo-espaço para o pensamento remete a importantes conceitos apontados pelos documentos de legitimação das RMS, que buscam a garantia de uma forma de educação que assegure a real implicação dos profissionais na construção do SUS, a partir da reflexão crítica e produtora de sentido das vivências que a inserção na Residência permite.

Por tratar-se de um modelo de formação em serviço – não apenas serviço, nem apenas formação – o contato com tutores e preceptores nos campos de trabalho permite o reconhecimento da experiência pela troca significativa e produtiva de autonomia. Quando compreendidos dessa maneira, tornam-se essenciais os espaços reservados para supervisão, para produção de sentido frente ao desenvolvimento das ações. O importante é garantir ao trabalhador/residente e sua equipe um espaço de construção dialógica, definida aqui pela existência de um tipo de diálogo ressignificador, no qual a interação dos sujeitos permita a construção de sentido por ambas as partes envolvidas na comunicação.

Spink (2004) afirma que, em uma comunicação, podem existir diversas vozes, que podem vir de diferentes sujeitos. Estes podem ou não estar presentes no momento do discurso, mas se tornam presentes a partir do momento em que o discurso faz com que busquemos compreender e dar sentido ao que está sendo dito. Quando entendemos a produção de sentidos como uma construção social, a dialógica torna-se fundamental para a significação das práticas e construção dos saberes a partir da interanimação dos sujeitos. Diante de uma relação dialógica, torna-se possível dar sentido ao trabalho desenvolvido através das práticas, reflexões e linguagens discursivas que envolvem a construção da subjetividade do trabalhador.

A experiência de inserção em uma comunidade ressalta a diretriz de participação contida na proposta de sistema e das políticas que embasam a EPS, proporcionando ao trabalhador/residente a experiência de formação que inclua a educação popular, seu reconhecimento como ator social ativo no processo de formação do SUS e de responsabilização com os usuários.

Assim, a integração ensino-serviço-comunidade pode ser compreendida como uma diretriz de educação para o SUS. Ela diz respeito à oportunidade que todos os cidadãos têm de inclusão nas discussões, decisões e legitimações das propostas de gestão e ações dentro desse sistema. A participação dá-se através de diferentes níveis de atuação, desde a sociedade civil, passando pelos trabalhadores de todos os níveis e chegando aos gestores.

Apesar de a garantia do controle social estar estabelecida pela Lei Orgânica do SUS (art. 198), ainda é de difícil construção uma proposta realmente participativa que conte com os diversos atores envolvidos. Portanto, a participação exige do sujeito apropriação dos temas com os quais está envolvido e sua inserção nas instâncias que os colocam em questão. Segundo Campos (2000, p. 223), é necessário “tomar o próprio processo de participação como uma escola em que a capacidade dirigente dos cidadãos iria se construindo”. Em ambos os processos descritos, é possível uma análise dos diferentes saberes que vêm se construindo a partir das práticas e teorias instituídas e instituintes que fazem parte de um processo de ensino-aprendizagem.

De todas as propostas de análise colocadas neste trabalho, interessa ressaltar que, quando se está atento à possibilidade de construção de um novo paradigma em saúde, o desafio coloca-se na ruptura com um pensamento instituído com organização dentro da racionalidade legitimada pela ciência moderna. O desenvolvimento de pesquisas e discussões sobre o tema das RMS estabelece o desafio de pensar sobre o próprio pensamento desenvolvido durante a experiência de inserção nos programas, colocando a perspectiva de mudança nos tempos-espacos criativos percebidos na evolução deste trabalho.

Na experimentação de atuação no campo, com espaços mais marcados pela necessidade de dar corpo à problematização e à criação das práticas, há angústia pela busca de espaço para legitimação de um saber

não-médico. Enfrenta-se a inquietação frente à necessidade de modelos acadêmicos disciplinares que deem vazão às experiências e necessidades de fazer do cotidiano de trabalho uma forma de dar corpo a práticas transformadoras.

De que forma pode-se produzir estas brechas?

A base da ideia da produção de brechas está colocada na politização do residente e da opção inicialmente individual pela produção das micro-evoluções cotidianas. Quando se rompe com o que está instituído, constrói-se a possibilidade de novas formas de organizar o pensamento fora das estruturas pré-estabelecidas oferecidas pelas instituições às quais se está ligado. Então, trazer a ideia de criar brechas nas estruturas da RMS insere a representação de uma possibilidade de rompimento com a lógica vigente. O desafio lançado é de entrar, olhar, questionar e se afetar, pois a produção cotidiana de atos de saúde – e de vida – não é algo que venha pronto nos livros ou a partir de nossa formação acadêmica; é uma opção, um desejo de produção.

E, então, finalmente pode ser questionado: de que maneira pode-se estar fazendo estes movimentos? Levando em conta que a discussão principal colocada no recorte sobre a potência das RMS está na criação, aponta-se a necessidade de repensar o espaço e a função de um residente dentro das relações de poder com as quais está ligado quando colocado nas estruturas organizativas discutidas anteriormente. Aceitar que as instituições são espaços esquadrihados de exercício de controle e repetição, que, por sua vez, não têm essência de interioridade, possibilita a compreensão de que a criação está nas pessoas que ocupam estes espaços, e conseqüentemente, na forma como estabelecem suas relações.

Segundo Foucault (Deleuze, 1988), qualquer relação institucional ou pessoal está colocada como uma relação de poder. Este poder, que se configura por uma relação de forças entre os atores envolvidos, deve apresentar-se ou ser percebido através de duas marcas que o definem: 1) o exercício de poder aparece como um afeto (ativo ou reativo); 2) a força afetada não deixa de ter capacidade de resistência. Todas as relações de poder são exercícios de tensão entre diferentes forças e são relações diferenciais, pois determinam afetos singulares; implicam, algum momento, a relação entre dominados e

dominantes. Porém, o poder nunca é essencialmente repressivo, pois coloca sempre a possibilidade subjetiva de resistência (Deleuze, 1988).

Nenhum tipo de poder pode ser exercido antes que se tome consciência de possuí-lo. Todos possuem habilidades de relação. Logo, as pessoas podem desenvolver habilidades para esta construção, desde que implicadas politicamente na ocupação temporária do papel de residente, o que implica a modificação permanente das práticas da instituição na qual se está inserido e, finalmente, do sistema ao qual nos propomos a participar da construção quando se opta pela formação de profissionais de saúde para o SUS.

A discussão colocada aqui não é existência de brechas, mas sim sua criação. Uma instituição é um espaço onde a operação principal consiste em traçar uma linha de força geral, generalizar, alinhar, homogeneizar, fazer convergir. São mecanismos operatórios que não explicam o poder, já que pressupõem as relações e se contentam em limitá-las, fixá-las dentro de uma função reprodutora. De certa forma, o resultado esperado seria tirar a potência singular produzida por cada relação, através da aproximação de sentido e não mais da compreensão da vivência do singular (Deleuze, 1988).

O estabelecimento de relações com os colegas e com a própria instituição de ensino/saúde exige a percepção da tensão e da resistência presentes em toda relação de poder. A presença de tutores ou preceptores nos espaços de trabalho dos residentes, por exemplo, tanto pode apontar para a proteção do residente em seu espaço de criação e trocas para ressignificação de trabalho, como pode indicar a limitação clara do que pode ser experimentado no campo de atuação.

A opção pela formação de um pensamento diferenciado e implicado na ressignificação do cotidiano das práticas é o convite ao abandono da espera da revolução e opção pelo movimento constante, contínuo e não fechado. É o movimento de cartografar um caminho único a cada experiência, sem necessidade de retificação nos mapas estabelecidos pelos currículos e pelas estruturas organizativas. O ataque a ser feito não diz respeito a estruturas externas de controle e avaliação das práticas, mas essencialmente às ideias que nos conduzem à modificação ou perpetuação das práticas.

Além disso, é importante pensarmos que as RMS oferecem possibilidades diversificadas nas ênfases de formação, sendo localizadas em diferentes pontos da rede assistencial, tanto nos níveis primários quanto nos

secundários e terciários. Oferecem a possibilidade de o residente circular pela rede em diferentes serviços, e este espaço de rotatividade, geralmente oferecido no segundo ano, beneficia a oxigenação e o amadurecimento das práticas de gestão e cuidado a serem desenvolvidas.

Acredita-se que não há como um residente colocar-se realmente a serviço da formação para o sistema enquanto não puder desenvolver uma visão ampla e integrada das partes que o compõem. Em relação à formação em serviço, deve-se aproveitar de maneira integral o que a experimentação nos diferentes níveis do sistema oferece, entendendo que a complexidade está colocada na relação a ser estabelecida com a saúde, e não na divisão hierárquica proposta pelo desenho do SUS.

Nem sempre será possível construir ideias inéditas a serem propostas, defendidas e legitimadas. Tampouco é necessário buscar legitimação dentro dos modelos tradicionalmente propostos pelas pesquisas científicas de experimentação, comprovação e repetição. A experiência de escrita, por exemplo, nasce com todas as dificuldades implicadas na produção de um saber livre dos paradigmas convencionais, apontando sua legitimação, em alguns trechos, pela repetição dos modelos de escrita de causa-efeito nas ideias expostas e, em outros, pela singularidade da descrição de sentimentos que ganharam passagem pelo reavivamento das marcas deixadas pela experiência de ser residente.

Somente a partir disso torna-se possível propor a ideia de que os trabalhadores de saúde podem ser compreendidos como atores sociais de saúde, sabendo que sua implicação nos processos de criação, articulação e gestão se dá nas diferentes instâncias de funcionamento. Além disso, perceber que estar atento às formas como estes processos de formação vêm se dando aponta para o reconhecimento das construções de controle social, a partir das novas formas de responsabilização entre trabalhadores e usuários na gestão do SUS.

A partir de sua integração entre ensino e serviço, os atores implicados passam a ter a oportunidade de pensar novas propostas, nas quais o foco seja realmente uma responsabilidade compartilhada entre trabalhadores, usuários e gestores públicos. A autonomia colocada nos trabalhadores proporciona espaço para que se corram riscos, que as quebras paradigmáticas podem oferecer para reconfiguração tanto dos espaços de trabalho, quanto das teorias produzidas com embasamento nas práticas cotidianas.

Referências

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 Formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Portaria nº 037 GHC – DS – 247*, em março de 2007. Porto Alegre, 2007.

BRASIL. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Projeto de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição*. 2003. Publicação on-line. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 259-278.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem de projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2003. p. 211-226.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

LUZ, Madel. O campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas. Artigo aceito para publicação na *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

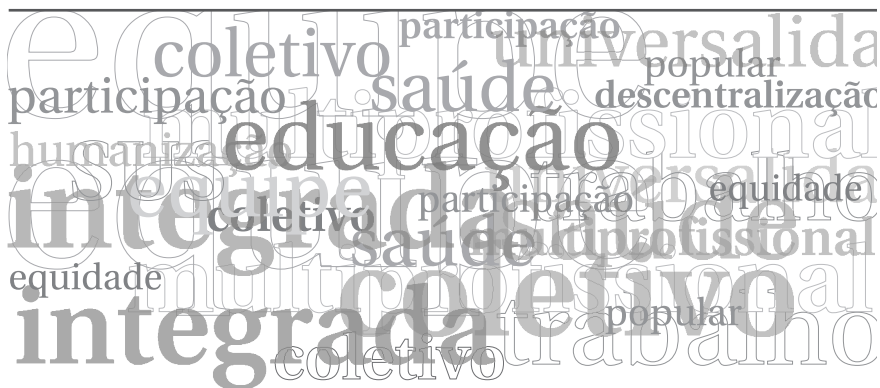
PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Portaria nº 16*, de 1º de outubro de 1999. Institui o programa de Residência Integrada em Saúde. Porto Alegre, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. *Lei Estadual nº 11.789*, de 17 de maio de 2002. Cria no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul o Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde. Porto Alegre, 2002.

Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Coordenação de Aperfeiçoamento e Residência Integrada em Saúde. *Regulamento da Residência Integrada em Saúde*. Porto Alegre, 2004.

SPINK, Marie Jane. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.



RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: UM PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO PARA QUALIFICAÇÃO DO SUS²⁸

Ananyr Porto Fajardo

Vera Lúcia Pasini

Maria Helena Schmidt

Julio Baldisserotto

Anisia F. Reginatti Martins

Cleunice Burtet Silveira

Nára Selaimen G. de Azeredo

Rogério Amoretti

Este capítulo apresenta a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), Programa de Residência Multiprofissional desenvolvido no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que é um complexo de atenção à saúde localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que conta em sua estrutura com serviços de diferentes âmbitos de atenção. A RIS/GHC foi

²⁸ Este capítulo é uma versão revisada e atualizada de BALDISSEROTTO, Julio; FAJARDO, Ananyr P.; PASINI, Vera L. et al. Residência Integrada em Saúde do GHC: estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 355-373.

constituída em 2004 com três áreas de ênfase (Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva), estando atualmente organizada em quatro áreas de ênfase – Atenção ao Paciente Crítico, Oncologia e Hematologia, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental. Participam do Programa profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Por meio da formação em serviço, vivenciam a experiência de abertura e diálogo com as diferenças, de modo a constituir um plano interdisciplinar facilitado pela troca sistemática que transversaliza saberes e a construção coletiva de novas relações e práticas, elementos necessários aos processos de formação para qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS).

Um pouco da história deste processo

O GHC é o maior complexo de atenção à saúde da região sul do Brasil, disponibilizando integralmente cerca de 1.500 leitos para usuários do SUS de Porto Alegre, região metropolitana e interior do estado do Rio Grande do Sul. É constituído por quatro unidades hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um hospital que presta atendimento a adultos; Hospital da Criança Conceição (HCC), que atende a crianças e que possui como unidade anexa o Instituto da Criança com Diabetes, um hospital-dia multiprofissional de assistência e capacitação de equipes e familiares para o atendimento a crianças com diabetes; Hospital Cristo Redentor (HCR), que oferece atenção a situações de trauma, acidentes e queimados, considerado o pronto socorro da zona norte de Porto Alegre; e Hospital Fêmeina (HF), dedicado à atenção materno-infantil. Faz parte da Instituição também o Serviço de Saúde Comunitária com 12 unidades de atenção primária, abrangendo um território com uma população de 125.000 habitantes, além de dois Centros de Atenção Psicossocial (um CAPS ad e um CAPS II), que atendem uma região com cerca de 250.000 pessoas.

A Instituição oferece especialização em serviço para médicos desde 1968, embora o reconhecimento das Residências Médicas pelo Ministério da Educação (MEC) tenha se dado somente em 1977 mediante o Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977, que regulamentou a Residência Médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) (Brasil, 1977).

Atualmente, o GHC oferece vagas em 46 diferentes especialidades médicas, as quais recebem por ano um total de 344 residentes de primeiro, segundo e terceiro ano, respectivamente denominados R1, R2 e R3. Além disso, oferece possibilidade de estágio para cerca de 400 estudantes de diferentes cursos da área da Saúde por ano.

Em 17 de agosto de 2004, o HNSC, que já possuía longa história como espaço de formação, foi certificado como Hospital de Ensino pela Portaria nº 1.704 do Ministério da Saúde (MS) e do MEC (Brasil, 2004b). No ano seguinte, o HCR e o HF foram certificados no dia 21 de outubro, mediante a Portaria Interministerial nº 2.092 (Brasil, 2005b). A certificação tem sido prorrogada desde então a cada avaliação proposta pelos Ministérios envolvidos (Brasil, 2009).

Desde 2003, o GHC vem passando por importantes mudanças a partir da definição de diretrizes e implantação de políticas e programas do MS, e a proposta de criação da RIS/GHC veio articular-se com todo este processo. Em meados daquele ano, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), órgão do MS responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior, promoveu a constituição e financiamento de Residências Multiprofissionais no país. A Diretoria do GHC, então, iniciou negociações para a implantação da proposta na instituição (Brasil, 2003a; 2003b).

A partir de então, a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC (GEP/GHC) identificou os serviços com viabilidade de assumir a responsabilidade de instituir novos espaços de desenvolvimento de profissionais de acordo com os pressupostos do SUS. A definição das áreas de ênfase para a implantação da RIS/GHC se deu levando em consideração a avaliação de necessidades de desenvolvimento de profissionais para o SUS em nível localregional e nacional e da capacidade das equipes para oferecerem espaços qualificados para receber os residentes (Brasil, 2004).

Foi em meio a um intenso processo de mudanças institucionais que, em julho de 2004, a primeira turma da RIS/GHC, instituída pela Portaria nº 109/04 (Brasil, 2004a) ofereceu 30 vagas para residentes, tendo se materializado em três cenários de práticas: Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), Serviços de Saúde Mental e Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC.

Para uma das áreas definidas, a SFC, esta proposta já estava mais clara e com maior visibilidade, pois, desde o início de sua proposição, o Serviço contava com algum grau de multiprofissionalidade em suas equipes. Naquele momento, a maioria das 12 Unidades de Saúde (US) já possuía experiências de compartilhamento de saberes e fazeres no cotidiano, mesmo que o cuidado ainda fosse médico-centrado em algumas delas. Além disso, o SSC possuía tradição na formação de médicos em SFC, além de já se constituir como campo de estágio para vários cursos da graduação em saúde.

Para as duas outras ênfases – Terapia Intensiva (TI) e Saúde Mental (SM) – o compartilhamento ainda se dava de forma tímida e orientada pela lógica hospitalocêntrica, mas havia alguns esboços de novas configurações em vias de emergirem.

Na TI, havia tentativas de planejamento conjunto do trabalho pelos componentes da equipe e esforços para registrar o mesmo, permitindo a configuração de indicadores de qualidade do serviço. A equipe era composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com o apoio matricial de fisioterapeutas que atendiam aos usuários em diferentes serviços. A inserção da RIS/GHC neste cenário de práticas provocou a contratação de um número maior de fisioterapeutas nos diferentes hospitais do Grupo e a fixação destes profissionais como componente das equipes no HNHC, HCR e HCC, enquanto no HF os fisioterapeutas ainda trabalham no sistema de matriciamento.

Os Serviços de Saúde Mental do Grupo, ao mesmo tempo em que recebiam a RIS, passavam por transformações importantes em suas lógicas de funcionamento, em função da redefinição da política institucional de atenção em saúde mental, com a constituição de uma proposta de gestão em Linha de Cuidado. O Ambulatório de atendimento a usuários de álcool e outras drogas constituiu-se em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad). O Hospital-dia com sede no HNHC foi transformado em um CAPS II, e viabilizou-se uma área de internação no HNHC com leitos para atenção em saúde mental.

A criação da Residência Multiprofissional no GHC com a denominação de “Residência Integrada em Saúde” deveu-se à concepção de que, por meio deste modelo de formação, estaríamos integrando os diversos profissionais e seus vários conhecimentos, as diferentes áreas de ênfase e as teorias e práticas

desenvolvidas em cada campo de atuação. Esta proposta teve como referência a Residência já implantada pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul em 1999, cujo processo foi descrito por Ceccim e Ferla (2003).

Inicialmente, previa-se que os Programas de Residência Médica do GHC integrar-se-iam a esta proposta. No entanto, isto não ocorreu devido a disputas corporativas vigentes naquele momento no Brasil. Esperava-se que a implantação da RIS/GHC em caráter permanente pudesse indicar possibilidades futuras de integração, dada a necessidade de que os profissionais envolvidos nos processos de formação em serviço compreendessem a importância do trabalho em equipe interdisciplinar para melhorar a qualidade de vida de todos: dos usuários (que serão vistos em sua integralidade), dos profissionais em especialização (ao aumentar sua capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada da realidade) e dos trabalhadores do GHC (ao ampliar suas possibilidades de atuação educativo-participativa no trabalho em saúde).

Em 2007, a Portaria nº 037/07 do GHC promoveu a adequação do programa à regulamentação recente e apresentou a possibilidade de criação de novas áreas de ênfase/especialidade de acordo com as necessidades identificadas no sistema de saúde para qualificação da assistência e do corpo técnico-docente da organização (Brasil, 2007).

Em 2008, o Serviço de Oncologia e Hematologia do HNSC propôs a criação de uma área de ênfase nesta especialidade para formação de equipes multiprofissionais na área. A proposta foi concretizada com a oferta de seis vagas em 2009. Neste mesmo ano, foi discutida a necessidade de mudança na concepção da ênfase em TI, que passou a se denominar Atenção ao Paciente Crítico (APC) em 2010, agregando, além da Terapia Intensiva, os Serviços de Emergência do HNSC e HCR.

O Quadro 1 apresenta a composição das áreas de ênfase da RIS/GHC e os núcleos profissionais inseridos a cada ano desde 2004 (Pasini, 2010).

Quadro 1 – Núcleos profissionais e áreas de ênfase da RIS/GHC por ano de inserção

Áreas de ênfase / Ano de criação	Profissões	Ano de inserção
Saúde da Família e Comunidade (2004)	Enfermagem	2004
	Odontologia	2004
	Psicologia	2004
	Serviço Social	2004
	Farmácia	2006
	Nutrição	2007
Saúde Mental (2004)	Enfermagem	2004
	Psicologia	2004
	Serviço Social	2004
	Terapia Ocupacional	2004
Terapia Intensiva (2004) / Atenção ao Paciente Crítico (2010)	Enfermagem	2004
	Fisioterapia	2004
	Fonoaudiologia	2008
	Nutrição	2010
Oncologia e Hematologia (2009)	Enfermagem	2009
	Farmácia	2009
	Fisioterapia	2009
	Nutrição	2009
	Psicologia	2009
	Serviço Social	2009

Fonte: Pasini (2010)

O Quadro 2 apresenta a evolução da procura pelas vagas disponíveis nos processos seletivos da RIS/GHC desde o primeiro processo seletivo (Pasini, 2010).

Quadro 2 – Inscritos no Processo Seletivo RIS/GHC (2004-2010)

Ano	Número de inscritos	Número de vagas
2004	509	30
2005	478	30
2006	365	33
2007	710	41
2008	1.048	51
2009	956	62
2010	964	64

Fonte: FUNDATEC/Relatórios dos Processos Seletivos RIS/GHC
(2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 e 2009)

Organização do Programa

Seis turmas concluíram a RIS/GHC até janeiro de 2010 e duas estão em andamento, envolvendo 126 residentes de 1º e 2º ano. Atualmente, o Programa oferece 64 vagas para as quatro áreas de ênfase, contando com 46 preceptores, que são funcionários do GHC diretamente ligados aos serviços e responsáveis tanto pela supervisão quanto pela organização e coordenação das atividades teóricas em cada área de ênfase; atendem a uma proporção de pelo menos um preceptor para cada três residentes. Todos os preceptores recebem uma Função Gratificada (FG) equivalente a 80% do salário mínimo regional, definida pela Organização como incentivo ao desenvolvimento das atividades de ensino previstas pela Residência.

O processo de ensino e aprendizagem em serviço é desenvolvido ao longo de dois anos, sendo constituído por atividades de reflexão teórica com todo o grupo de residentes, por atividades teóricas específicas de campo e núcleo em cada área de ênfase e por atividades de formação em serviço. Os conceitos de campo e núcleo, definidos por Campos (2000), embasam a organização da proposta da RIS/GHC: as atividades de campo incluem os saberes e as responsabilidades comuns a várias profissões e especialidades, enquanto as atividades de núcleo estão relacionadas às especificidades de cada profissão nos diferentes serviços onde acontece a formação.

A integração entre as quatro ênfases ocorre em diversas modalidades. Uma delas ocorre semanalmente nos *Seminários Integrados*, atividade coordenada pela GEP/GHC que é organizada em quatro tópicos: Seminários de Pesquisa, Estudos de Caso/Situação de Saúde, Oficinas Temáticas e Políticas Públicas.

Nos Seminários de Pesquisa, são discutidas e subsidiadas as propostas de investigação a serem desenvolvidas no decorrer da Residência e apresentadas como um dos critérios para conclusão do processo de formação. Os Estudos de Caso/Situação de Saúde buscam problematizar os vários olhares necessários ao cuidado integral no cotidiano dos serviços. As Oficinas Temáticas abordam temas definidos pelos residentes a partir do estudo de problemas e objetivam aprofundar teoricamente aspectos problematizados pelos mesmos ou conhecer experiências de trabalho que estejam inter-relacionadas com o cuidado. O seminário de Políticas Públicas

discute a organização do sistema de saúde brasileiro e as diferentes políticas que subsidiam os serviços onde a formação é realizada.

Existem também experiências de integração nos seminários teóricos de diferentes núcleos profissionais, que se agrupam para a discussão de temas de interesse comum entre as ênfases. Além disso, são oferecidos estágios na rede de serviços, quando os residentes de uma ênfase atuam em espaços de outro âmbito da atenção.

O regime de dedicação à Residência é de tempo integral, sendo a carga anual em torno de 2.880 horas com 30 dias de descanso continuado por ano. O conteúdo teórico da RIS/GHC é desenvolvido em 20% do total de carga horária de 60 horas semanais por meio de aulas expositivas, atividades de pesquisa, estudos de caso, oficinas e seminários, intercalados com a formação em serviço propriamente dita, que correspondem a 80% da carga horária da Residência. Cada uma das áreas de ênfase organiza seus seminários de campo e núcleo com metodologias específicas.

O processo de avaliação é continuado, valorizando tanto aspectos quantitativos quanto qualitativos da relação de ensino e aprendizagem, constituindo um meio e não um fim em si mesmo. A avaliação é sistematizada semestralmente compreendendo a formação em seus diferentes espaços de inserção, tanto na perspectiva teórica quanto prática, sendo realizada por preceptores e residentes no âmbito das equipes (Brasil, 2010).

Ao final do processo de formação, os residentes devem ter concluído uma investigação adequada às linhas de pesquisa definidas pelo GHC e que considere os eixos transversais da RIS/GHC (atenção integral, educação permanente, trabalho em equipe e humanização). Anualmente, é realizado um evento para apresentação e discussão da produção final destas investigações – junto aos envolvidos com a Residência e demais funcionários da Instituição – onde as mesmas são discutidas e avaliadas por convidados externos.

Desafios atuais e futuros para o fortalecimento da RIS/GHC

A partir do momento em que o GHC foi certificado como Hospital de Ensino, seus profissionais enfrentaram um novo desafio: a necessidade de desenvolver simultaneamente ações de ensino, pesquisa e assistência.

É possível observar que ainda é difícil para muitos de seus profissionais perceberem a necessidade de integração entre ações de ensino, de aprendizagem e de pesquisa à atenção, visto que a assistência sempre foi a prioridade da Instituição como prestadora de serviços à saúde.

Esta dificuldade é evidenciada nos processos avaliativos do programa realizados anualmente por todos os residentes, trabalhadores e gestores envolvidos com o processo. Os aspectos abordados incluem o efeito da inserção da Residência nos serviços como uma estratégia de desestabilização das práticas cristalizadas nas equipes e a necessidade de abertura para o novo, com a busca de capacitação permanente por parte dos profissionais que realizam a preceptoria. Nestas oportunidades, os preceptores refletem sobre sua qualificação e identificam as necessidades de aperfeiçoamento em relação ao processo de ensino e pesquisa. Uma das respostas a esta necessidade foi a parceria firmada entre o GHC e a Faculdade de Educação da UFRGS para a realização do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, do qual participaram profissionais contratados diretamente envolvidos com a preceptoria ou com o desejo e a possibilidade de exercício futuro desta função.

Outros convênios têm sido firmados com instituições de Ensino Superior, nos quais está prevista a realização de atividades pedagógicas relacionadas à pesquisa e ao ensino voltadas para preceptores e orientadores de serviço, bem como é incentivado o ingresso em cursos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado por meio da Política de Liberação para Cursos de Pós-Graduação (Brasil, s/d). O investimento destes profissionais na qualificação de suas atividades de docência demonstra uma grande responsabilização em relação ao lugar que ocupam na formação de novos profissionais para o SUS.

Outra iniciativa institucional foi a definição de que o contrato dos médicos selecionados a partir do Processo Seletivo Público 01/2006 passasse a prever o exercício de atividades de ensino como uma das atribuições deste cargo (Fundatec, 2006). O Edital seguinte, que foi homologado em 2008, passou a prever essa função para todas as profissões de nível superior e, com isto, cada vez mais funcionários incorporaram a docência em seu cotidiano de trabalho (Fundatec, 2007).

É possível perceber um avanço na capacidade de diálogo, na ampliação da compreensão da realidade e nas possibilidades educativo-participativas do trabalho em saúde desenvolvido com usuários, residentes e preceptores envolvidos com a RIS/GHC (Baldisserotto et al., 2003).

A RIS/GHC é um Programa ainda novo no cenário nacional e, portanto, a inserção de seus egressos ainda está sendo consolidada no Sistema de Saúde brasileiro. Porém, é bastante significativo para a instituição que vários residentes têm sido aprovados nos processos seletivos públicos do GHC e já ingressaram na Instituição como trabalhadores. Da mesma forma, temos informações da aprovação de outros residentes em concursos públicos de municípios da região metropolitana e do interior do estado do Rio Grande do Sul em vários âmbitos de atenção e níveis de gestão.

A certificação dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, prevista a partir da criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS (Brasil, 2005a), é fundamental para o reconhecimento institucional desta modalidade de formação e para estimular a adesão das diversas categorias a esta nova proposta de qualificação de trabalhadores, visando ao fortalecimento do SUS. Porém, os programas ainda aguardam a efetivação do credenciamento que possibilite a titulação de seus egressos.

Nestes seis anos de implantação da RIS/GHC como estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, tem sido reafirmada nossa convicção quanto à importância desta proposta em nível local. Além disto, o incremento da formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde para ampliação do olhar dos trabalhadores sobre o mundo do trabalho em saúde assume uma alta relevância, considerando a diversidade dos contextos brasileiros. Sabemos que a partir das misturas produzidas e dos atravessamentos que as compõem é que vão se desenhando novas ações de saúde, tecnologias de cuidado e políticas de gestão (Pasini, 2010).

Referências

BALDISSEROTTO, Julio; FAJARDO, Ananyr Porto; FLORES, Silvana da Saúde Folis et al. A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC. *Momento e Perspectivas em Saúde*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 46-50, 2003.

BALDISSEROTTO, Julio; FAJARDO, Ananyr Porto; PASINI, Vera et al. Residência Integrada em Saúde do GHC: estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 355-373.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC*. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>> Acesso em: 22 jun. 2010.

BRASIL. *Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977*. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 1977.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Normas regulamentadoras de atividades para formação*. s/d. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/utilidades/posgraduacao.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Portaria nº 109/04*. 2004a. (Impresso).

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Portaria nº 037/07*. 2007. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>> Acesso em: 17 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar Educação Permanente no SUS*. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Proposta de trabalho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde*. Brasília, DF, 2003b. (Impresso).

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1.498*, de 6 de julho de 2009. Prorroga até o mês de outubro de 2009 o prazo fixado para validade da Certificação como Hospital de Ensino. Publicada no Diário Oficial da União nº 127 de 6 de julho de 2009.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1.704*, de 17 de agosto de 2004. Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. 2004b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_1704.pdf> Acesso em: 29 mar. 2009.

BRASIL. MEC, MS, SNJ, CNS. *Relatório sobre a Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS: processo de implantação*. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 2.092*, de 21 de outubro de 2005. Inclui na Portaria Interministerial nº 1.704/MEC/MS os Hospitais Cristo Redentor e Fêmina – RS como

Hospitais de Ensino. 2005b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2092.htm>> Acesso em: 21 nov. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2003. p. 211-226.

FUNDATEC. Processo seletivo público 02/2004. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. *Relatório final*. Porto Alegre, 4 de junho de 2004. Impresso.

FUNDATEC. Processo seletivo público 03/2004. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – 2005. *Relatório final*. Porto Alegre, 28 de dezembro de 2004. Impresso.

FUNDATEC. Processo seletivo público 02/2005. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – 2006. *Relatório final*. Porto Alegre, 13 de janeiro de 2006. Impresso.

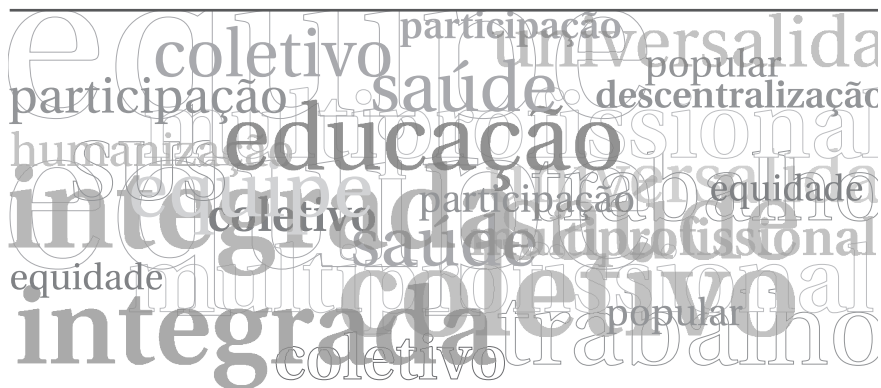
FUNDATEC. *Edital de abertura 01/2006*. Processo Seletivo Público 01/2006. Disponível em: <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-35.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

FUNDATEC. Processo seletivo público 01/2006. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – 2007. *Relatório final*. Porto Alegre, 28 de dezembro de 2006. Impresso.

FUNDATEC. *Edital de abertura 01/2007*. Processo Seletivo Público 01/2007. Disponível em: <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-75.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

FUNDATEC. Processo seletivo público 01/2007. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – 2008. *Relatório final*. Porto Alegre, 7 de fevereiro de 2008. Impresso.

PASINI, Vera Lúcia. *Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS*. Tese (Doutorado em Psicologia), Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.



RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA: EDUCAÇÃO PÓS-GRADUADA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE REALIZADA EM SERVIÇO, SOB ORIENTAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

Ricardo Burg Ceccim²⁹

Maria Cristina Carvalho da Silva

Analice de Lima Palombini

Sandra Maria Sales Fagundes

Introdução

A Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio do EducaSaúde – Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde, participa, desde 2005, da execução de um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva. Designada pelo EducaSaúde como *primeira edição*, a primeira turma desse Programa estava vinculada à Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciências (Fundatec), responsável pela articulação dos cenários de práticas, gestão das bolsas de Residência e acompanhamento teórico-prático.

²⁹ Coordenação do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail para contato: ris-educaсаude@ufrgs.br

O EducaSaúde, criado neste mesmo ano, desenvolveu o componente teórico-conceitual, a orientação de monografias produzidas como Trabalho de Conclusão da Residência e a avaliação da produção científica dos residentes, gerando o seu acesso ao acervo bibliográfico da UFRGS. A participação do EducaSaúde se fez em apoio à rede de atenção e gestão em saúde mental dos municípios integrantes dos cenários de práticas da Residência, que solicitaram a presença desta unidade acadêmica, sabedores de sua produção científica na área e motivo para convênios de cooperação subsequentes.

De fato, o Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação contemplava, desde 1997, por meio de dissertações de mestrado e teses de doutorado, o estudo aprofundado do desencadeamento e dos desdobramentos da Saúde Mental Coletiva no estado do Rio Grande do Sul. Dissertações e teses elaboradas por educadores e psicólogos – integrantes dos Grupos de Pesquisa da *Educação e Gestão do Cuidado* (Maria de Fátima Bueno Fischer e Mirela Ribeiro Meira), *Educação e Ensino da Saúde* (Aromilda Grassotti Peixoto, Maria Cristina Carvalho da Silva e Sandra Maria Sales Fagundes) e *Educação e Ciência como Cultura* (Simone Chandler Frichembruder) – analisaram as construções relativas à formação em saúde mental que determinaram mudanças nas práticas da atenção e da gestão de serviços e políticas de saúde, bem como movimentos participativos no seio da sociedade, tendo em vista a saúde mental.

Um trabalho relevante e de estreita colaboração também passou a se evidenciar entre a Faculdade de Educação e o Instituto de Psicologia, no interior da Universidade, unindo professores com tradição concomitante nas áreas da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, como dois dos autores deste texto: Ricardo Burg Ceccim, pesquisador da Educação em Saúde Coletiva, com doutorado em Psicologia Clínica, e Analice de Lima Palombini, pesquisadora da Educação em Saúde Mental, com doutorado em Saúde Coletiva.

Os campos de domínio intelectual da Educação em Saúde Coletiva e da Educação em Saúde Mental passaram a ser desenvolvidos em interface como *Educação em Saúde Mental Coletiva*. Esse *novo* domínio passou a envolver conhecimentos e práticas no âmbito da atenção psicossocial, da promoção da saúde mental, da psicopedagogia e da saúde mental coletiva, tendo em vista a atuação multiprofissional e interdisciplinar nos serviços

de saúde, em oficinas de criação e de geração de renda, nos espaços de integração escolar ou de recursos psicopedagógicos e junto às instituições de assistência socioeducativa.

A Educação em Saúde Mental Coletiva surge em desdobramento dos valores éticos da dessegregação, seja da loucura, da deficiência mental, dos comportamentos atípicos ou das singularidades não previstas pelos espaços disciplinares da educação, da saúde e das culturas urbanas. Toma, como elemento de base, a definição de Saúde Mental Coletiva, tal como proposta por um de nós:

Processo construtor de sujeitos sociais, desencadeador de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo as segregações e substituindo certas práticas por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida. (Fagundes, 1992, p. 54)

O objetivo da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, com início de sua quarta turma previsto para janeiro de 2011, é o de oferecer formação especializada e multiprofissional em serviço nos termos da educação em Saúde Mental Coletiva (Fagundes, 2006; Carvalho da Silva, 2008; Luzio; L'Abbate, 2009) e da clínica na atenção psicossocial (Costa-Rosa; Luzio; Yasui, 2003; Silva, 2005; Barros; Oliveira; Silva, 2007), desenvolvendo competências técnicas, éticas e humanísticas para a promoção da saúde mental, seja no âmbito ampliado da educação (como uma pedagogia da cidade, problematizando seus artefatos de produção de sentidos e culturas), seja no âmbito ampliado da saúde (como integralidade da atenção e escuta de acolhimento às singularidades da subjetividade). Uma das diretrizes básicas desta formação é o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, tendo em vista o esforço pelo rompimento com os especialismos disciplinares, com a fragmentação dos saberes e com as práticas de segregação.

A Especialização em Área Profissional da Saúde e o Caso da Saúde Mental Coletiva

Há concordância entre autores (Elias, 1987; Feuerwerker, 1997; Sampaio; Mazza, 2008) de que a Residência Médica, no Brasil, constitui a melhor alternativa para a habilitação laboral dos médicos, uma vez que,

nessa profissão, a especialidade profissional está amplamente consolidada e vem determinando, há muitas décadas, o acesso e a permanência dos postos de trabalho para os médicos. Trata-se do conceito de especialidade, tal como o conhecemos historicamente na área da Saúde (a cada especialidade, a respectiva ordem de prerrogativas, educação continuada, regulações ao exercício profissional e estruturação de sociedades de especialistas).

A definição de “especialização em área profissional” decorre, entretanto, de designação e conceitualização expedida pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), por meio do Parecer 908/98, de 9 de dezembro de 1998, originário da Câmara de Educação Superior. Essa designação e conceitualização foram formuladas para dirimir dúvidas quanto ao título de educação pós-graduada, quando a mesma fosse cursada sob a forma de “treinamento em serviço sob supervisão” ou nas chamadas “especializações na modalidade Residência”. Definiu o CNE que as especializações poderiam ser acadêmicas e/ou profissionais quando realizadas *em instituições de ensino superior* (valor acadêmico, mas não necessariamente profissional, como acontece na medicina, onde cursos de 360 horas-aula são cursos de especialização, mas não configuram autorização para o uso do título de especialista, nem mesmo na respectiva área profissional do curso); *em ambiente de trabalho qualificado* (valor acadêmico e profissional, quando credenciado pela área educacional, como acontece pelo vínculo da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ao Ministério da Educação, entidade que credencia serviços desde 1977 para a educação médica especializada); *em instituições de ensino ou instituições profissionais mediante celebração de convênios ou acordos de instituições de ensino com ordens ou sociedades, conselhos federais ou regionais com chancela nacional profissional* (valor acadêmico e profissional); e *em instituições profissionais como ordens, associações, sociedades e conselhos* (valor apenas profissional, como acontece com a expedição dos títulos pelas sociedades de especialidade médica com o uso de cursos e provas para o título de especialista; somente tendo valor acadêmico por expressa manifestação de instituição de ensino superior que tenha regulamentado o componente curso).

Embora o conceito de elevada qualificação em área profissional se faça presente, hoje – inclusive no âmbito do *stricto sensu*, como os mestrados

profissionais – tem origem predominante nas Residências Médicas, e constitui novidade esta modalidade de habilitação para o exercício profissional de especialidades nas profissões das Ciências da Saúde. De um lado porque os postos de trabalho não são marcados pelo acesso segundo a especialidade em área profissional e, de outro, porque o debate sobre a integralidade da atenção à saúde, o trabalho em equipe-integração e a prática interdisciplinar em profissões científicas passaram a demarcar prioridade às formações em área profissional como de acesso multiprofissional. Assim, despontam os conceitos de campo e núcleo do trabalho em saúde, noção também primeiramente originária do debate de requalificação das Residências Médicas, no esforço de não descolar a especialidade (núcleo de competência) da capacidade generalista (campo de competência), tendo em vista a integração ao Sistema Único de Saúde (SUS), donde também surge a noção de Residências “Integradas” ao SUS, desde a análise crítica das Residências Médicas (Campos; Chakour; Santos, 1997).

Um texto em especial reúne as noções de integralidade, trabalho em equipe, interdisciplinaridade, campo e núcleo de conhecimentos e de práticas e integração ao SUS: “Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde”, de Ricardo Burg Ceccim e Alcindo Antônio Ferla (Ceccim; Ferla, 2003). Do texto de Paulo Elias (1987) ao de Ceccim e Ferla (2003), passando pelo livro de Laura Feuerwerker (1998), que fez o mais extenso balanço da história das Residências Médicas no Brasil, publicado depois da defesa de sua dissertação, chegamos à apresentação, pelos Ministério da Saúde e da Educação, em 2005, do projeto de lei, incorporado pela Lei Federal nº 11.129/05, de 30 de junho de 2005, que, além de instituir o ProJovem, o Conselho Nacional da Juventude e a Secretaria Nacional da Juventude, institui 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 que integram a área da Saúde, excetuada a médica, já abrangida pela Lei da Residência Médica*³⁰. Cria também a

³⁰ A exceção à Residência Médica, de um lado, soa estranho, devido aos antecedentes de revisão e proposição no interior dos estudos sobre Residência Médica; de outro, configura uma postura previdente do governo quanto ao volume de regulamentações vigentes pelos quase 30 anos da Comissão Nacional de Residência Médica. A lei, entretanto, assinala que a prioridade deve ser dada aos desenhos de Residência

Comissão Nacional de Residência “Multiprofissional” em Saúde (CNRMS)³¹ e o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinada a estudantes, residentes e corpo docente-assistencial em educação de profissionais de saúde e Residências em Área Profissional da Saúde.

Por várias razões e circunstâncias, a CNRM, que realiza o credenciamento e estipula as regras gerais para o funcionamento dessa formação, acumulou uma história de funcionamento autônomo e desarticulado das políticas tanto de ensino (não-implicação com o movimento e os resultados das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Médica), como de saúde (não-integração de sua gestão de especialidades ao SUS). A abertura de Programas e a oferta de vagas sempre foram definidas unicamente com os critérios de capacidade tecnológica e de quantitativo de médicos especialistas para a preceptorial na instituição solicitante, sem levar em conta a escassez ou o excesso de profissionais naquela especialidade, naquela região ou no sistema local de saúde, e nem a oportunidade de estimular o provimento, a fixação ou o desenvolvimento tecnológico-assistencial em certas especialidades e multiprofissionalmente, nas regiões ou pelos locais do país com carências reconhecidas (Ceccim; Pinto, 2007).

A providência de uma nova Residência em Área Profissional da Saúde não poderia e nem deveria incorrer em tais procedimentos, mas todas essas avaliações não incidem sobre novos atores com reduzida apropriação desse debate. Pela não suficiente apropriação de antecedentes conceituais e analíticos, facilmente se incorre na interpretação corporativa vigente pelos mesmos quase 30 anos da CNRM, levando a fórmulas equivocadas como a oposição multiprofissional \times área profissional, credenciamento apenas de instituições de ensino e não de serviço, identificação da especialidade com as sociedades de especialistas e não com a construção original e contemporânea

Integrada, que estabeleçam o efetivo encontro das Residências Médicas com as Residências em Área Profissional. Uma “causa” interessante para o privilegiamento em financiamento e regulação pública.

³¹ A designação “multiprofissional” está entre aspas devido à confusão entre uma Residência multiprofissional e uma comissão de abrangência multiprofissional. O Movimento Nacional de Residentes na área da Saúde ensinou essa grafia ao designar sua articulação político-representativa como Fórum Nacional de Residentes “Multiprofissional” em Saúde, uma vez que cada residente é de uma profissão e não multiprofissional; os Programas é que podem sê-lo. A Comissão, igualmente, não se refere apenas a programas multiprofissionais, mas podem ser quaisquer programas de especialização em área profissional da saúde.

do SUS. Também se observa a não-compreensão das necessidades em saúde como estruturantes na luta pela integralidade e equidade em saúde (Cecílio, 2001), a incompreensão da intersetorialidade (Andrade, 2006), a noção de equipe-agrupamento em detrimento da equipe-integração (Peduzzi, 2001), a distância da apreciação de um novo rigor ético aos atos terapêuticos na condição do cuidado e das equipes interprofissionais ou “entre-disciplinares” (Ceccim, 2004) ou a existência de uma micropolítica no trabalho em saúde sob a condição de trabalho vivo (Merhy, 1997).

Na saúde mental, como em outros domínios de especialização em área profissional, o conhecimento não se restringe à produção no seio das profissões e suas especialidades, ocorrendo fartamente, inclusive, no embate que se estabelece entre esses saberes (produtor de superior conhecimento e novidade epistemológica). Haveria a necessidade de pensarmos a especialidade nesta área profissional não apenas em relação a si mesma, mas em relação ao conhecimento maior e mais complexo do campo em que se insere a atenção à saúde e a educação à saúde, também as profissões e as especialidades, para que pudéssemos reconhecer *usuários das ações de saúde* (serviços de saúde e práticas intersetoriais com a saúde) e não *quadros nosológicos*, como se fosse viável uma biologia invariante nos adoecimentos, alheia à educação e cultura da saúde. Seria reconhecê-los, portanto, diante da integralidade da atenção à saúde e diante das transformações educativas da cultura.

No campo da Saúde, há um recorte quanto à saúde mental, mas, tomada a saúde mental, há um núcleo de especialidade que é a psiquiatria. No campo da Educação, ocorre o mesmo com a promoção da saúde mental e a psicopedagogia. Como um núcleo especializado de caráter profissional, a psiquiatria está recortada pela profissão médica e, dentro desta, recortada pela especialidade médica da psiquiatria. Entretanto, uma pessoa em transtorno psíquico não traz consigo uma nosologia com uma biologia taxativa. Por isso, buscamos abandonar a linguagem da *doença psiquiátrica* para a do *sofrimento psíquico*, trazendo à ação cuidadora e de proteção da saúde a promoção de uma existência e uma singularidade não definidos por uma disciplina ou área do saber, mas sob o acompanhamento clínico (atenção integral à saúde) e educativo (educação da cultura) relativamente àquilo que gera dano ou dor, não a supressão de estados e modos de ser.

Se não em todas as especialidades em área profissional integradas ao SUS, ao menos na saúde mental não temos dúvida de que a especialização não pode limitar-se às competências e habilidades do núcleo de conhecimentos e práticas da saúde mental, como não pode limitar-se à prestação de cuidados pela intervenção uniprofissional, sob pena de tratarmos as doenças, não as pessoas e suas inscrições coletivas – onde doenças adquirem expressão, configuração e significados. Por isso falamos em Saúde Mental Coletiva, sempre. A história está cheia de pessoas “anuladas” pelo esforço curativo, retiradas do potencial de inventar a si mesmas e à existência individual e coletiva nas sociedades humanas, assim como seguimos, em ciência, filosofia ou arte, distantes de compreensões taxativas sobre singularidades e ressingularizações da subjetividade.

Além da necessidade de atravessar as especializações fragmentadas em área profissional, segundo conhecimentos (saberes disciplinares) e práticas (condutas profissionais) das profissões ou das especialidades científicas, as especializações em área profissional, integradas ao SUS, devem estar fartamente permeáveis às políticas públicas (esfera de indicação dos modos de operar a prestação de serviços de caráter público de modo regulado pelos interesses coletivos e de acordo com as reais necessidades sociais) e aos movimentos sociais que reinstituem permanentemente o viver em sociedade, no cotidiano.

É desse lugar que falamos da necessidade de uma Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental que tome em causa a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e as interações educação-trabalho-cidadania para organizar e implementar uma especialização em área profissional e levar a efeito o desenvolvimento do trabalho em saúde mental coletiva. Uma Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do ponto de vista dos aspectos pedagógicos, dos cenários de ensino-aprendizagem e da orientação da formação, não anula os saberes das várias profissões. Antes, os reconhece em intercomplementaridade para a qualificação das práticas e expansão dos saberes, por isso “multiprofissional e interdisciplinar”, não alheia às profissões ou aos saberes científicos.

Atenção Psicossocial e Educação em Saúde Mental

Movimentos inovadores têm surgido no Brasil para enfocar a Reforma Psiquiátrica, a Atenção/Reabilitação Psicossocial, a Educação

Inclusiva, a Psicopedagogia, a Arte-Terapia/Arte-Educação/Arte-Intervenção e a Promoção em Saúde Mental/Saúde Mental Coletiva, entre outros. Nesta seara, os conceitos de *Residência Integrada em Saúde* e de *Educação Permanente em Saúde* apóiam uma Educação em Saúde Mental Coletiva mais consentânea com os desafios de singularização da clínica e da cultura.

As Residências “Integradas” em Saúde surgiram no primeiro momento para acolher a integração da formação especializada ao SUS, depois em favor da integração dos Programas de Residência Médica (mais antigos, como a Psiquiatria, por exemplo) com Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (antecedidos por vários outros nomes, em áreas como a da Saúde Mental, por exemplo)³². A “integração” envolve, hoje, articulações entre trabalho e educação (noção de trabalho educativo); a formação em Equipe de Saúde, integrando as diferentes profissões (campo e núcleo de conhecimentos e de práticas profissionais em articulação permanente); a integração entre ensino (formação), trabalho (serviços, práticas profissionais, gestão do setor da Saúde e controle da sociedade sobre esse setor) e cidadania (valorização das pautas de luta da sociedade); e a integração do campo das Ciências Biológicas e Sociais com o campo das Humanidades para alcançar a integralidade em saúde e encetar projetos de subjetivação na invenção de mundos.

Por envolver profissionais de diferentes graduações, essa *integração* tem sido designada por Multiprofissional, mas a multiprofissionalidade tanto pode estar entre os residentes como entre os preceptores de cada residente. Preferencialmente, a multiprofissionalidade deveria estar em ambas as situações. Uma Residência Uniprofissional em Saúde Mental – uma vez

³² As Residências em Área Profissional da Saúde foram antecedidas por vários tipos de designações. Para citar alguns exemplos: aprimoramento profissional (Fundação do Desenvolvimento Administrativo – Fundap/ Governo de São Paulo), aperfeiçoamento especializado (Escola de Saúde Pública/ Governo do Rio Grande do Sul), especialização na modalidade Residência (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – Unirio). A designação Residência Integrada ficou popularizada pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Iniciada em 1999, foi assumida como lei estadual em 2002 (Lei Estadual nº 11.789, de 17 de maio de 2002, que criou, no âmbito da Secretaria Estadual da Saúde, o Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde). Esta designação, entretanto, foi desencadeada pela área de saúde mental em 1994, pelo Instituto Philippe Pinel, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ, ao integrar o Programa de Residência Médica em Psiquiatria ao Programa de Residência em Saúde Mental, aberto aos demais profissionais de saúde de nível superior, constituindo o Programa de Residência Integrada em Psiquiatria e Saúde Mental, contando com a parceria da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz.

mantidas as Residências Médicas na forma de lei anterior – também pode se exercer na “modalidade integrada”, seguindo a integração ao SUS.

A Educação Permanente em Saúde surge para enfatizar as situações reais de trabalho, toda a sua trama de relações (entraves, potências e desafios), incentivando reconhecer e avaliar como cada trabalho conserva ou transforma ações, situações, serviços e sistemas (Ceccim, 2005). A designação “permanente” assinala que a formação ocorre pela educação formal e pela educação cotidiana, a sua desconsideração nega a aprendizagem como ato cognitivo diante de situações de implicação, a sua consideração convoca a implicação com o conhecer, uma prática de si, da experiência e dos saberes formais. O “permanente” segue o estatuto do “integrada”, associado às Residências, mas destinado à composição de políticas formativas em instituições de ensino, ambientes de trabalho e instituições profissionais.

Uma educação realizada nos ambientes de trabalho da saúde permite articular as corporações profissionais *da* ou *em* saúde, o que configuraria a Residência como modalidade multiprofissional, rompendo com a noção da saúde mental como especialidade da psiquiatria ou centrada nos aspectos biológicos do adoecimento, para pensá-la como aperfeiçoamento em atenção psicossocial, centrada no processo saúde-doença-cuidados-proteção da cidadania, uma dimensão bem mais contemporânea da especialidade em saúde. É fundamental, na formação em psiquiatria e saúde mental, oportunizar conhecimento e vivência do sistema de saúde e de suas políticas, em acompanhamento domiciliar e na rua, em ambulatórios extra-hospitalares, em unidades básicas de saúde, em centros de atenção psicossocial, em serviços residenciais terapêuticos, em programas de redutores de danos, em leitos de hospital geral, em oficinas de geração de renda, em oficinas de criatividade, em oficinas terapêuticas, no plantão de saúde mental 24 horas, em centros de convivência, em programas de acompanhantes terapêuticos, em equipes itinerantes e salas de integração e recursos em escolas, por exemplo, que ainda ocupam lugar muito limitado nos programas de formação em saúde, quando não estão ausentes por completo até mesmo de informação científica e crítico-analítica a seu respeito.

São escassas as oportunidades de especialização para as profissões demandadas pela Reforma Psiquiátrica, reabilitação psicossocial, políticas

públicas de Saúde Mental e Saúde Mental Coletiva. Na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da UFRGS, integramos assistentes sociais, educadores artísticos, educadores físicos, enfermeiros, pedagogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais para atuarem em toda a rede recém-nomeada, serviços que deveriam estar encadeados em Linha de Cuidado (Ceccim; Ferla, 2006)³³.

Embora toda a referência aos serviços e às profissões, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva de que nos ocupamos concebe atenção e educação em saúde mental, ressingularização da clínica e da cultura, intervenção em saúde mental que se realiza no espaço dos serviços ou nos espaços do urbano. Como publicou um de nós, acompanha cotidianos de vida de forma a favorecer o estabelecimento de laços entre o *acompanhado* e o território por ele habitado (Palombini, 2009). O cuidado em saúde mental inclui alargar os modos de habitar a cidade, inventar lugares por entre os lugares da cidade, *educação do lugar* (Carvalho da Silva; Ceccim, 2010). A Linha do Cuidado redimensiona-se pela “tecedura de redes em rondas urbanas”, proposta por Palombini (2009, p. 308-309).

Para contemplar o conhecimento da distribuição de vagas e profissões a cada edição da Residência em Saúde Mental Coletiva, apresentamos um quadro com tais informações.

³³ A integração pode envolver a articulação entre programas. Por exemplo, entre um Programa de Atenção Integral em Saúde Bucal e um Programa de Saúde Mental para a atenção odontológica em pacientes especiais, entre um programa de atenção ao idoso e um programa de saúde mental para a atenção fisioterapêutica diante da instabilidade postural, redução da propriocepção e fraqueza muscular entre egressos de instituições manicomial. Também devemos pensar as alternativas para integrar educadores especiais, fonoaudiólogos e psicopedagogos em variados programas, em programas com enfoque particular ou em programas de Saúde da Família que priorizem o suporte matricial dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Alguns programas já articulam a Residência em Atenção Básica na Saúde Coletiva ou em Saúde da Família com a Saúde Mental. A inclusão da farmácia na Residência de Atenção Básica é uma ponte excelente com sua demanda na Residência de Saúde Mental. Estamos dizendo da construção do programa de ensino, pois há diferença entre componentes formativos e de aprendizagem para as várias áreas científicas do conhecimento e uma duração de dois anos com jornada semanal de tempo integral.

Quadro de Vagas 2005-2012

Período	Áreas do Conhecimento	Profissões	Vagas
2005 - 2007	Ciências da Saúde	Educação Física	2
		Enfermagem	2
		Terapia Ocupacional	2
	Ciências Humanas	Educação Artística	-
Pedagogia		-	
	Psicologia	3	
	Ciências Sociais Aplicadas	Serviço Social	2
	Subtotal		11
2008 - 2010	Ciências da Saúde	Educação Física	2
		Enfermagem	2
		Terapia Ocupacional	2
	Ciências Humanas	Educação Artística	2
Pedagogia		1	
	Psicologia	2	
	Ciências Sociais Aplicadas	Serviço Social	1
	Subtotal		12
2010 - 2011	Ciências da Saúde	Educação Física	3
		Enfermagem	3
		Terapia Ocupacional	3
	Ciências Humanas	Educação Artística	2
Pedagogia		2	
	Psicologia	3	
	Ciências Sociais Aplicadas	Serviço Social	2
	Subtotal		18
2011 - 2012	Ciências da Saúde	Educação Física	2
		Enfermagem	2
		Terapia Ocupacional	2
	Ciências Humanas	Educação Artística	1
Pedagogia		2	
	Psicologia	2	
	Ciências Sociais Aplicadas	Serviço Social	1
	Subtotal		12

Fonte: EducaSaúde (UFRGS, 2010)

A Educação nos serviços de saúde

É inegável a capacidade dos *serviços de saúde* (leia-se *sistema de saúde real*, não ambientes de trabalho *em geral*) de promoverem o desenvolvimento de habilidades profissionais, mas eles igualmente devem ser alvo de atualização contínua para seus profissionais, desenvolvimento institucional para as novas compreensões do trabalho profissional, desenvolvimento dos processos de trabalho no interior das relações interprofissionais e entre os serviços e seus usuários e desenvolvimento das interações entre sistema de saúde e instituições formadoras (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Essa afirmação diz respeito tanto à avaliação de resultados como à investigação e reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem e construção de competências na área profissional.

Estamos dizendo, com isso, que os problemas de saúde mental não são jamais senão componentes de uma história de vida e de uma história de relações. São agenciamentos coletivos e produzem efeitos na rede complexa de produção dos cuidados à saúde. Qualquer sinal, sintoma ou doença, em nós ou em agentes de nossas relações, produzem e se relacionam com *vivências*, não podendo, estas vivências, serem descartadas nas ações do cuidado e tratamento, tampouco do reordenamento dos processos de trabalho em saúde, seja porque requerem elas mesmas uma intervenção terapêutica, seja porque seu reconhecimento redesenha as ofertas assistenciais e intersetoriais a serem disponibilizadas.

A formação profissional especializada e o desenvolvimento do trabalho, quando realizados pela educação em serviço, disparam processos de múltiplos sentidos: de habilitação de novos especialistas, de desenvolvimento do trabalho, de estreitamento das relações dos serviços com a sociedade que lhe é usuária (e que neles deve confiar) e de transformação permanente da educação dos profissionais. Um profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações nos perfis ético, técnico e institucional do pessoal que atua ou ensina ou que irá atuar ou ensinar, preenchendo os postos de trabalho no setor reformado. Nenhuma reforma se fará sem alterar a qualidade das relações de cuidado à saúde, sob pena de aperfeiçoar-se a organização técnica do Sistema e não se gerar, nos usuários das ações e dos serviços ou na população, a sensação do cuidado. Se não são órgãos fisiológicos ou aparelhos orgânicos que sofrem, mas pessoas, histórias de

vida e projetos em experimentação de mundo, então, não basta a oferta de uma rede técnica de prestação de serviços, mas é preciso uma cadeia do cuidado progressivo à saúde (Linhas de Cuidado) em tramas ousadas e criativas de articulação, na qual processos de ensino em serviço acentuem conexões, revisões e coragem institucional.

Os próprios sistemas de saúde deveriam institucionalizar formas de interação permanente com as instituições de ensino por meio da cooperação técnica, financeira e operacional para a formação profissional, enquanto exigem das instituições de ensino processos de formação e pesquisa orientados pelos interesses do próprio sistema de saúde e de seus usuários, aos moldes da pesquisa-ação ou da Educação Permanente. Faz-se fundamental melhorar a formação e estabelecer, por meio da educação dos profissionais, realizada em serviço, forte impacto na qualidade da atenção prestada pelo sistema de saúde e na orientação dos currículos com que se formam as novas gerações profissionais. A educação nos serviços de saúde é uma forma de educação pelo trabalho, tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional.

Uma vez que se tenha por finalidade desenvolver trabalho educativo interdisciplinar, mediante atuação em equipe de Saúde, a educação nos serviços envolve o cruzamento dos diferentes saberes que configuram os diversos núcleos de conhecimento das profissões, organizando oportunidades de debate das políticas e estratégias de organização da gestão e da atenção à saúde e de promoção do desenvolvimento da autonomia dos usuários das nossas ações. Se não bastarem estes argumentos para reformar a educação, tanto quanto temos de reformar a atenção em saúde mental, que sirva para interrogar nossos saberes e nossas práticas nessa interface política, ética e estética. Se não temos as certezas ou uma verdade a ser fortalecida, necessitamos da ética da interrogação em nosso cotidiano de saberes, fazeres, reformas e avaliação.

Conclusão

O ensino em serviços de saúde com foco na multiprofissionalidade e na interação educação-trabalho-cidadania, viabilizando a especialização em área profissional e o desenvolvimento *do e no* trabalho, como um projeto da

integralidade da atenção e na gestão em saúde mental, tensiona os projetos de formação à melhor escuta das pessoas que acorrem aos serviços ou demandam suas ações de saúde.

A mudança nas práticas e a mudança na formação não se esgotam na construção de técnicas assistenciais ou de cuidados terapêuticos, mas prolongam-se pela organização do processo de trabalho e pela qualidade da permeabilidade da rede de ações e serviços e da gestão ao controle social e à participação popular. Embora a clareza de que a qualidade da atenção pertença à garantia do acesso ao conjunto das tecnologias do cuidado de que se precise em cada situação e às relações intersetoriais de promoção da saúde mental, ela também é resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde. É por isso que precisamos gerar oportunidades para essa aprendizagem real, bem como essa experimentação nas políticas de educação e de saúde para as instituições de formação, mobilizar o pensamento para avaliar o que temos feito e responder às atuais interrogações.

Na experiência brasileira, registramos o acúmulo das Residências Integradas em Saúde e da Educação Permanente em Saúde, agenciando o que denominamos *Quadrilátero da Formação em Saúde*: ensino, gestão, atenção e participação (interfaces produtoras de sentido e de interrogantes à formação para o trabalho). Na Faculdade de Educação da UFRGS, além das relações orgânicas com a rede escolar, temos desencadeado, desde 2005, uma relação também orgânica com a rede de atenção em saúde mental junto aos municípios da região metropolitana de Porto Alegre (Novo Hamburgo, Porto Alegre e Viamão) e alguns municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul (Alegrete, Caxias do Sul e São Lourenço do Sul). Isso nos permite conduzir e aprender com a formação especializada – integrada e multiprofissional – em Saúde Mental Coletiva, incidindo na criação e no aperfeiçoamento da modalidade *Residência*, como processo de ensino-aprendizagem em área profissional da saúde, e de um campo de domínio intelectual a que temos denominado Educação em Saúde Mental Coletiva.

Referências

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida F.; SILVA, Ana Luisa Aranha. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. esp, p. 815-819, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério Carvalho dos. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.
- CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina. *Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade*. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- CARVALHO DA SILVA, Maria Cristina; CECCIM, Ricardo Burg. Educação do lugar: saúde mental e pedagogias da cidade. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Saúde Mental Intersetorial*. Textos de apoio: textos da Tribuna Livre. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/educacaodolugar.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2010.
- CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004. p. 259-278.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.
- CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2003. p. 211-226.
- CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 165-184.
- CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg ; PINTO, Luiz Felipe. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 266-277, 2007.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2001. p.113-126.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. *Residência Médica no Brasil: a institucionalização da ambivalência*. 1987. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. Saúde Mental Coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. *Saúde Mental Coletiva – Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental*, (reedição), v. 1, n. 1, p. 51-54, 1992.

FAGUNDES, Sandra Maria Sales. *Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *As mudanças na educação médica e a Residência Médica no Brasil*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. *Mudanças na educação médica & Residência Médica no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009.

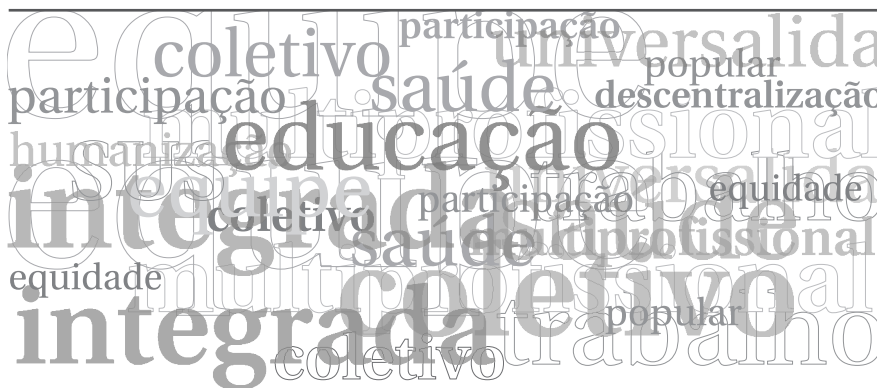
MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-111.

PALOMBINI, Analice de Lima. Utópicas cidades de nossas andanças: flânerie e amizade no acompanhamento terapêutico. *Fractal – Revista de Psicologia*, Niterói, RJ, v. 21, n. 2, p. 295-318, 2009.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

SAMPAIO, Sílvia de Almeida Prado; MAZZA, Teresa. A formação de médicos especialistas e a demanda por assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 104-119, 2008.

SILVA, Martinho Braga Batista e. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da Saúde Mental. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.



PROBLEMATIZANDO A PRODUÇÃO DE SABERES PARA A INVENÇÃO DE FAZERES EM SAÚDE³⁴

Vera Lúcia Pasini

Neuza Maria de Fátima Guareschi

A institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e o seu projeto político – expresso pelos princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social – apontam para a necessidade de ampliação do olhar sobre o campo da Saúde e da noção de cuidado, que precisa ser pensada como uma construção coletiva.

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) emergem como política de formação de trabalhadores para o SUS em 2003, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o intuito de interferir nos processos de formação dos profissionais de saúde que operam o funcionamento do SUS.

É uma proposta ambiciosa, pois exige o enfrentamento de muitos instituídos na formação em saúde no Brasil. Alguns deles – como a hierarquia do saber médico sobre os demais atores no campo da Saúde, a superioridade da atenção hospitalar sobre outras estruturas de cuidado de nível ambulatorial

³⁴ Este texto deriva da tese de Doutorado intitulada Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS, de Vera L. Pasini, sob orientação da Profa. Dra. Neuza M.F. Guareschi. A produção da referida Tese contou com o apoio do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), através da Política de Liberação para Cursos de Pós-Graduação.

e comunitário – estão constituídos há séculos como verdades e, portanto, são de difícil enfrentamento. Os profissionais de saúde ainda são formados por uma tradição médico-hegemônica que produz efeitos sobre as relações cotidianas nos serviços de saúde, tanto do ponto de vista do trabalho em equipe como das relações com os usuários.

As RMS pretendem produzir mudanças estruturais nas formas de os trabalhadores em saúde conceberem o processo saúde-doença e o cuidado em saúde, de modo a contribuírem efetivamente com transformações há muito desejadas e que encontram, na constituição do SUS no Brasil, um terreno muito fértil para se efetivar.

Assim, colocam em ação uma proposta de formação que pretende produzir *abalos* nos territórios vigentes e abertura para novas composições que problematizem os saberes e as práticas, mesmo que isto signifique inicialmente o enfrentamento de alguns poderes e lógicas instituídas e, portanto, aceitas como verdades inquestionáveis.

Sobre as racionalidades que atravessam o campo da Saúde

A proposta do SUS e a sua identificação com o paradigma da Saúde Coletiva é fruto de um movimento composto por diversas vozes e conquistado a partir de muitas disputas para garantir sua institucionalização em 1990 e sua implantação efetiva ao longo dos últimos 20 anos.

Muitas das dificuldades enfrentadas ao longo deste caminho são efeitos da racionalidade vigente no campo da Saúde, que se vê enfrentada pelo caráter de novidade que a proposta do SUS coloca em cena.

Não pretendemos fazer uma extensa discussão paradigmática, mas consideramos importante apontar alguns elementos que orientam a constituição de uma determinada racionalidade presente no campo da Saúde, que afeta os modos como produzimos nosso pensamento e nossas práticas de atenção e de formação de trabalhadores em saúde na atualidade.

A racionalidade de que falamos é a que orienta o pensamento moderno e que é constituída na revolução científica ocorrida no século XVI, época de profundas transformações na visão de mundo do homem ocidental, marcada pela paixão pelas descobertas. Nos dois séculos seguintes, este pensamento desenvolve-se nas Ciências Naturais e, no século XIX, estende-se

às Ciências Sociais emergentes (Santos, 2009), dando sustentação ao avanço do capitalismo no mundo contemporâneo, através de supostos princípios de liberdade e igualdade que produziram a concepção moderna de indivíduo.

Tendo em Descartes seu maior expoente, a racionalidade científica impõe a desconfiança sistemática das evidências decorrentes de nossa experiência imediata, considerada conhecimento vulgar e ilusório. O princípio da razão pura coloca-se como a única forma de organizar toda a experiência humana. Neste sentido, propõe a separação total entre a natureza e o ser humano, que passa a ser entendido como agente capaz de conhecer a natureza para dominá-la e controlá-la, através de instrumentos matemáticos de investigação, sem levar em consideração todos os outros elementos decorrentes da história, do lugar onde vivemos ou dos processos culturais nos quais estamos inseridos.

Sendo um modelo global, a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas. (Santos, 2009, p. 21)

Decorrem desta concepção duas características fundamentais do conhecimento: quantificação e divisão. Todo conhecimento não-quantificável torna-se, assim, irrelevante para a ciência que, assentada na redução da complexidade, precisa dividir e classificar para determinar as relações sistemáticas entre o que foi separado.

Este conhecimento científico, pretensamente “neuro” – pois produzido através de práticas controladas, que não levam em consideração os elementos históricos, sociais e culturais – se faz a partir do controle de variáveis em laboratório, ou seja, pressupõe uma prática sobre seu objeto. O experimental emerge como um dispositivo político capaz de separar o *verdadeiro* do *falso*, ao pressupor o controle como única possibilidade de representar *legitimamente* os objetos, fenômenos, sujeitos (Kastrup; Barros, 2009).

Com a consagração dos pressupostos científicos modernos, passamos a naturalizar a explicação do real, “a ponto de não podermos conceber senão nos termos por ela pressupostos” (Santos, 2009, p. 84).

No campo da Saúde, este paradigma produz seus efeitos sobre o pensamento médico, nos séculos XVIII e XIX, alicerçando os conceitos da *Medicina Científica*, que concebe o corpo humano como uma máquina, estudada em seus modos de funcionamento, e orientando seus procedimentos para o ajuste dos eventuais *defeitos* que possam ocorrer com a mesma.

As noções de saúde e doença daí decorrentes também são fragmentadas, assim como as noções de corpo e mente, que passam a ser vistas como independentes e não articuladas na gênese dos *distúrbios* do funcionamento da máquina humana. A concentração nas partes do corpo tira o foco da Medicina moderna do ser humano como um todo, que envolve a interação de aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais, conferindo-lhe complexidade.

Este é o modelo conhecido como *biomédico* que, apesar de em crise na contemporaneidade, segue vigente e orientando tanto as ações da Medicina como das diferentes profissões que se encontram trabalhando no campo da Saúde.

Aprendizagem e representação

Do mesmo modo como a racionalidade moderna apresenta seus efeitos sobre nossas concepções de saúde e as ações decorrentes desta, também afeta as noções de trabalho moderno e de cultura moderna, e estende suas formulações sobre os pressupostos que orientam os processos de ensino/aprendizagem. Se conhecimento relevante passa a ser aquele que é passível de ser medido – oferecendo alguma utilidade prática, mais do que compreender algo –, o que importa é a capacidade dada pelo conhecimento de dominar e transformar uma suposta *realidade*.

Uma das formas com que isso se visibiliza no campo da aprendizagem é a proposição de que a repetição do mesmo produz conhecimento. Podemos reconhecer esta consigna nos diferentes procedimentos que visam a *decorar* fórmulas e conteúdos, posteriormente cobrados em provas e exames teóricos ou práticos, presentes em nossas experiências como alunos e professores.

Esta maneira de conceber a aprendizagem está instituída nos processos orientados pela lógica da representação. Nela, *ensinar* é sinônimo de transmitir conhecimento, tendo na linguagem o código transparente e neutro capaz de representar as coisas do mundo; e *aprender* significa repetir

o que alguém já “descobriu”, reproduzir experiências já feitas, estudar aquilo que já está estabelecido como regra, postulado, evidência, certeza (Elias; Axt, 2004). Esta concepção, marcada pelo modelo platônico de apropriação do mundo, toma o sujeito pensante como aquele submetido à lógica da representação.

Representação, etimologicamente, significa re-apresentação: “Repetições imperfeitas de uma essência primitiva, original; cópias moldadas em um mesmo modelo, com maior ou menor grau de fidedignidade” (Naffat Neto, 1991, p. 15). Como descreve Deleuze (2006, p. 15), o “primado da identidade, seja qual for a maneira pela qual esta é concebida, define o mundo da representação”.

Este princípio identitário carrega em si um processo disciplinar, já que o conhecimento, de acordo com esta lógica, avança conforme o estabelecimento de campos especializados que realizam um rigoroso processo de esquadramento dos objetos, de acordo com suas semelhanças e diferenças.

Santos (2009, p. 74) aponta que o conhecimento disciplinar tende a ser um *conhecimento disciplinado*, pois “segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas e reprimir os que as quiserem transpor”. Podemos dizer, assim, que, de acordo com este fundamento, ao se buscar disciplinar a *realidade* excluindo toda a multiplicidade possível, também se desconsidera o acaso e o devir presentes nas situações vividas.

Naturaliza-se a possibilidade de *formar* sujeitos conforme padrões estabelecidos e que ofereçam respostas já conhecidas para as situações que costumam se apresentar como problemas, não se abrindo perspectivas de invenção de alternativas. Mesmo que nunca tenhamos nos colocado a pensar sobre elas, “só vê do futuro aquilo em que ele repete o presente” (Santos, 2009, p. 66).

Considerando que visualizamos muitos processos de ensino/aprendizagem na atualidade em consonância com este modo de pensar, baseados na ideia de que ensinar é transmitir/inculcar e que aprender é reconhecer, reforçamos o exposto por Deleuze (1987, p. 27) de que “ao aprofundamento dos encontros, preferimos a facilidade das recognições”.

Segundo Elias e Axt (2004), a crítica de Deleuze e Guattari em relação a esta premissa é de que isto impediria pensar o mundo como invenção maquínica social, pois “colar a palavra à coisa constitui uma crença de um tipo de pensamento que se expressa por uma visão do mundo como representação” (p. 20)

Deleuze (2006) empreende um esforço de crítica a este tipo de pensamento designado de *representação*, buscando constituir uma filosofia da *diferença*. Para Deleuze, a crítica à representação e a construção de uma filosofia da diferença são duas faces de um mesmo movimento de pensamento, pois, para ele, a crítica e a clínica são indissociáveis.

Assim, segundo Deleuze (2006, p. 365), “enquanto a diferença é submetida às exigências da representação, ela não é nem pode ser pensada em si mesma”, pois fica impedida de manifestar-se como produtiva, só podendo tornar-se pensável quando domada/submetida à lógica da representação.

O poder de produzir diferença, então, está relacionado ao rompimento da representação clássica, que se sustenta em três teses básicas, que refletem “o ideal moral da razão e da própria filosofia como ‘ciência’ do pensamento” (Schöpke, 2004, p. 26). Estes postulados, facilmente reconhecíveis em Descartes, são os seguintes: o pensamento se exerce “naturalmente”; é necessária uma prática ascética que impeça o exercício de forças avessas ou estranhas ao pensamento e ao seu perfeito e natural funcionamento; e é necessário um método que nos conduza ao conhecimento pleno da verdade (Schöpke, 2004).

Logo, a diferença fica impedida de manifestar-se como produtiva. “Ela só pode se tornar pensável quando domada, isto é, submetida ao quádruplo câmbio da representação: a identidade no conceito; a oposição no predicado; a analogia no juízo; a semelhança na percepção” (Deleuze, 2006, p. 365).

O primeiro postulado analisado por Deleuze (2006) refere-se ao *Cogitatio natura universalis*, ou seja, o princípio que apresenta o pensamento como exercício natural de uma faculdade e pressupõe um pensamento natural que está afinado com o verdadeiro “sob uma *boa vontade do pensador* e uma *natureza reta do pensamento* (p. 192, grifos do autor).

Partindo do pressuposto de que *todo mundo sabe, ninguém pode negar*, pouco importa, afirma Deleuze (2006, p. 192), “que a filosofia

comece pelo objeto ou pelo sujeito, pelo ser ou pelo ente”, pois “enquanto o pensamento continuar submetido a essa imagem que já prejudica tudo, tanto a distribuição do objeto e do sujeito quanto do ser ou do ente”, continuará sendo uma imagem moral do pensamento. Assim, pretender remanejar a doutrina da verdade será em vão se não forem revistos os postulados que “projetam esta imagem deformadora do pensamento” (p. 193).

Em relação ao segundo pressuposto, Deleuze (2006) coloca que, na imagem do pensamento, o bom senso e o senso comum – *duas metades da doxa* –, além de naturais, se apresentam como determinando o pensamento puro e apresentando-o como uma potência compartilhada por todos os homens de modo natural. Este postulado é contestado pelo autor, ao afirmar que “os homens pensam raramente e o fazem mais sob um choque do que no êlã de um gosto” (p. 193-194).

É a partir deste ideal do senso comum que Deleuze (2006) apresenta o terceiro postulado da imagem do pensamento: o modelo da reconhecimento. A reconhecimento é definida “pelo exercício concordante de todas as faculdades sobre um objeto suposto como sendo o mesmo: é o mesmo objeto que pode ser visto, tocado, lembrado, imaginado, concebido” (p. 194). Assim, um objeto é reconhecido quando todas as faculdades conjuntamente o identificam como idêntico, conferindo-lhe uma identidade de objeto.

“Em Kant, assim como em Descartes, é a identidade do Eu no *Eu penso* que funda a concordância de todas as faculdades e seu acordo na forma de um objeto suposto como sendo o Mesmo” (Deleuze, 2006, p. 195).

Em relação à reconhecimento, Deleuze (2006, p. 197) faz duas considerações importantes. A primeira é de que evidentemente “os atos de reconhecimento existem e ocupam grande parte de nossa vida cotidiana: é uma mesa, é uma maçã, é o pedaço de cera”. Por outro lado, pergunta nosso intercessor: “quem pode acreditar que o destino do pensamento se joga aí e que pensemos quando reconhecemos?” (p. 197).

A segunda consideração de Deleuze (2006, p. 197) é de que “a reconhecimento só é significativa como modelo especulativo, mas deixa de sê-lo nos fins a que ela serve e aos quais nos leva. O reconhecido é um objeto, mas também valores sobre o objeto”. Então, se a reconhecimento tem sua finalidade prática nos *valores estabelecidos*, “é toda a imagem do pensamento como *cogitatio natura* que, sob este modelo, dá testemunho de uma inquietante

complacência” (p. 197), afinal, “que é um pensamento que não faz mal a ninguém, nem àquele que pensa, nem aos outros” (p. 198).

Estes três postulados supõem “um pensamento naturalmente reto, de um senso comum natural de direito de uma reconhecimento como modelo transcendental, [que] só pode construir um ideal de ortodoxia” (Deleuze, 2006, p. 196), o que nos encaminha ao quarto postulado: o elemento da representação.

Quando Deleuze (2006) coloca, como referimos anteriormente, que a representação se configura por identidade no conceito, oposição no predicado, analogia no juízo e semelhança na percepção, está apontando que cada elemento solicita uma faculdade em particular, mas também se estabelece de uma faculdade a outra através de um senso comum. O *Eu penso*, como princípio geral da representação, garante a unidade de todas as faculdades, submetendo o pensamento à repetição do mesmo, e impede a diferença de ser pensada em si mesma, pois “só pode ser pensado como diferente o que é idêntico, semelhante, análogo e oposto” (p. 201).

Em *Diferença e Repetição*, Deleuze (2006) alerta-nos para a existência de uma imagem do pensamento que é *pré-filosófica e natural*, considerada a partir do senso comum. Esta imagem do pensamento, afim com o verdadeiro, pressupõe que nós não precisamos fazer para pensar; basta nos abirmos aos problemas, e as soluções aparecerão, livre e espontaneamente. É a isso que o autor chama de *imagem moral* ou *dogmática* do pensamento.

A crítica de Deleuze e Guattari (1995) refere-se à crença no objetivismo e no subjetivismo presentes na representação. Podemos tomar como exemplo de como esta lógica se reproduz, a divisão, nos currículos escolares, entre as Ciências Exatas e as Ciências Humanas, na qual as primeiras correspondem às ciências verdadeiras, e as segundas às ciências falsas.

Em contraponto a esta ideia, os autores propõem os conceitos de *agenciamento maquínico do desejo*, que remete à construção cultural/social dos significados expressos pela linguagem, e de *agenciamento coletivo de enunciação*, que aponta para a enunciação como uma forma individuada, prisioneira das significações dominantes (Deleuze; Guattari, 1995).

Sendo o mundo *produção maquínica*, a linguagem produz as coisas ao mesmo tempo em que por elas é produzida. Esta premissa tem efeitos significativos sobre os processos de ensino/aprendizagem, pois aciona a

produção de *diferença* que, por sua natureza anárquica e subversiva, torna-se uma inimiga da imagem dogmática do pensamento, perturbando a ordem estabelecida. Assim, o desejo dos autores, apontado por Schöpke (2004), é que a *diferença* se liberte das antigas malhas da representação – “que tende a transformá-la em um puro conceito do entendimento, uma forma vazia, sem qualquer vínculo com suas múltiplas manifestações” (p. 23).

Por isso, Deleuze (apud Schöpke, 2004) defende a não-dissociação entre um saber teórico e uma prática efetiva, tendo em vista que o discurso já é uma prática. “Trata-se da defesa de um discurso que fortaleça a existência e de uma vida que fortaleça o discurso” (p. 28), de modos de vida que inspirem modos de pensar e modos de pensar que inspirem maneiras de viver.

Esta é a discussão produzida entre Deleuze e Foucault em *Os Intelectuais e o Poder* (Foucault, 1979, p. 71):

Gilles Deleuze: (...) As relações teoria-prática são muito mais parciais e fragmentárias. Por um lado, uma teoria é sempre local, relativa a um pequeno domínio e pode se aplicar a um outro domínio, mais ou menos afastado. A relação de aplicação nunca é de semelhança. (...) A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra, e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro, e é preciso a prática para atravessar o muro.

M.F.: (...) É por isso que a teoria não expressará, não traduzirá, não aplicará uma prática; ela é uma prática. Mas local e regional, como você diz: não totalizadora. (p. 69-70)

É também neste contexto que Deleuze afirma que uma teoria é sempre uma caixa de ferramentas; “é preciso que sirva, é preciso que funcione” (Foucault, 1979, p. 71). O autor aponta que é preciso que as pessoas utilizem os livros de acordo com o proposto por Proust: “como óculos dirigidos para fora e, se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate” (Foucault, 1979, p. 71).

Neste sentido, o pensamento não pode ser considerado dado *a priori*, mas deve efetuar-se como *máquina de guerra* (Deleuze, 1997) capaz

de produzir modos de existência singulares que rompem com as práticas sociais vigentes, inspirando novas formas de pensar e viver.

Colocar o pensamento em relação imediata com o fora, com as forças do fora, em suma, fazer do pensamento uma máquina de guerra, é um empreendimento estranho cujos procedimentos precisos pode-se estudar em Nietzsche (o aforismo, por exemplo, é muito diferente da máxima, pois uma máxima, na república das letras, é como um ato orgânico de Estado ou um juízo soberano, mas um aforismo sempre espera seu sentido de uma nova força exterior, de uma última força que deve conquistá-lo ou subjugá-lo, utilizá-lo). (Deleuze, 1997, p. 38)

Esta tarefa não é nada fácil se pensarmos nos modos como estamos acostumados a configurar nossas práticas de ensino/aprendizagem, pautadas na lógica da re-cognição. Pensar o pensamento como exterior a si mesmo,

não é de modo algum uma *outra imagem* que se oporia à imagem inspirada no aparelho de Estado. Ao contrário, é a força que destrói a imagem e suas cópias, o modelo e suas reproduções, toda possibilidade de subordinar o pensamento a um modelo do Verdadeiro, do Justo ou do Direito (o verdadeiro cartesiano, o justo kantiano, o direito hegeliano, etc). (Deleuze, 1997, p. 39, grifos do autor)

Por isso, a *perda de tempo* é um fator importante no processo do aprender (Deleuze, 1997). Não se trata de repetição enfadonha de tarefas até sua “completa” assimilação, mas sim, da exigência de um exercício de pensamento no qual estão envolvidos “pressupostos implícitos, subjetivos, pré-conceituais, que traçam um plano de consistência (ou de imanência) no movimento de fabricação do mundo” (Elias; Axt, 2004, p. 19-20).

Felizmente, não existem apenas concepções dos processos de aprendizagem que os entendem como transmissão de informações/conhecimentos e que se articulam a uma concepção naturalizada de linguagem, entendida como código transparente e neutro capaz de representar as coisas

do mundo. Outras concepções entendem a aprendizagem como construção/desconstrução, tendo como correlato uma concepção de linguagem como produção de mundo, de natureza polissêmica (Elias; Axt, 2004).

A contemporaneidade tem colocado em questão muitos dos referenciais que anteriormente fundamentavam os processos pedagógicos, agregando a dimensão do sentido/acontecimento às funções da linguagem, ampliando suas clássicas dimensões de manifestação, designação e significação, e problematizando os modos como as escolas têm investido no processo ensino/aprendizagem.

A instabilidade, a desordem, a multiplicidade, as diferentes condições de verdade, nos convocam a outros modos de ver, sentir, agir, olhar, pensar. Também o movimento do aprender vem sendo questionado. O que significa aprender quando já não se acredita mais na existência de uma verdade única, quando se questiona o papel da rememoração, da possibilidade de transmissão direta de conhecimentos/informações, do suposto controle do movimento do aprender por parte do professor (e também do aluno)? (Elias; Axt, 2004, p. 17)

É sobre outras maneiras de pensar os processos ensino/aprendizagem que passamos a tratar a seguir.

A aprendizagem como capacidade de invenção de problemas

Em seus estudos sobre os modos como a Psicologia tem tomado a questão da cognição desde a modernidade, Kastrup (2005, 2007a, 2007b) examina algumas implicações para o campo da Educação do que chama de políticas cognitivas, apresentando a distinção entre duas políticas: a política da reconhecimento e a política da invenção – que posteriormente irá designar *política cognitiva realista* e *política cognitiva construtivista* (Kastrup, 2007a). A partir de uma discussão sobre estas diferentes formas de conceber os processos cognitivos, a autora apresenta suas contribuições para discussão do conceito de *aprendizagem inventiva*.

Em sua Tese de Doutorado, Kastrup (2007a, p. 15) aponta que inexistem na história da Psicologia estudos que levem em consideração “uma

psicologia da invenção no domínio de estudos da cognição”, afirmando que “há necessidade de explorar as condições de sua formulação” (p. 15).

Kastrup (2007a) mostra que a ciência moderna efetuou seu desenvolvimento apoiada somente na analítica da verdade. Sustenta que é através da problematização dos pressupostos filosóficos e epistemológicos que regem os estudos da cognição até o momento, que se abre a possibilidade de mudar a formulação do problema, permitindo a abertura para o estudo da invenção.

Através da análise do gestaltismo e da epistemologia genética, a autora procura demonstrar que estas se constituem em “diferentes versões de uma mesma regra para pensar a cognição” (Kastrup, 2007a, p. 24) que, tendo os pressupostos epistemológicos da representação e a busca de reconhecimento científico em invariantes formais, exclui de suas formulações teóricas a questão do tempo em sua função criadora.

O gestaltismo, ao definir o pensamento produtivo como solução de problemas e ao apoiar sua investigação da cognição no pressuposto da invariância da forma e de suas leis, acaba por enquadrar a invenção na ordem da repetição, da necessidade e da previsibilidade (...). O trabalho de Jean Piaget, que configura um construtivismo de caminho necessário, transforma a questão da invenção num problema de desenvolvimento cognitivo. (Kastrup, 2007a, p. 24)

Kastrup (2007a, p. 24) refere que “o modelo do equilíbrio aparece como o principal obstáculo para a genuína formulação do problema da invenção cognitiva, que deve comportar necessariamente o reconhecimento de sua imprevisibilidade”.

Explorando em sua investigação a intersecção entre o tempo e a cognição, Kastrup (2007a) toma como intercessores a Física de Ilya Prigogine, a Filosofia de Henri Bergson, a História da Filosofia de Nietzsche, Heidegger, Deleuze e Guattari e Isabelle Stengers, além de aspectos da Biologia da cognição de Humberto Maturana e Francisco Varela, para demonstrar que a inclusão desses elementos pode ampliar o conceito de cognição, incluindo a invenção nos processos de aprendizagem.

O conceito de invenção é tomado pela autora a partir da origem etimológica latina *invenire*, “encontrar relíquias ou restos arqueológicos”

(Kastrup, 2007a, p. 27), ressaltando que a invenção não significa uma iluminação súbita, mas “implica uma duração, um trabalho com restos, uma preparação que ocorre no avesso das formas visíveis”, “implica o tempo”, “ela não é corte, mas composição e recomposição incessante” (p. 27). Tomado deste modo, o que está em questão nos processos cognitivos não é a solução de problemas, mas sua invenção.

A autora esclarece que invenção aqui não quer dizer criatividade. Pondera que o termo criatividade está ligado à capacidade de produzir soluções originais para os problemas, enquanto invenção vincula-se à filosofia deleuziana e se refere à capacidade de invenção de problemas.

Fazer a invenção de um problema significa recusar a invariância das condições de possibilidade da cognição e reconhecer seu caráter temporal e de diferenciação interna. A invenção é uma potência que a cognição tem de diferir de si mesma (...). Colocando o problema da cognição a partir da invenção, falaremos, então, de uma percepção inventiva, de uma memória inventiva, de uma linguagem inventiva (...) de uma aprendizagem inventiva (...). O sujeito, bem como o objeto, são efeitos, resultados do processo de invenção. (Kastrup, 2005, p. 1274-1275)

Ao tomar sujeito e objeto como pólos presentes *a priori* no processo de conhecer, a sociedade moderna preocupa-se com a busca de leis e princípios invariantes como condição para o funcionamento do processo de conhecimento, e pauta-se pela lógica da representação, entendendo a cognição como processamento de informação (Kastrup, 2005). Assim, a concepção de aprendizagem inventiva interessa aos objetivos deste texto ao problematizar a forma como as RMS concebem as relações entre sujeito e objeto em seus processos de aprendizagem.

Entendemos que a reconfiguração dos modos de compreender os processos de ensino/aprendizagem no campo da Saúde se faz necessária, pois a emergência do SUS provoca a urgência de pensarmos em processos de formação que pressuponham não a lógica da reconhecimento, mas a perspectiva de uma aprendizagem inventiva que possibilite a produção de subjetividades abertas à diferença, à invenção.

O conceito de saúde expresso pelo SUS – tendo “como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, 1990) – coloca em questão a racionalidade biomédica, pois implica a mudança nos modos como se pensa a produção de saúde.

A proposta do SUS não é mais identificar sintomas e buscar soluções para o bom funcionamento do organismo. Amplia-se da identificação e cura de doenças como objeto da saúde para a promoção das condições de vida. Tendo a promoção de condições de vida como seu objetivo primeiro, estende para muito além de uma noção corpo-máquina, o olhar sobre um sujeito que está implicado no processo de produção de saúde, exigindo que outras disciplinas entrem em ação, além da Medicina, disciplinas estas, inclusive, muitas vezes não consideradas como pertencentes ao campo da Saúde, como as ligadas à Educação e às Artes, por exemplo.

Da mesma maneira, ações de saúde abrangem promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação da saúde e a humanização do atendimento nos serviços, pondo em funcionamento outras formas de produção do cuidado, pouco reconhecidas como *verdadeiras* pelos modos de conceber o conhecimento da racionalidade moderna.

Porém, qual a demanda que tem sido colocada pelas políticas em relação à formação dos profissionais de saúde para o SUS? Identificamos alguns objetivos considerados prioritários nestas formações: capacidade de crítica sobre a realidade social produtora de adoecimento, olhar ampliado sobre o cuidado em saúde – caracterizando a produção de uma *clínica ampliada* –, capacidade de trabalho em equipe, participação na produção das políticas públicas de saúde e disposição para o trabalho coletivo.

A experiência de uma das autoras como ex-residente de um programa de Estágio Especializado em Saúde Mental (desenvolvido no formato RMS) no final dos anos 1980 e como coordenadora da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), no período de 2005 a 2009, faz pensar que as propostas de formação multiprofissional têm pretendido estar atentas a esta demanda, oferecendo espaços que se constituem com potenciais produtores de processos de subjetivação abertos

a estes objetivos a partir do alinhamento com os princípios e as diretrizes do SUS, principalmente o da integralidade da atenção em saúde.

Contudo, a própria noção de *integralidade na saúde*, ao propor a ampliação do olhar sobre o sujeito ao qual se dirige essa ação integral, é ainda bastante capturada pela lógica da racionalidade científica da modernidade, que continua presente nas formas habituais de pensar e produzir cuidado em Saúde e o ensino nesta área.

O efeito desta captura sobre o cuidado é a produção de um suposto *sujeito da integralidade*, para o qual se dirigem as práticas; e sobre os processos de formação, é de que os mesmos possam dar conta de formar um profissional pronto a atender às necessidades deste suposto *sujeito da integralidade*.

Assim, corre-se o risco de que as RMS sejam tomadas como um *modelo* com o qual se poderia, usando métodos apropriados, chegar a um resultado previamente estabelecido, como se a integralidade fosse algo à espera de ser alcançado a partir do uso correto de determinados procedimentos no trabalho em saúde.

Tomar Kastrup (2005, 2007a, 2007b) como intercessora ajuda-nos a problematizar os modos como temos pensado os processos de aprendizagem nas propostas de RMS e a produção de subjetividade que decorre dos mesmos. Ao propormos a aprendizagem como a capacidade de inventar problemas, propõe-se também a indissociabilidade e reciprocidade entre os processos de aprendizagem e de invenção de si e do mundo, pois a abertura para uma política da invenção nos processos de aprendizagem inclui a experiência de problematizar e de inventar problemas, produzindo abertura para a *diferença*, para um “dever-outro” (Kastrup, 2005, p. 1276), para a invenção de novos modos de ser e fazer em saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde*, 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

DELEUZE, Gilles. *Proust e os signos*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

DELEUZE, Gilles. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34, 1997.

DELEUZE, Gilles. *Diferença e repetição*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

ELIAS, Carime Rossi; AXT, Margarete. Quando aprender é perder tempo... compondo relações entre linguagem, aprendizagem e sentido. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 17-28, 2004.

FOUCAULT, Michel. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. 69-78.

KASTRUP, Virgínia. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devirmestre. *Educação & Sociedade*, Campinas, SP, v. 26, n. 93, p. 1273-1288, set./dez. 2005.

KASTRUP, Virgínia. *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007a.

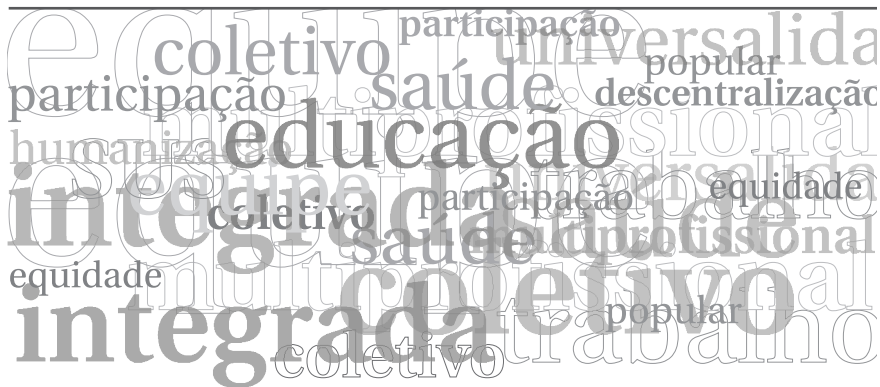
KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2007b.

KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina Benevides. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). (2009). *Pistas do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 76-91.

NAFFAT NETO, Alfredo. *O inconsciente como potência subversiva*. São Paulo: Escuta, 1991.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Um discurso sobre as ciências*. 6. ed. São Paulo: Cortês, 2009.

SCHÖPKE, Regina. *Por uma filosofia da diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade*. Rio de Janeiro: Contraponto/São Paulo: Edusp, 2004.



O QUE É DEMANDADO COMO INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE?

Roberto Henrique Amorim de Medeiros

Um residente médico pergunta, em plena aula do Seminário de Campo de sua Residência³⁵, em que se debatia a *escuta* como ferramenta-conceito-técnica essencial para o cuidado integral dos pacientes, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)³⁶: “Afinal, estamos aprendendo na Residência essa *escuta*?”.

A pertinência da questão parece indiscutível. Mas como se *ensinaprende*³⁷ a *escuta*? Aquela que é diferente da *ausculta*, que busca a identificação de sinais, a conceitos predeterminados com vistas a um diagnóstico interpretativo, semiológico, por que não dizer, diagnóstico por imagem? Como se *escuta*, afinal, o colega, o paciente, o outro? No momento

³⁵ Aula teórico-prática, também conhecida nos Programas de Residência Integrada em Saúde e em Medicina de Família e Comunidade como Currículo Integrado (CI), da qual participam residentes de todas as categorias profissionais da ênfase em Saúde da Família e Comunidade (SFC). Para mais detalhes, reportar-se ao capítulo intitulado *O Currículo Integrado como Estratégia de Formação Teórica em Atenção Primária à Saúde para Residentes dos Programas de Saúde da Família e Comunidade*, neste livro.

³⁶ Conjunto de valores, princípios e diretrizes que organiza todas as ações dentro de um sistema de saúde, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

³⁷ Termo que produz para evidenciar o elemento de simultaneidade e o caráter dialético deste fenômeno que se dá na relação entre as posições daquele que ensina e daquele que aprende.

de sua enunciação, a pergunta do residente parece ter tocado no desejo dos demais:

- Na graduação não se aprende essa *qualificação!* – disse outra médica, sua colega.
- Precisa de uma *técnica* qualificada! – arriscou uma assistente social.
- Após atender o paciente por dez vezes, só vou ficar fazendo *cara de paisagem* e não dizer nada?! – exclamou uma dentista.

A pergunta do residente médico acabara por instaurar naquele encontro uma hesitação reveladora: estávamos diante de um pedido de formação peculiar e de um conteúdo de difícil *ensinaprendizagem*.

Mesmo no mundo do ensino técnico ou acadêmico em que as aulas, os seminários, as práticas de laboratório e os exames teóricos supostamente deveriam ser eficazes para todas as aprendizagens que ali devem ocorrer, existem alguns temas que parecem resistir ao arsenal pedagógico disponível. Por que isso ocorre? Para tomarmos apenas um recorte do universo das possibilidades de aprendizagem, pergunta-se: Por que parece que não é da mesma forma que aprendemos a dominar temas como a trigonometria, a gramática, a divisão celular, o ciclo das chuvas ou a economia mundial no pós-guerra, em comparação a coisas como produzir uma obra de arte, jogar futebol, ser vendedor, trabalhar em equipe, fazer bons vínculos de amizade ou alianças de trabalho?

Um olhar apressado ao problema poderia concluir que se trata de uma questão de teoria para o primeiro grupo de habilidades, e de prática para o segundo. Lançando mão do senso comum, com rapidez dir-se-ia que as primeiras coisas são aquelas que se aprendem na escola, e as outras, *só nascendo com elas* – ou para elas. Não esqueçamos, entretanto, que atualmente se encontram com facilidade escolas ou cursos para supostamente ensinar cada uma das competências do segundo grupo citado. Como deixar de observar, com curiosidade, que muitas dessas mesmas habilidades são reivindicadas como necessárias para certas ocupações que demandam o diploma universitário? Inclusive para a que nos concerne neste trabalho: a do profissional em Saúde.

Experimentemos ainda outro ângulo. Enxergar e escutar, salvo algum problema, são potencialidades do corpo biológico. Nascemos com elas. Ao mesmo tempo, são elementos necessários para ler e escrever; ambas,

competências que se aprendem e ensinam-se na escola. Porém, nem todos os que leem compreendem o texto, nem todos os que escrevem conseguem produzir algum. Dando um passo adiante, perguntemos de que modo se aprende a ler como leitor, escrever como escritor ou, em caso semelhante, escutar como gostaria aquele residente?

Se a questão se encerrasse com a análise feita a partir dos argumentos interpretativos ou de senso comum, acima, teríamos de assumir que o diploma de formação acadêmica atesta apenas o nível teórico do futuro profissional ou, talvez, que ele seja alguém que suficientemente tenha praticado os conceitos da ciência ou do ofício ao qual se vinculou. E assim o é, em verdade. Se continuarmos satisfeitos com a conclusão a partir do *bom senso comum*³⁸ das posições concordantes anteriores – nas quais, por decorrência, está plasmada a ideia tacitamente aceita de que somente alguns *nascem para a coisa* ou vão poder, de alguma sorte, desenvolver as competências excelentes no decorrer da vida profissional –, mesmo a distinção acadêmica atestaria um diploma de mediocridade.

Costuma-se concordar que a organização curricular, o estabelecimento de cenários adequados a cada ênfase nos quais transcorrerão as práticas em equipe e a determinação de alguma porcentagem de horas-aula em que ocorra alguma transmissão do conhecimento acumulado nos núcleos e no campo da Saúde sejam os elementos necessários para que haja formação especializada por intermédio da Residência, para atingir o que se espera atualmente como capacidade do profissional para o trabalho em saúde. Entretanto, os projetos das Residências – materializações de uma ampla discussão de reorientação dos objetivos da formação de profissionais em saúde no Brasil (Pinheiro; Ceccim; Mattos, 2006) – costumam preconizar a necessidade de formar profissionais que reconheçam as especificidades técnicas de sua profissão, mas, sobretudo, que reconheçam e assumam, como elementos importantes em suas práticas, as subjetividades que compõem as equipes de trabalho e os usuários dos

³⁸ As expressões compostas de “bom senso” e “senso comum” servem para evidenciar uma espécie de cinismo na atitude aceita tacitamente no meio científico que, em certos casos e sem outros argumentos, recomenda o uso do “bom senso” como atitude válida ao cientista, ao mesmo tempo em que recrimina o “senso comum” como fato não-confiável por não ser científico. O bom senso é o senso comum em determinado campo hegemônico.

serviços (Brasil, 2009)³⁹. Além disso, que esses profissionais tenham a capacidade de proceder em seu ato de cuidado em saúde segundo os princípios da integralidade e da humanização, com criatividade e comunicabilidade, e reflexão crítica que os levaria a indagarem-se acerca da repercussão desse ato sobre os serviços e as pessoas.

Aprender certa especificidade de coisas parece implicar que algo se inscreva no próprio corpo do sujeito, mais do que em sua mente. No exemplo da aprendizagem da escuta, para ouvir, é necessário apenas a funcionalidade do órgão auditivo do corpo; mas, para desenvolver a escuta essencial ao cuidado integral da saúde dos sujeitos que a reivindicam, assumindo sua alteridade e singularidade, é preciso que se inscreva outra potencialidade nesse ouvido e nesse sujeito da formação em saúde. A inscrição, portanto, é no corpo, e tem efeitos na subjetividade. Não se assemelha ao processo de gravação mental, como na memorização. É distinto inclusive do costume, do acomodar da tarefa que molda o corpo para sua melhor realização. Não se trata de memória nem de assimilação e acomodação.

O implante de conhecimentos, os mais diversos, nas redes neuronais, os quais resultam em uma aprendizagem instantânea de qualquer atividade física ou intelectual aparece como possibilidade no filme *Matrix* (1999), o que talvez indique um ideal contemporâneo no campo das aprendizagens. Considerando o fato de uma ficção guardar sempre um *fio de Ariadne* que a liga ao Real⁴⁰, visto que se estrutura a partir dele, não parece à toa a ideia criativa dos autores de *Matrix*, na medida em que o paradigma de ensino e formação do sujeito moderno sustenta-se na acumulação de conhecimentos, amplifica-se pela demanda do mercado de trabalho e equivoca-se por valorizar a quantidade da informação, tomando-a como índice da competência de seu portador. Levando em consideração com seriedade as exigências ao novo profissional em saúde para cumprir as promessas do Sistema Único

³⁹ Reconhecer subjetividades, por exemplo, implica considerar o ser humano em sua globalidade, alteridade e condição de sujeito de sua própria história. Para tal reconhecimento, parece indispensável que o Residente possa, mediante sua experiência de formação, construir o reconhecimento de sua própria subjetividade: o seu desejo pela formação que escolheu. Em quais espaços projetados para a formação em uma Residência isso pode advir e ser trabalhado?

⁴⁰ A letra maiúscula indica a diferença desse termo em relação às realidades. O Real é um potencial. Sua indeterminação é que permite que o simbolizemos de alguma forma, para aprendê-lo. Uma ficção é a simbolização de um Real. O que concebemos como *realidade* pode sempre ser desmascarada, afinal, em sua estrutura de ficção.

de Saúde (SUS) à população, paradoxalmente se é levado a concluir que a formação excelente parece demandar muito mais os processos de construção de saberes do que de conhecimentos.

No campo dos desafios da formação para o profissional em saúde, restam uma proposta e uma questão. A *proposta* é lançada a todo candidato à formação por meio da Residência Multiprofissional em Saúde: enfrentar um percurso a ser realizado em dois anos que o convida a empenhar-se em uma travessia por territórios singulares, feita de encontros e desencontros e acompanhada por um grupo chamado *equipe*. Durante essa trajetória, ocorrem as mais variadas e ricas situações das quais ele pode participar ativamente ou apenas presenciar os encontros fortuitos ou desafortunados. Essas situações são as que parecem ter o poder de engendrar uma construção de experiência que será decisiva na formação daquele que realmente aceitar o convite. Em seu tempo, a *questão* é lançada às instituições e seus profissionais responsáveis pela formação dos residentes: como estão pensando e tentando atingir aqueles propósitos essenciais que se escrevem nos projetos de formação em situação de Residência Multiprofissional?

* * *

Após ter reunido alguns argumentos que parecem construir um problema crucial no âmbito da formação desejada ao profissional em saúde por intermédio dos programas de Residência Multiprofissional, propõe-se, a partir de agora, encaminhar possibilidades de responder a essa convocação. Entretanto, quando se está confrontado por perguntas que lançam em seu contexto os fundamentos de uma problemática, quase nunca o melhor que se tem a fazer é tentar respondê-las de modo direto, sob pena de se incorrer em reducionismos, instrumentalismos ou mesmo julgamento simplório ou inocente. Nessas condições, a convocação ao encaminhamento de respostas poderá ser mais bem respondida pela escolha de uma forma expressiva, ao invés de interpretativa, que permita manter o potencial crítico e de produção de articulações que conduza ao desenvolvimento de reflexões e ações.

Portanto, proponho trabalhar as questões lançadas, tentando fazer trabalhar os elementos importantes da problemática colocada através de um *tríptico*⁴¹. Neste caso, o tríptico será constituído por três pequenos ensaios

⁴¹Tríptico é a denominação comum a um conjunto de três pinturas articuladas em uma mesma estrutura e que compõem, em seu conjunto, uma obra. Pode ser também uma mesma gravura dividida em três

com os quais se pretende abordar o problema da formação de profissionais para que se atinjam as novas expectativas e demandas do campo da Saúde e do SUS ao serem articulados e integrados no contexto amplo da vida das pessoas. Em cada uma de suas três partes, o tríptico abre possibilidades de reflexão e, tomadas em conjunto, expressa um painel que, espero, tenha potencial para encaminhar novas reflexões e ideias que inspirem o pensamento, os projetos e as práticas para a formação na Residência Multiprofissional em Saúde.

(1) É possível ensinar a integralidade da atenção no campo da Saúde? Há que perguntar por tal coisa, pois a palavra integralidade facilmente se faz presa da retórica. Mas, quantos dos que falam nela – e com ela – sabem do que estão falando, e qual é o justo lugar da integralidade nesse campo? Uma pergunta a mais: é da integralidade apenas o que se refere à atenção em saúde? Recorrendo ao texto constitucional que a incluiu no rol dos princípios e das diretrizes do SUS, encontramos, em sua única referência, o seguinte: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 2004). Parece que a resposta à última pergunta, na época, seria afirmativa, e seus efeitos prolongam-se até nossos dias, visto que o conceito segue sendo privilegiado no contexto da clínica holística, ampliada, na direção da cura. Entretanto, conceito que é, imagem diretriz a que corresponde, princípio que ordena e rege, a integralidade expande seus domínios em diversas direções no campo da Saúde e, quanto mais a ela se referem indiscriminadamente os discursos, mais serve e é servida nos registros da gestão, da participação cidadã e da formação. No caso desta última, chegou a adquirir a força e o *status* de política pública desde o ano de 2004, quando deveria passar a nortear o ensino da graduação dos cursos inscritos na área da Saúde (Brasil, 2004).

A lei e a política, bem-vindas em seus propósitos de interrogar uma naturalização da técnica curativa e especializada nas práticas em saúde

partes que integram uma única imagem. Escolhi o *tríptico* como forma para dar tratamento às questões levantadas com o propósito de tornar possível a abordagem da especificidade do problema proposto e, com isso, não simplificar a sua complexidade ao contar apenas com interpretações e identificações, o que empobreceria o potencial da questão. A expressividade alcançada por meio de um tríptico parece enriquecer a produção de ideias e novas articulações, na medida em que levamos em conta que a *forma* tem potencial de transmitir outros aspectos que transcendem e diferenciam-se da situação corriqueira em que se valoriza apenas o *conteúdo*.

de humanos, acabava por forçar uma reformulação atordoante no ensino acadêmico que, há mais de um século, está pouco acostumado a pensar o homem e sua formação de modo integral. Situação que sugere mais perguntas: há professores de integralidade nos cursos acadêmicos? O problema de como ensinar a integralidade fica, assim, retoricamente resolvido frente à resposta negativa a essa pergunta. Mas, por outro lado, há como estudar a teoria da integralidade? Há como ensinar alguma técnica assumidamente integral nos atos em saúde? Sim, é a resposta, e apaziguam-se os ânimos acadêmicos de graduação e pós-graduação que encontram seu caminho por esta via de ensino. Entretanto, não há apaziguamento possível no campo do trabalho, pois a solda entre a teoria e a técnica no registro da integralidade precisa ser constituída como um saber. A integralidade parece ser algo que se deve realizar mais como um saber moral do que como um objeto que se torna útil, quando instrumentalizado pela prática.

A integralidade pode ser bordejada; não parece poder ser transformada em objeto utilitário. A nenhum profissional da área da Saúde é possível gozar completamente do conhecimento sobre os pacientes, as famílias ou as comunidades, mas a integralidade pode apresentar-se, nesse caso, como causa de sua implicação no próprio ato de cuidado em saúde. E, na condição de elemento jamais alcançado plenamente, poderá sempre ser perseguida. Com alguma sorte, a integralidade também pode ser o elemento terceiro que, levado em séria consideração no processo de trabalho como um fim comum a todos, castra cada um dos saberes organizados por um campo restrito de conhecimento e os permite *transar*.

(2) **Barthes, semiólogo francês**, é daqueles autores que conseguem inspirar seus leitores a irem além daquilo que está escrito em seus textos. Portanto, o interesse por sua obra não se resume aos problemas da semiologia. Dentre as variadas e instigadoras características de seu modo de pensar e construir problemas, é recorrente em Barthes o procedimento de um vaivém entre a teoria e a prática. Em uma espécie de proximidade suficientemente distante, a exemplo de como Adorno (1985) define seu modo de proceder com o objeto de pesquisa, o movimento de vaivém parece constituir-se de uma parcimônia inteligente em que o avanço do conhecimento sobre o problema formulado transcende o nível de uma interpretação. A teoria deve desvendar o fenômeno prático, ou a prática é que deve ser sua comprovação?

As discussões acaloradas sobre esse enigma – familiar ao da precedência entre o ovo ou a galinha – costumam gerar a tomada de partido, ora pela teoria, ora pela prática, dependendo do campo em que a querela esteja sendo travada. Barthes, por sua vez, prefere colocar o sujeito do conhecimento em um lugar indecidível.

Cabe saber se o indecidível é um lugar suportável para os profissionais das Ciências da Saúde. Mattos (2006) defende que a última palavra sobre as necessidades em saúde de uma pessoa ou de um grupo deve ser do profissional que aplica um conhecimento, embora não o faça sem sugerir certa prudência. A precaução do autor, que defende ali um aspecto da medicalização⁴², tem evidente caráter político ao preocupar-se em não expropriar da tradição popular um saber sobre a saúde e a soberania da escolha do cidadão acerca de seu modo de vida, embora seja evidente que a prudência recomendada também aponte os limites do conhecimento científico. O movimento de vaivém – atenção flutuante que só ocorre quando se toma a escuta, e não quando se toma a palavra – entre o que se construiu de conhecimento ao longo da história e o que as apresentações do Real reatualizam em novos enigmas, situa a proposta de Barthes (2004) como uma das formas prudentes de proceder dentro do campo da Ciência, esta, arrimo de toda ação profissional institucionalizada. Resta construir seu hábito. O caráter político da prudência com que o profissional deve conduzir sua prática pode ser atingido por meio de uma simplificação, espera-se, não reducionista: o ensino da ciência acompanhado do ensino de formas de compartilhamento. A formação do profissional em saúde não prescinde da construção da habilidade de conseguir transmitir seu conhecimento em uma forma em que o cuidado em saúde possa beneficiar e ser compartilhado pelo cidadão ou por sua coletividade. Essa transmissão peculiar também parece ser a base da Educação em Saúde.

(3) **No jogo do xadrez** pode ocorrer uma situação peculiar em que um posicionamento extraordinário das peças impede que haja vencedores, mesmo com uma superioridade já bem estabelecida em favor de um dos exércitos. A referida posição denomina-se *zug-zwang* e acontece quando o rei, na obrigação de mover-se e não estando em xeque, só pode fazê-lo passando a

⁴² O autor procura pensar a medicalização como processo pelo qual a medicina invade a vida social, como em uma reflexão familiar às pesquisas foucaultianas, ao invés de tomá-lo restritivamente como o exagerado consumo de bens e serviços de saúde.

ocupar uma casa atacada por peça adversária, o que não é permitido na regra do jogo. Na situação de *zug-zwang* do rei, deve-se declarar a partida como empatada. Ou perdida, na medida em que produz dois perdedores: um perde de ganhar e o outro perde de perder e aprender algo com isso. Essa posição é uma expressão possível de um impossível contido na tarefa premonitória de preparação de cenários e escolha de conteúdos considerados importantes à construção desejável do conhecimento suposto como necessário aos profissionais em saúde durante sua formação. O questionamento que coloque em análise qualquer dessas escolhas revelará, inexoravelmente, posicionamentos ideológicos em cada uma delas. Os cenários e conteúdos previamente estipulados para a boa formação em saúde entram em *zug-zwang* ideológico no mesmo momento do ato de terem sido escolhidos. Como se o impossível da condição de imparcialidade não fosse o bastante – e não o é, pois sempre há um modo simbólico de tornar possível o impossível –, há ainda outro desafio na construção pedagógica para a formação integrada: como não homogeneizar os campos de conhecimento e suas práticas, ao mesmo tempo em que se consiga superar suas fragmentações? Em ambos os casos, trata-se de um passo que não pode ser dado sem o comprometimento com um tipo de discurso que adquire potencial de tornar-se hegemônico a partir do estabelecimento de sua escolha. A posição possível, nesses casos, seria a da imobilidade?

A inspiração acadêmica de um projeto de formação não permite escapar do elemento ideológico que reina momentaneamente em um programa de Residência como um todo ou dos vários elementos ideológicos concorrentes que o coabitam, cada qual em seus nichos específicos, criando zonas de resistência e de poder. Note-se que são esses elementos plurais que acabam compondo um *menu* de opções que, por sua vez, expõe e questiona o desejo dos residentes a respeito de sua formação.

Há um dispositivo de suporte para que uma ideologia se faça presente nos espaços de formação. Toda escolha pedagógica ou de conteúdos vem sempre acompanhada da parte estrutural do projeto chamada de *justificativa*. É ali que se encontram arranjos de argumentos de mesmo ideal, compondo um jargão que serve às mais variadas propostas, sejam educativas, políticas, gerenciais ou de serviços. Além disso, todo projeto de capacitação deve também prever e descrever as competências e habilidades

a serem desenvolvidas, bem como o instrumental pedagógico para atingir esses patamares de excelência. O conhecimento adquirido costuma assumir o papel de pedra de toque do final do processo de formação. A discrepância entre os objetivos e a proposta de como atingi-los nos projetos de capacitação é flagrante, na medida em que se leia com atenção o jargão do texto. Embora acrescentem em seu escopo, algumas vezes sob a denominação de competência e, em outras, sob a alcunha de habilidade, as características humanísticas e relacionais que devem acompanhar as tradicionais de adestramento teórico e técnico para a excelência na formação, os projetos propõem práticas curriculares que não podem realizar a obra.

As expectativas acerca das competências profissionais parecem já ter ultrapassado há muito o elogio do conhecimento técnico específico de cada profissão. A própria construção da demanda como prestação de bons serviços também implica o mesmo, pois se deseja que o profissional, além de bem informado e dotado de boa técnica, seja também atencioso, acolhedor, acessível, simpático. Esse pedido acaba, em certas áreas profissionais, provocando a perda do tom da parcimônia, e a vendedora da loja de vestuário mostra-se excessivamente presente ou, além de seduzir para a compra, aparenta estar seduzindo para o sexo. O clínico torna-se o amigo a quem se convida para as comemorações familiares, e o terapeuta é o confidente pessoal a quem se recorre a qualquer hora ou em cuja companhia se participa de eventos sociais. Abstraindo-se os equívocos do excesso, há uma necessidade evidente de transformação das relações do profissional em saúde com seus pacientes, em nome de uma retomada do que estamos chamando de aspecto humano nesses encontros⁴³. Os discursos da humanização e da prestação de serviços sedutores, de fidelização do cliente, impõem, em definitivo e cada qual a seu modo, argumentos de insuficiência às competências do profissional como portador apenas de conhecimentos técnicos e/ou científicos.

As demandas de formação do profissional do campo que aqui nos interessa implicam que a competência também esteja situada em aspectos que podem ser reunidos na expressão de potencialidades que permitem a abertura para a alteridade. Nenhum currículo previamente montado e

⁴³ Vide a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2004a) referente às práticas em Saúde no País.

nenhuma teoria especialmente selecionada serão suficientes para produzir tanto. Talvez a competência da escuta como uma injunção de um contato praticamente físico de um ao outro possa abrir a primeira porta do caminho para essa busca no campo da formação do profissional em saúde. Não qualquer tipo de escuta, mas aquela que deve imprimir o movimento de *zigue-zague* entre a teoria e o que é escutado daquele que fala, sem a atribuição antecipada de significados por aquele que escuta. O movimento curto de *zigue-zague* é também uma saída à imobilidade suposta da posição de *zug-zwang* comentada acima, e parece poder ocorrer somente no tempo lógico de cenas de formação impossíveis de serem previamente programadas nos currículos de talhe acadêmico das Residências em Saúde.

Na medida em que se espera que o profissional formado pela Residência atinja as competências que dizem respeito à tomada de responsabilização em seu ato de cuidado, ao aprender a aprender, à criatividade, ao trabalho coletivo por vezes realizado na adversidade e com poucos recursos e, principalmente, à aceitação da alteridade, parece que a demanda com respeito à formação não é algo simples de responder do modo como a buscamos atualmente. O objetivo curricular da nova formação em saúde, nessas condições, não deveria escapar, portanto, de contemplar a possibilidade de o residente relacionar-se com o outro, com o estranho, com o estrangeiro que habita em si mesmo.

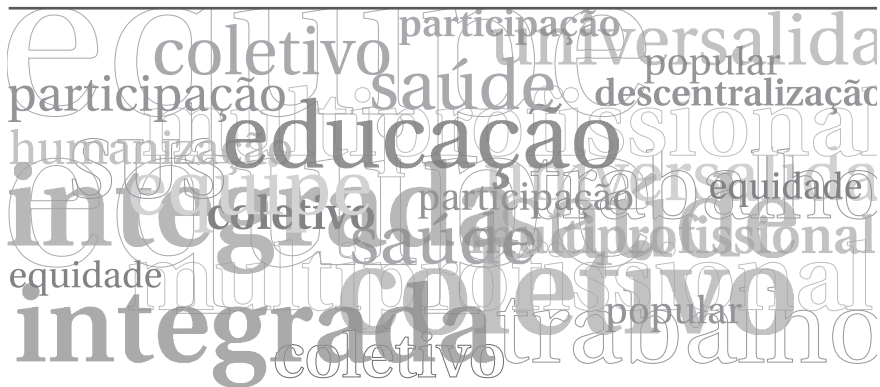
Referências

- ADORNO, Theodor. O ensaio como forma. In: COHN, Gabriel (Org.). *Theodor Adorno*. São Paulo: Ática, 1986. (Col. Grandes Cientistas Sociais).
- BARTHES, Roland. *O rumor da língua*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição*, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Aprender SUS: o SUS e as mudanças na Graduação*. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004a.

MATRIX. Direção de Larry Wachowski, Andy Wachowski, EUA: Warner Vídeo, 1999. DVD, 136 min., sonoro.

MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 119-132.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006.



**O CURRÍCULO INTEGRADO COMO ESTRATÉGIA
DE FORMAÇÃO TEÓRICA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE PARA RESIDENTES DOS PROGRAMAS
DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Margarita Silva Diercks

Renata Pekelman

Roberto Henrique Amorim de Medeiros

Lúcia Rublescki Silveira

Aline Arrussul Torres

Daniela Montano Wilhelms

Maria Amélia Mano

O processo do Currículo Integrado representa, em minha opinião, uma opção de estudarmos os problemas, as dificuldades, bem como a prática diária dos profissionais que atuam no serviço de forma mais próxima à realidade que encontramos em nosso trabalho diário, visando uma noção do todo, e não uma fragmentação do cotidiano que vivemos. (Residente do segundo ano da ênfase em Saúde da Família e Comunidade)

Neste capítulo, será relatado como se deu o processo de construção de uma proposta de formação teórica multiprofissional de campo e de núcleo⁴⁴ na Atenção Primária à Saúde (APS) para residentes de primeiro (R1) e segundo ano (R2) dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) e da Residência Integrada em Saúde – ênfase em Saúde da Família e Comunidade (RIS-SFC), ambas do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na cidade de Porto Alegre – RS. Conterá também comentários sobre o referencial pedagógico que sustenta a proposta, as reflexões sobre a avaliação do processo experienciado pelos residentes, entre outras considerações.

Construção da proposta pedagógica

O SSC do GHC destaca-se como um dos serviços de APS mais antigos do Brasil. Desde 1981, além de prestar serviços de atenção à saúde da população sob sua responsabilidade⁴⁵, formou em torno de 800 especialistas em APS através de seus Programas de RMFC e RIS-SFC. O aprendizado dos residentes ocorre em serviço, em atividades teóricas de núcleo, específicas para cada categoria profissional, e de campo, para todos os residentes em formação no SSC. Este relato apresenta a construção, o desenvolvimento e a avaliação do programa teórico de campo denominado de Currículo Integrado (CI), no período de 2001 a 2010.

No ano de 2001, o SSC vivenciava, nos processos de trabalho nas equipes de saúde, uma discussão sobre a Vigilância em Saúde como norteadora de suas práticas, associada a outras discussões complementares, como o sistema de geo-referenciamento e planejamento local de saúde (Mendes, 1993; Uribe, 1995; Teixeira, 2002). Ao mesmo tempo, observava-se que o programa de formação teórica da Residência Médica não oferecia aos residentes a discussão sobre temas fundamentais para a prática da APS. Havia uma fragmentação entre o que era vivenciado como processo de trabalho das Unidades de Saúde (US) e os conteúdos teóricos da formação dos residentes. Também tínhamos claro que os

⁴⁴ O campo é um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas; e o núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional (Campos, 2000)

⁴⁵ O SSC possui 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde compostas por equipes multiprofissionais. A população sob responsabilidade do SSC é em torno de 108.000 habitantes

módulos teóricos estavam estruturados segundo o modelo acadêmico tradicional da transmissão de informações, além de oferecer os conteúdos sem ligação entre si.

Em setembro de 2001, o Núcleo de Educação e Saúde⁴⁶ fez a proposta para o conjunto de preceptores e residentes da RMFC de um projeto pedagógico para o segundo ano da Residência, sustentado por uma reflexão teórico-prática de planejamento em um dado território, na qual a discussão de problemas e análise da realidade seriam os elementos estruturantes da formação teórica dos residentes de Medicina de Família e Comunidade. Este projeto foi denominado de CI, porque objetivava – como ainda o faz – problematizar a prática de APS dos residentes em suas unidades de atuação, discutir os problemas que enfrentam na prática profissional em sua complexidade e proporcionar-lhes diversas ferramentas para atuarem a partir dos problemas. Queria-se, com esse projeto, “integrar” a prática dos residentes através de um processo pedagógico problematizador orientado pelos princípios da APS do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como cenário os diferentes perfis sócio-econômicos, demográficos, culturais e de saúde das populações nos territórios⁴⁷ de abrangência do SSC (Pekelman; Diercks, 2002).

Por se tratar da Residência Médica, houve uma preocupação em promover uma discussão interdisciplinar, na qual os convidados para os debates em sua maioria trouxessem outros saberes, por pertencerem a diferentes áreas do conhecimento. Assim, pretendia-se propiciar um ambiente multiprofissional e oportunizar uma reflexão conjunta que incentivasse um pensamento interdisciplinar e complexo e a construção de um olhar mais integral para a realidade de saúde.

O processo pedagógico proposto para o ano de 2002 continuou com pequenas modificações até final de 2005 e está descrito de forma sucinta no Quadro 1.

⁴⁶ Núcleo formado em 1996 para a discussão, análise e assessoria das práticas educativas do SSC, direcionado à população, aos profissionais e aos Programas de Residência.

⁴⁷ A concepção de território utilizada pressupõe que esse é o espaço onde “acontece o dia a dia, as rotinas, as buscas, os projetos, as frustrações, as relações, as vivências, a crítica, o senso-comum. O cotidiano é permanência, tradição, mas também contradição, tensão, conflito, o novo. O território é onde se realizam as experiências cotidianas de todos nós”. Essa lógica transcende a sua redução a um espaço geográfico. (Cecílio; Merhy; Campos, 1994; Cunha, 2001)

Quadro 1 – Etapas do Processo Pedagógico do CI – 2002 – 2005

1. Formação de grupos de trabalho e divisão dos grupos para o estudo de cada um dos quatro grandes perfis populacionais nos territórios do SSC. <i>Todos os grupos trabalham simultaneamente neste momento</i>
2. Levantamento de dados sócio-econômicos, histórico-culturais, demográficos, epidemiológicos e de saúde para cada um dos perfis de população. <i>Conhecendo a realidade – Diagnóstico da situação</i>
3. Análise e síntese destas informações para apresentação e discussão do perfil 1. <i>Tecendo o território</i>
4. Seleção, pelo grupo de trabalho, de um ou dois problemas para cada perfil de população, para serem discutidos de forma ampliada e em profundidade. <i>Escolha de problemas, escolha de prioridades, árvore explicativa do problema, rede complexa de análise de problema</i>
5. Escolha, pelos grupos de trabalho, de convidados, para assessoria e qualificação dos debates sobre os problemas selecionados. <i>Estudo do problema</i>
6. Problemática dos problemas. Sugestões de plano de ação para o problema. <i>Planejamento e Avaliação.</i>
7. Apresentação do perfil 2 seguindo as etapas 2, 3, 4, 5 e 6.
8. Apresentação do perfil 3 seguindo as etapas 2, 3, 4, 5 e 6
9. Apresentação do perfil 4 seguindo as etapas 2, 3, 4, 5 e 6

Fonte: Material produzido e utilizado pelo grupo coordenador nos encontros do CI

A realidade discutida nesses encontros eram os territórios, suas necessidades e os problemas de saúde. Observou-se que os 12 territórios atendidos pelas US que compõem o SSC-GHC foram agrupados por semelhança do perfil sociodemográfico e sanitário. Foram identificados quatro perfis sociodemográficos diferenciados em termos econômicos, sociais, culturais e de mudança populacional rumo ao envelhecimento. Por outro lado, esse agrupamento de territórios por suas semelhanças oferece também inúmeras diferenças que foram discutidas e problematizadas. Cada perfil populacional e o problema priorizado para o estudo coletivo foram analisados através da proposta do planejamento estratégico em saúde que pressupõe: conhecer a realidade, escolher problemas, eleger prioridades, conhecer as prioridades de forma complexa – árvore explicativa, rede complexa de análise de problema, nós críticos, estudo dos problemas e propor plano de ação (Raupp, 2008). O processo dava-se em cerca de 10 encontros semanais de duas horas de duração. Uma vez finalizado um perfil, se discutia o próximo e assim sucessivamente durante todo o ano.

Até 2004, o CI estava constituído como programa teórico do segundo ano do RMFC. Em julho do mesmo ano, começou a RIS, e o SSC selecionou 20 residentes entre as áreas de Enfermagem, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, somando-se aos 36 residentes da Medicina. A partir do primeiro semestre de 2005, o CI passou a ser o programa teórico de campo das Residências, com o mesmo programa para os dois anos. Durante o biênio 2004/2005, percebeu-se a inadequação do processo para aquele momento da Residência no SSC. O CI evidenciava a necessidade de mudanças na estrutura curricular, seja em seus conteúdos – pois a proposta se estendia para dois anos e não mais somente para o segundo ano da Residência Médica – seja em sua proposta pedagógica – porque as turmas eram agora de 50 residentes e multiprofissionais – seja ainda na avaliação, no sentido de formalizar essa prática com instrumentos específicos. Na metade de 2005, iniciou-se um processo de mudança no CI que foi concretizado em 2006. A estrutura de então se sustenta, com poucas mudanças, até hoje.

Em relação aos conteúdos, foi estabelecido um “currículo” que tinha como categorias norteadoras os princípios da APS e do SUS e os diferentes modos de fazer a APS – ou os chamados modelos de atenção (Teixeira; Solla, 2006)⁴⁸. Esses conteúdos estão sintetizados no Quadro 2 e foram desenvolvidos nessa distribuição no período de 2006-2008.

⁴⁸ Entende-se a APS como uma filosofia que permeia o sistema de saúde e o que os autores discutem como modelos technoassistenciais. Considera-se os Modos de fazer APS como as práticas cotidianas que se contrapõem ao modelo médico hegemônico para um novo fazer na saúde.

Quadro 2 – CI da RIS-SFC e RMFC – 2006-2007
Categoria e Prática Norteadora: os Princípios da APS / Modos de Fazer APS

R1	1º Semestre	PRINCÍPIOS DE APS Conceitos norteadores da prática: Território, Acesso, Primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação
	2º Semestre	VIGILÂNCIA DA SAÚDE Identificando, planejando e resolvendo problemas de saúde no território (Teixeira, 2002)
R2	1º Semestre	AÇÕES PROGRAMÁTICAS E O CUIDADO A prática cotidiana da epidemiologia nos serviços de APS (Ferreira; Takeda; Lenz; Flores, 2008; Schraiber, 1990; Schraiber; Nemes; Mendes-Gonçalves, 2000)
	2º Semestre	MODELO TECNOASSISTENCIAL EM DEFESA DA VIDA A clínica ampliada, o vínculo e acolhimento, a gestão colegiada (Cecílio; Merhy; Campos, 1994; Cunha, 2005)

Fonte: Material produzido e utilizado pelo grupo coordenador nos encontros do CI

No primeiro semestre do primeiro ano, os conceitos básicos em APS foram construídos, desenvolvidos e problematizados, a partir de uma série de atividades desenvolvidas nas US. No segundo semestre, os R1 tiveram o primeiro contato com os conceitos e as práticas da Vigilância em Saúde e do planejamento estratégico situacional. Nesse momento, foram trabalhados os aspectos de escolha de problemas e prioridades, assim como o plano de ação para o problema escolhido (mesmo processo que se realizava anteriormente no CI, antes em um ano, agora em um semestre).

No segundo ano da Residência, ocorreu o aprofundamento sobre o tema das ações programáticas em saúde e sobre o modelo technoassistencial conhecido como *Em Defesa da Vida*⁴⁹. Essa escolha de temas para o segundo ano surgiu da própria necessidade sentida pelos residentes de conhecer e reconhecer as ações que desempenham em seu trabalho cotidiano e discutir as possibilidades de mudança na lógica da atenção aos usuários, seus problemas e suas necessidades de saúde.

⁴⁹ Modo de organizar um sistema de saúde, cujos pilares que estruturam as ações em saúde encontram-se especialmente nos conceitos afins ao acolhimento, à humanização e à clínica ampliada, para o cuidado integral da saúde dos sujeitos. Ver mais em Campos (2006).

Novamente, a realidade a ser discutida pelos residentes eram os diferentes perfis formado pelos vários territórios de abrangência das US que, por sua vez, eram estudados sob o aspecto específico que estivesse sendo enfocado no semestre.

Ao longo desses dois anos, foram realizadas avaliações com a participação dos residentes e facilitadores do processo pedagógico, tema que será abordado com mais detalhe adiante. Essas avaliações sucessivas sugeriram mudanças no formato inicial dos conteúdos. O Quadro 3 coloca as modificações realizadas em 2008 e que se mantêm até hoje:

Quadro 3 – CI da RIS-SFC e RMFC – 2008 em diante
Categoria e Prática Norteadora: os Princípios APS / Modos de Fazer APS

R1	1º Semestre	PRINCÍPIOS DE APS Conceitos norteadores da prática: Território, Acesso, Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação do Cuidado
	2º Semestre	EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ABORDAGEM COMUNITÁRIA, VIGILÂNCIA DA SAÚDE e AÇÕES PROGRAMÁTICAS Identificando, escolhendo problemas, identificando prioridades de saúde no território (método do planejamento estratégico-situacional). Trabalhando como problemas de situação de saúde: A prática cotidiana das ações programáticas
R2	1º Semestre	ELABORAÇÃO DE UM PROJETO DE IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: em município de pequeno e médio porte no Rio Grande do Sul

Fonte: Material produzido e utilizado pelo grupo coordenador nos encontros do CI

Observa-se que, com a nova distribuição dos conteúdos, o modo de fazer APS *Em Defesa da Vida* foi incluído em outros espaços teóricos de formação dos residentes.

Nesse novo formato curricular, no segundo semestre, os R1 tiveram o primeiro contato com a Educação Popular em Saúde, sendo esse conteúdo ainda considerado como um dos atributos da APS no contexto do SUS⁵⁰. Ainda nesse segundo semestre do primeiro ano da Residência, trabalhou-se

⁵⁰ A orientação comunitária é uma das características derivadas da APS e tem como objetivo compreender os problemas dentro de um contexto sócio-cultural. A educação popular em saúde seria um dos métodos necessários para compreender esta realidade.

com as ações programáticas e vigilância em saúde a partir dos territórios e das necessidades de saúde da população. Foram definidos objetivos da ação programática, estratégias, recursos necessários, resultados, indicadores e metas de avaliação.

Essa atividade propõe um exercício quanto à organização de serviços de atenção primária na atuação sobre problemas frequentes em saúde. Ainda em relação aos conteúdos, observou-se outra mudança importante que foi a inclusão da elaboração de um projeto para implementação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em municípios de pequeno e/ou médio porte no Rio Grande do Sul (RS). O município é escolhido pelo grupo de residentes, com a anuência da Prefeitura, assim como há autonomia do grupo na busca de informações, na fundamentação teórica e na construção de um projeto parcial. A experiência é orientada pelo manual da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, o que indica tratar-se de um ensaio sobre a realidade. Discutem-se, nesse processo, os principais nós críticos para a implementação da ESF como base do sistema de saúde. Entende-se a elaboração desse projeto como uma síntese teórico-prática de todos os conteúdos estudados ao longo dos três semestres.

Têm-se, então, no período de 2002 a 2010, dois momentos do CI bem definidos. Nos primeiros anos apenas com a Residência Médica, na qual o processo de reflexão a partir da análise do território se constituía como a essência, sendo um currículo aberto em relação aos conteúdos específicos. A problematização de cada perfil direcionava os estudos a serem feitos. Naquela fase do projeto, no qual a integração com ensino-serviço foi um dos desencadeadores para a criação do CI, buscava-se contemplar também as prioridades elencadas pelas equipes do SSC para a formulação teórica e de planos de ação.

Em 2005, com o início da RIS e a extensão para dois anos, essa metodologia passou a ser insuficiente para contemplar as novas necessidades de aprendizado. As turmas multiprofissionais mudaram o “local” da multidisciplinaridade dos convidados para os educandos. A construção de um diálogo possível entre os diversos profissionais, as diferenças em relação ao domínio dos conceitos fundamentais da APS e a compreensão da necessidade da análise da realidade de saúde, fizeram com que se passasse a redefinir os conteúdos a serem estudados. Os princípios e os modos de

proceder em APS, as ferramentas, o planejamento estratégico situacional e, por fim, a ESF, compreendem atualmente o núcleo de conteúdos abordados nos dois anos do CI.

A segunda mudança, já citada, refere-se ao processo pedagógico do CI, e será descrita a seguir.

O processo pedagógico

Entende-se que um dos aspectos fundamentais do CI é o referencial teórico-metodológico que o sustenta. Seu referencial pedagógico norteador é aquele que permite ao residente produzir o conhecimento construído através da Residência, ou seja, construir conhecimentos através da análise de problemas a partir do território, compreender a realidade em sua complexidade e trabalhar a realidade a partir de um novo olhar dos problemas cotidianos. A concepção crítico-reflexiva do processo educacional é a que busca a articulação entre a teoria e a prática, a participação ativa do estudante e a problematização da realidade através do diálogo no exercício interdisciplinar (Freire, 1983; Hurtado, 1993; Demo, 2000; Diercks, 2004; Freire, 2004).

Esse referencial concretiza-se na “sala de aula” conforme foi descrito no Quadro 1. Esse processo era coordenado por quatro profissionais do SSC, em encontros semanais de três horas de duração, em reuniões nas quais todos os residentes se encontravam em um grande grupo e desenvolviam diversas técnicas para facilitar/dinamizar o processo pedagógico. Essa dinâmica foi mantida até final de 2004. Com as já referidas mudanças ocorridas nesse ano, houve uma necessidade de mudança no processo pedagógico.

A partir da necessidade de propiciar uma experiência realmente problematizadora e construtiva para todos os residentes, buscou-se alguns elementos na *Problem Based Learning* (PBL) (Cunha, 2001; Penaforte et al., 2001) e manteve-se a problematização como principal eixo estruturante do processo pedagógico. Nessa caminhada, foram encontradas muitas afinidades e algumas diferenças fundamentais entre os dois aspectos pedagógicos. O relato a seguir descreve como foi possível a aproximação entre os dois aspectos, possibilitada essencialmente pela clareza do grupo coordenador a respeito dos limites e avanços de cada um deles. A articulação atingida parece indicar que a proposta pedagógica do CI tenha

sido a concretização de uma terceira forma de fazer educação, denominada por Ghirardelli Jr. (2001) de Teoria Educacional Pós-Moderna. Essa teoria mantém a problematização, a contextualização e a ação política, mas inclui a construção das subjetividades, as singularidades nos processos de reflexão para a realização do inédito viável na intervenção pedagógica.

Além de contar com um vasto número de estudos teóricos e experiências na área da Saúde, principalmente em disciplinas de cursos de Medicina, o PBL trabalha a autonomia do processo de aprendizagem do residente, ponto caro da problematização ou da teoria crítica na Educação. Este seria um dos pontos-chaves de aproximação entre o PBL e a problematização. Também o PBL trabalha com a figura de tutor ou facilitador, que seria um mediador do processo pedagógico com um grupo de no máximo dez residentes. Esta estruturação de Pequeno Grupo (PG) com facilitador veio ao encontro do anseio de um acompanhamento quase individual do processo de construção de conhecimento e de novas práticas por parte dos residentes. O papel fundamental do facilitador é mediar o trabalho do grupo; não ser um transmissor de conteúdos, mas estimular a curiosidade, exercitar a pergunta, o questionamento, ou seja, a problematização. O facilitador encoraja a participação ao não responder diretamente às questões, a não ser quando é necessário intervir e prevenir o desvio de foco da aprendizagem, para que realmente o residente seja o protagonista da construção de seu conhecimento. Esses aspectos são compartilhados pela teoria educacional de Paulo Freire (Hurtado, 1993).

É no PG que se concretiza o relato da vivência, a análise crítica da mesma e a proposta de soluções para os problemas. É nele também que se experimenta a construção interdisciplinar, pois os membros dos grupos pertencem a diferentes áreas do conhecimento que estão frente a um problema complexo. Assim, a partir de 2005, começou-se a trabalhar com doze facilitadores/mediadores pedagógicos (considerando os dois anos da Residência) com grupos de oito a dez residentes.

O PBL pode ser definido como uma abordagem para aprendizagem e a instrução na qual os estudantes lidam com problemas em pequenos grupos sob a supervisão de um tutor (Schraiber; Nemes; Mendes-Gonçalves, 2000).

Segundo Penaforte et al. (2001) e Wood (2003), o processo de aprendizagem na PBL compreende sete passos que ajudam na sistematização

do processo pedagógico. Após a definição do texto ou do cenário-problema, seguem-se os seguintes passos:

- 1) Esclarecimento dos termos ou expressões, que pode ser realizado tanto no PG como no grande grupo (GG) de residentes;
- 2) Definição do problema, sempre em PG;
- 3) Análise do problema, em PG;
- 4) Hipóteses de explicação acerca do problema, em PG;
- 5) Formulação dos objetivos da aprendizagem, em PG;
- 6) Identificação de fontes de informação e aquisição de novos conhecimentos individualmente;
- 7) Síntese dos conhecimentos e revisão das hipóteses iniciais para o problema, em PG e/ou GG.

Nessa sistematização, observa-se a maior diferença com a teoria crítica de Paulo Freire. Esta diferença refere-se à origem do problema a ser estudado pelos residentes, assim como sendo o objetivo final a construção de hipóteses. No PBL, o problema é definido como: descrição neutra de fenômenos ou eventos da realidade, que devem ser explicados pelos residentes, em termos de seus processos, princípios ou mecanismos subjacentes (Penaforte et al., 2001). A situação-problema é sempre descrita antecipadamente pelos tutores/facilitadores sem que os residentes tenham tido acesso às informações necessárias para abordá-la. O objetivo principal desse processo pedagógico é a pesquisa por informações, aprender a coletar e analisar informações a respeito do problema. Esses aspectos são relevantes na construção de conhecimento e de novas práticas; mas são diferentes da problematização, que é uma reflexão a partir da realidade com contextualização e análise política do campo de intervenção.

Em verdade, são buscados ambos os processos. Baseando-se na experiência prática que a Residência propicia, a problematização a partir da discussão da realidade é fundamental. É através da problematização que também é explicado e construído o problema, e aprofundado o conhecimento, pois não basta só buscar respostas para o problema (como no PBL), mas é preciso também construí-lo, observar os nós críticos e buscar algumas respostas (e novas perguntas).

O Quadro 4 resume as teorias educacionais que têm fundamentado o desenvolvimento do CI.

Quadro 4 – Aspectos das Teorias Educacionais

Teoria Educacional Dewey-PBL: 5 passos didáticos	Teoria Educacional de Paulo Freire: 5 passos didáticos	Teoria Educacional Pós-Moderna: 5 passos didáticos
Atividade e Pesquisa	Vivência e Pesquisa	Apresentação de problemas
Problemas	Temas Geradores	Articulação entre os problemas apresentados e os problemas da vida cotidiana
Coleta de dados	Problematização	Discussão de problemas através de narrativas
Hipóteses	Conscientização	Formulação de novas narrativas
Experimentação e/ou julgamento	Ação política	Ação cultural, social e política

Fonte: Adaptado de Ghirardelli Jr. (2001)

O CI propõe formar profissionais da APS que sejam capazes de:

- * Demonstrar conhecimento técnico e qualificação para proporcionarem escuta e olhar ampliados a respeito do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades;
- * Desenvolver sua prática segundo os princípios da humanização, da qualificação dos serviços, da equidade e da universalidade;
- * Desenvolver tecnologias a partir de pesquisas e ações que promovam a atenção integral à saúde dos cidadãos, conforme as diretrizes do SUS.

Formar profissionais com essas habilidades só pode ser conseguido com experiências pedagógicas que proporcionem a reflexão crítica destes acerca de seu processo de trabalho e de sua inserção como profissionais comprometidos com a saúde da população. Ao passar por esta experiência de aprendizagem associando-a com sua prática diária e em equipe na US,

cada residente percebe a necessidade de desenvolver a sua autonomia, sua singularidade e sua subjetividade enquanto profissional de saúde formado para a integralidade e complexidade do cuidado.

A avaliação

Avaliar é um processo dinâmico que deve ter seus objetivos claros e explícitos para todos os envolvidos. O processo avaliativo de experiências formativas, com enfoque problematizador, pressupõe práticas de avaliação da aprendizagem fundadas na articulação dos olhares dos sujeitos envolvidos: uma rede que implica autoavaliação e heteroavaliação. Ampliam-se as relações entre aprender, ensinar e avaliar, com residentes e preceptores, em diferentes patamares, trocando saberes, expectativas e objetivos. Para tal, compreender esses fenômenos, interligando-os com a finalidade a que eles se propõem originalmente, é um constante desafio para aqueles que atuam com tal perspectiva.

No CI, realizam-se diferentes formas de avaliação durante os encontros. Para a proposta do CI, o sentido de avaliar tem uma profunda relação com a disposição de realizar mudanças que possibilitem, a cada ano, ter-se um processo mais representativo da necessidade na formação de profissionais para atuarem na ESF com os pressupostos da APS, no contexto do SUS.

Nessa proposta, adotamos duas formas distintas e complementares de realizar esta atividade. Uma é denominada *avaliação de processo*, e a outra *avaliação de conteúdo*. Ambas são realizadas nos dois anos do programa, com intervalo de seis meses, individualmente ou mesmo em grupos.

A avaliação de processo visa a identificar o posicionamento de cada residente em relação ao entendimento do processo de aprendizagem pelo qual passou durante o semestre correspondente, além de possibilitar manifestações em relação a adequações dos conteúdos e do processo pedagógico ou manutenção dos mesmos. Nesse formato, é mantido o sigilo do residente para que ele possa expressar livremente suas opiniões.

Desta maneira, através da análise das avaliações individuais, busca-se conhecer a percepção do grupo como um todo, seja em suas diferenças como em suas aproximações, sobre os aspectos referentes aos encontros em pequeno e grande grupo, a atuação do facilitador, o tempo destinado aos encontros, entre outros. Esta sistematização final é apresentada e discutida

com o grupo de residentes que a realizou, para que se possa discutir pontos positivos e pontos que necessitem modificações. Essas avaliações foram fundamentais no aprimoramento deste processo pedagógico, já que, a partir delas, ocorreram as mudanças relatadas anteriormente.

Também, no final de cada semestre, realiza-se avaliação individual ou em grupos dos conteúdos estudados. Essas têm como objetivo avaliar se os residentes, após o término do processo vivenciado no semestre, são capazes de expressar as reflexões acerca dos conteúdos estudados. Após serem lidas pelos facilitadores, essas avaliações são discutidas individualmente ou nos grupos, buscando, nesse contato, responder a eventuais dúvidas e apontar questões que devem ser reforçadas ou mais estudadas.

Considerações finais

Foi apresentada aqui a experiência em desenvolvimento desde 2002 do CI como formação teórica de campo da APS, desenvolvido nos Programas de RMFC e RIS-SFC do SSC/GHC. Relatou-se o processo, foram apresentados os caminhos teóricos e a avaliação que tem sido o balizador do processo pedagógico. As mudanças realizadas ao longo do tempo visaram a responder aos questionamentos de educandos e educadores na realização de uma educação participativa e problematizadora. Neste período, o processo foi se modificando e respondendo à realidade que também se modificava.

É fundamental ressaltar a importância dos facilitadores que são trabalhadores do SSC e que voluntariamente participam deste processo. Este grupo multiprofissional está dividido entre os dois anos de Residência, mas com identidade coletiva. O exercício da interdisciplinaridade que o grupo busca construir a partir das discussões da construção do conhecimento que são experimentadas no cotidiano dos PGs, tem o desafio de romper com a fragmentação da disciplina, dominando-a em um certo sentido e elaborando novas compreensões da realidade do processo educativo e das soluções dos problemas em estudo.

Essa identidade passa pela construção de novos paradigmas, tanto para a educação quanto para a saúde. Na educação, é romper com o modelo informativo para alcançar um modelo participativo, partindo de um reconhecimento de si e do outro como sujeitos de saberes que se potencializam com a convivência interdisciplinar e problematizadora.

Na saúde, é partir do conceito de integralidade e construção de um olhar ampliado e complexo na compreensão e intervenção nas necessidades e nos problemas de saúde da população.

A constituição do *campo* da APS também tem sido outro constante desafio. O desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar é uma meta complexa, embora constitua elemento-chave para a construção do próprio conceito de *campo*. Para tanto, há o envolvimento de inúmeras questões, desde a reconstrução do papel de cada profissional no cuidado das pessoas, das famílias e das populações, no qual a formação profissional reforça o sentimento corporativo, até a compreensão da intervenção coletiva. Segundo Campos (2000), o campo é este espaço de limites imprecisos, o lugar onde os limites conceituais dos núcleos estão abertos para sofrerem influências. Além disso, o campo em APS constitui também um espaço de saberes e práticas próprias, e esses devem ser compreendidos e identificados no exercício prático que a Residência proporciona. Tanto por seu conteúdo, como pela organização de seu processo pedagógico, o CI pretende oferecer a síntese dessa construção.

Um último aspecto deve ser resgatado. Foi relatado que, na criação do CI, havia uma preocupação na integração ensino-serviço, de que as reflexões realizadas no CI refletissem as prioridades das equipes. Ainda hoje esta é uma questão presente no processo do CI. A apresentação dos grupos de cada perfil e o processo de territorialização que essa apresentação exige devem estar relacionados com o planejamento local das US. A presença de trabalhadores do serviço sem estarem necessariamente ligados às Residências como preceptores, no papel de facilitadores, também é outro caminho para essa integração.

A condução e manutenção da proposta de aprendizagem contida no CI tem se mostrado um grande desafio para todos. Construir processos educativos baseados nos princípios da problematização, na construção das subjetividades e singularidades, na mediação de conflitos, exige do grupo que coordena um constante processo de mudanças, de estar aberto a erros e a acertos, a críticas e a elogios. Para isso, precisa-se ter maturidade e certa dose de risco e ousadia.

Isso me faz pensar que a “mudança” é inevitável na experiência humana, mas que a transformação libertadora está potencialmente

disponível algumas vezes (...). É por isso que o ensino libertador não pode ser padronizado. A ação criativa, situada, experimental, que cria as condições para a transformação, testando os meios de transformação. (Freire; Shor, 1986, p. 23)

Referências

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A saúde pública e a defesa da vida*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CECÍLIO, Luís Carlos; MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CUNHA, Gustavo T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

CUNHA, Marcus V. *John Dewey. A utopia democrática*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

DEMO, Pedro. *Conhecer e aprender*. Sabedoria dos limites e desafios. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DIERCKS, Margarita S. *O processo avaliativo da construção e aplicabilidade de material educativo para a prevenção de ISTs/HIV/AIDS*. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

FERREIRA, Sandra R. S.; TAKEDA, Silvia Pasa; LENZ, Maria Lúcia; FLORES, Rui. *As ações programáticas em serviços de Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre, mimeo, 2008.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

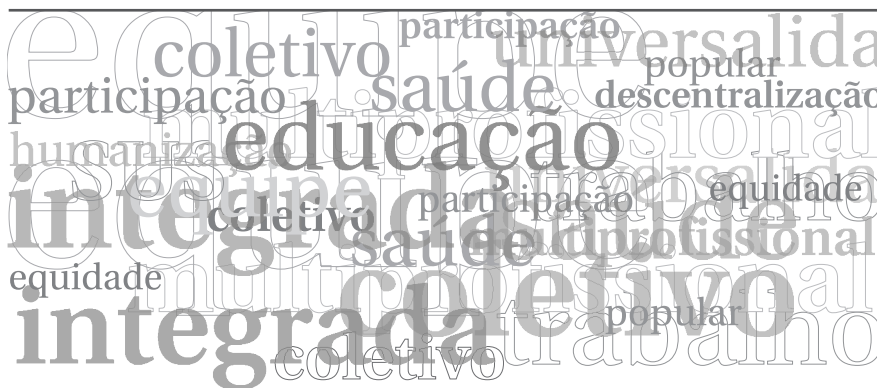
FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 29. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. *Medo e ousadia: O cotidiano do professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

GHIRARDELLI JÚNIOR, Paulo. *Neopragmatismo, Escola de Frankfurt e marxismo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

HURTADO, Carlos Núñez. *Educar para transformar, transformar para educar: comunicação e educação popular*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

- MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.
- PEKELMAN, Renata; DIERCKS, Margarita S. *Currículo Integrado: Avaliação 2002*. Porto Alegre, mimeo, 2002.
- PENAFORTE, Julio et alii. Aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, Silvia (Org.). *Anatomia de uma nova abordagem educacional*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- RAUPP, Bárbara. *Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS: Referências conceituais, metodológicas e operacionais*. Porto Alegre, mimeo, 2008.
- SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Inês Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (Orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.
- TEIXEIRA, Carmen (Org.). *Promoção e vigilância da saúde*. Salvador: ISC/CEPS, 2002.
- TEIXEIRA, Carmen F.; SOLLA, Jorge P. *Modelo de atenção à saúde*. Promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba, 2006.
- URIBE, Francisco Javier Rivera. *Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico)*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.
- WOOD, Diana F. "ABC of Learning and Teaching in Medicine: Problem Based Learning", *BMJ*, v. 326, 2003.



O TRABALHO DA PRECEPTORIA NOS TEMPOS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE⁵¹

*Ananyr Porto Fajardo
Ricardo Burg Ceccim*

Introdução

Instituídas desde 1977, as Residências Médicas não têm uma regulamentação abrangente da formação e do desenvolvimento da preceptoria. Elas têm a exigência de detenção do título de especialista (nos termos do reconhecimento desse título pela Comissão Mista de Especialidades Médicas⁵²) para o exercício da supervisão de residentes. Instituídas em 2005, as Residências em Área Profissional da Saúde agregaram ao cenário da especialização em saúde um novo quadro de preceptores, sobre os quais também não conhecemos perfil e necessidades. Para o exercício da preceptoria nas Residências em Área Profissional da Saúde, a lei estabeleceu o requisito de titulação prévia de especialista (especialização acadêmica ou em área profissional) ou experiência de, no mínimo, três anos na área profissional

⁵¹ As reflexões apresentadas neste capítulo compõem o projeto de tese de Doutorado intitulado “Desaprendendo a Trabalhar em Saúde: Borramento das Fronteiras da Prescrição”, de Ananyr P. Fajardo, desenvolvido junto ao Curso de Doutorado em Educação, da Faculdade de Educação, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵² A Comissão Mista de Especialidades Médicas é composta pelo Conselho Federal de Medicina, pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica.

correspondente (tradicional tempo de serviço em especialidade para acesso ao exame de obtenção do título de especialista em área profissional pelas sociedades de especialistas). Foi por esta condição que a Lei Federal nº 11.129 (Brasil, 2005) discerniu entre preceptores (necessariamente especialistas em área profissional) e tutores (necessariamente do ambiente de trabalho onde o residente se encontra).

No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), as Residências Médicas e em Área Profissional da Saúde representam, em conjunto, a maior concentração de residentes por instituição de saúde na região sul do Brasil⁵³. O GHC atende a distintas condições e situações de vida e saúde da população, oferecendo atenção em âmbitos que se complementam, sendo campo de estágio e de vivências para estudantes de cursos técnicos, cursos de graduação e cursos de pós-graduação. Uma diversidade de cenários e de atores que possibilita que profissionais em formação e os facilitadores deste processo transitem entre diferentes realidades de trabalho e desenvolvam habilidades e talentos que incluem as potencialidades da interação entre diversas construções de modelo assistencial e de ensino. Um dos enlaces desta rede é seu caráter pedagógico da assistência, na qual se evidencia o lugar das Residências Médicas e em Área Profissional da Saúde. Os *preceptores*, profissionais do serviço/assistência, são aqueles que ressituem seu conhecimento e sua experiência em área profissional para a atuação docente junto aos residentes no ambiente de trabalho, articulando aprendizagem e práticas cuidadoras (com os usuários, com as famílias e com os cidadãos em inter-relação com a instituição).

A implantação da Residência em Área Profissional da Saúde no GHC aconteceu em 2004, sob um projeto pedagógico de Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC), investindo nas noções de integração ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Residências Médicas, previamente existentes. A criação da RIS/GHC representou a concretização de um desejo inicialmente manifestado pelos enfermeiros do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), rede de unidades básicas de saúde componentes do GHC, onde já existia a maior Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Brasil. Visava a atender demandas prementes para o país

⁵³ As vagas de Residência Médica no GHC representam 25% do total de vagas desta modalidade de especialização profissional no estado do Rio Grande do Sul.

quanto à expansão da Estratégia de Saúde da Família, cujas equipes são compostas por médicos e enfermeiros, além dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e a alcançar – na formação em serviço – os preceitos da integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde prestada no SUS.

À implantação e implementação do Programa, foram se diversificando as profissões a serem inseridas na RIS/GHC. Hoje, ela oferece vagas para residentes oriundos das áreas de conhecimento da enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional conforme quatro áreas de ênfase: Atenção ao Paciente Crítico, Oncologia-Hematologia, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental, mantidas as antecedentes Residências Médicas nas correspondentes especialidades médicas, seja por acesso direto, seja por acesso com pré-requisito em outras especialidades ou em área básica na medicina. O projeto pedagógico das Residências em Área Profissional no GHC supõe a *integração* com as Residências Médicas, respeitadas as diferenças de acesso, de duração e de demanda por habilidades especializadas em procedimentos diagnósticos e terapêuticos das profissões⁵⁴.

A Preceptoría nas Residências em Área Profissional da Saúde

O desenvolvimento de um programa de Residência em Saúde precisa de alguns elementos essenciais, sendo um destes a presença de preceptores inseridos nos ambientes de trabalho onde a formação especializada ocorre. O corpo de preceptores da RIS/GHC é constituído por trabalhadores da própria Instituição com experiência profissional em suas áreas de formação, dos quais se exige a titulação no âmbito da pós-graduação *lato* ou *stricto sensu*. Além destes, a RIS/GHC conta com professores convidados e/ou contratados

⁵⁴ Na medicina, certas vagas de Residência são de acesso direto, outras exigem pré-requisito. Para as vagas nas chamadas áreas básicas (medicina interna, medicina pediátrica, medicina ginecológica, medicina de família e comunidade, cirurgia geral, por exemplo) o acesso é direto; para as áreas de maior especialização, exige-se, como pré-requisito, a Residência concluída em área básica (intensivismo, cardiologia, oncologia, hematologia, por exemplo) ou em outras áreas profissionais (cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, por exemplo). As Residências Médicas também variam a sua duração conforme a área de especialidade (2, 3, 4 ou 5 anos, podendo chegar a 7 anos quando a especialidade envolver o acesso por pré-requisito em especialidade prévia, como é o caso da cirurgia cardiovascular).

especificamente para desenvolver conteúdos teóricos. O projeto institucional também prevê o desenvolvimento de processos formativos internos e externos para os preceptores, mediante convênio com universidades locais e regionais, para que o corpo docente possa ser permanentemente atualizado e qualificado para as ações de ensino.

Muitos profissionais dos ambientes de trabalho vinculados à RIS/GHC passaram a buscar cursos de pós-graduação junto às instituições conveniadas e outras, com o objetivo de se aperfeiçoarem para o exercício da docência em serviço, aproveitando as oportunidades de fomento e liberação normatizadas pela Instituição (Brasil, 2010a; 2010b). Isto repercute não apenas na qualidade pedagógica da instituição, mas, também, em sua qualidade assistencial e de interação com a cidadania com a qual interage.

Para que se possa visualizar a diversidade de profissões e o quantitativo de vagas de Residência em Área Profissional na RIS/GHC, apresentamos um quadro com as vagas de Residência, bem como sua distribuição e dos preceptores por área de ênfase e profissões para o ano de 2010.

Quadro de vagas na RIS/GHC, 2010

Ênfase	Profissões	Vagas para Residentes		Nº de Preceptores
		1º Ano (R1)	2º Ano (R2)	
Atenção ao Paciente Crítico (APC)	Enfermagem	8	9	7
	Fisioterapia	4	4	2
	Fonoaudiologia	2	1	3
	Nutrição	2	--	1
	Subtotal	16	14	13
Oncologia-Hematologia (OH)	Enfermagem	1	1	1
	Farmácia	1	1	1
	Fisioterapia	1	1	1
	Nutrição	1	1	1
	Psicologia	1	1	1
	Serviço Social	1	1	1
Subtotal	6	6	6	
Saúde Mental (SM)	Enfermagem	2	2	2
	Psicologia	2	2	1
	Serviço Social	2	2	2
	Terapia Ocupacional	2	2	2
	Subtotal	8	8	7
Saúde da Família e Comunidade (SFC)	Enfermagem	7	7	5
	Farmácia	4	4	1
	Nutrição	2	2	1
	Odontologia	9	9	8
	Psicologia	5	5	1
	Serviço Social	7	7	4
	Subtotal	34	34	20
Total		64	62	46

Fonte: Gerência de Ensino e Pesquisa (GHC, 2010)

São 46 profissionais que atuam como preceptores junto à RIS/GHC (2010), correspondendo a uma proporção de, no mínimo, um preceptor para cada três residentes, considerando-se as 64 vagas oferecidas para residentes de primeiro ano (R1) e as 62 para os de segundo ano (R2)⁵⁵. Em relação às titulações de pós-graduação entre os preceptores, uma é doutora, 11 são mestres e 34 são especialistas. Esta realidade, contudo, é provisória, pois, devido à educação em serviço, vários destes preceptores buscaram cursos de mestrado ou doutorado, muitos se encontrando em formação.

⁵⁵ A defasagem de duas vagas entre 1º e 2º anos da Residência se deve à recente abertura de vaga para nutricionista como residente na área de ênfase de Atenção ao Paciente Crítico.

É possível observar que a enfermagem constitui o maior núcleo profissional entre os preceptores, com 15 enfermeiros, sendo o único grupo profissional presente nas quatro ênfases, coerentemente com o perfil do trabalho em saúde. Sete assistentes sociais, três nutricionistas e três psicólogos atuam em três ênfases; duas farmacêuticas e três fisioterapeutas estão ligadas a duas áreas de ênfase; três fonoaudiólogas, oito odontólogos e duas terapeutas ocupacionais estão vinculados a uma ênfase apenas. Além desses, outros profissionais atuam como orientadores de pesquisa, de campo profissional da saúde (conceito ampliado de saúde e áreas de ênfase) e de núcleo profissional da saúde (profissões e áreas de especialidade profissional) sem serem designados como preceptores, devido ao não predomínio de sua atuação no mesmo ambiente de trabalho do residente.

Alguns dos campos de atuação da RIS/GHC contam com um número proporcionalmente maior de preceptores para atender às necessidades de ensino e aprendizagem peculiares dos residentes que ali circulam no decorrer da especialização em área profissional. Um exemplo são os residentes odontólogos que atuam em oito diferentes unidades do SSC, demandando atenção dos preceptores deste núcleo profissional em cada campo de inserção.

Os profissionais que exercem formalmente a preceptoría no GHC recebem uma gratificação de função no valor equivalente ao padrão 5 da tabela de Funções Gratificadas da Instituição (R\$ 371,64⁵⁶) por se responsabilizarem de maneira regular pelas tarefas relacionadas ao processo de ensino, aprendizagem e pesquisa dos residentes. Da mesma forma que os residentes, os preceptores são avaliados periodicamente em relação a aspectos teórico-práticos e relações interpessoais (Brasil, 2010a).

Desde 2007, todos os novos profissionais contratados pelo GHC para cargos que exijam escolaridade de nível superior passaram a ter como uma de suas possíveis atribuições a supervisão de residentes e estagiários. Esta determinação, atualmente, abrange tanto as categorias profissionais pertencentes às áreas-fim, isto é, com atuação junto ao paciente ou nos ambientes terapêuticos, como às áreas-meio, como os cargos de advogado, arquiteto e técnico em educação, uma

⁵⁶ A FG 5 corresponde a algo como 73% do salário mínimo nacional, para que se tenha um parâmetro valorativo.

vez que o projeto técnico e político da Instituição visa à consolidação do estatuto de *instituição de ensino e assistência*.

Grande parte dos trabalhadores que podem ser preceptores é oriunda de cursos de graduação cujos currículos eram ou são fragmentados, organizados por disciplinas e que não preparam para a docência em serviço, incluindo a orientação de pesquisa. Ao passarem a exercer estas funções, acrescidas ao tradicional papel de prestador de serviço em saúde, desempenhado há mais ou menos tempo na Instituição, evidencia-se um grau de tensão conforme a segurança que os preceptores sentem para seu exercício e a presença de apoio da Instituição.

As narrativas sobre esse tensionamento, muitas vezes expresso informalmente, variam da crescente demanda de trabalho à exigência do registro de produtividade por procedimento; da insegurança para exercer a docência à rotatividade no exercício da função; da carência de formação para orientar pesquisas ao desconhecimento do sentido de ser pesquisador; do receio de se defrontar com o novo ao confronto com o inovador; do desejo de alcançar a perfeição às lembranças de professores que pouco sabiam ensinar; de residentes que se comportam como alunos dependentes a preceptores que se comportam como residentes; da escuta de queixas ou de avaliações improvisadas à escuta pedagógica.

Assim, foi se delineando um incômodo que pode ser compreendido como um descompasso entre o que está prescrito para o trabalho no campo da Saúde e o esperado no cotidiano de uma instituição com caráter tão múltiplo como o GHC. A cultura do trabalho em saúde não prevê a interação com ensino e pesquisa, pois o que prevalece na nossa memória é o professor universitário (dentro da sala de aula) e o pesquisador cientista (dedicado a um ambiente acadêmico ideal) como contraposições ao trabalhador em inter-relação direta com um paciente ou com usuários individuais ou coletivos das ações e dos serviços sanitários. A própria definição do que é ser preceptor ainda carece de maior consistência na produção brasileira (Botti; Rego, 2008).

Como a preceptoría está sendo vivenciada

A simultaneidade de funções e de papéis desempenhados no exercício da preceptoría coincide com o que Santos (1997) descreve como invisibilidade da padronização das atividades, realçando a dificuldade de perceber a fronteira entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado. Além disto, a falta de reconhecimento dos limites entre o efetivado e o pré-determinado também não permite que o trabalhador assuma uma relevante ou possível autoria de sua ocupação (Clos, 2006). O tempo de trabalho (prescrito e real) e o tempo de não-trabalho, durante o qual são desenvolvidas outras potencialidades humanas (Dal Rosso, 1996), podem passar a ser vividos conjuntamente, levando a uma potencial sobrecarga e um prejuízo na composição entre o que é o laboral e o que é o vital. Como exemplifica Gorz (2003), é possível reconhecer outras formas de registrar o tempo passado no exercício do trabalho que não os limites de horas, dias e meses e, conseqüentemente, de valor-hora de cada um, pois a carga de trabalho também pode ser evidenciada em anos ou por uma vida:

(...) o mesmo raciocínio que vale na escala de três anos ou de cinco anos vale também na escala da vida inteira com seus vinte a trinta anos de trabalho (20.000 a 30.000 horas): não há nenhuma razão para não vislumbrar sua extensão ao longo de quarenta ou cinquenta anos de vida – ou sua concentração em dez ou quinze anos –, nenhuma razão para não admitir um novo “projeto de vida”, a uma “segunda vida”, a uma segunda ou terceira oportunidade na vida, a um segundo ou terceiro recomeço. (Gorz, 2003, p. 208)

Morais (1998) agrega o conceito de um terceiro tempo que, além dos pares denominados de tempo *produtivo* e *não-produtivo* ou *residual* e tempo *de trabalho* e tempo *livre*, seria o tempo regulado pela liberdade, não vinculado à satisfação de necessidades de sobrevivência e nem de resposta específica às funções profissionais. Ressalta, contudo, que este terceiro momento é tão permeado pelas marcas do cotidiano do trabalhador quanto os demais. Portanto, a composição entre o trabalho prescrito (a “tarefa”) e o trabalho real (a “atividade”) resulta em uma articulação de regras e objetivos previamente definidos para serem seguidos e alcançados sob determinadas

condições em respostas possíveis, mediante a interferência do próprio trabalhador (Brito, 2006).

Consolidando o que Bendassolli (2007) denomina como “contrato psicológico de trabalho” – ou seja, os direitos, os deveres e as obrigações percebidos pelos trabalhadores como implícitos à relação de trabalho estabelecida, embora nem sempre formalizados em um contrato trabalhista – as expectativas e a experiência passada dos profissionais começaram a integrar seu exercício como preceptores da RIS/GHC. Podemos dizer: de um lado, novos encargos-tarefa; de outro, novas potências de si e, de outro lado, ainda, a introdução de novos compromissos com a sociedade ao ser trabalhador de saúde nas sociedades humanas ou na vigência do SUS (integralidade da atenção, trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, resolutividade da assistência, evitar a duplicidade de meios para fins idênticos).

As transformações atuais no campo laboral exigem a atenção de olhares acadêmicos e o registro de vivências dos atores que protagonizam a atividade profissional (Schwartz, 2007). O trabalho em saúde exige a educação formal que resulta em certificação e habilitação profissional específica. Essa formação ocorre ao longo da graduação do estudante e engloba alunos e professores vinculados formalmente às instituições de ensino superior. Já o desenvolvimento em saúde é resultado de iniciativas educativas buscadas no decorrer da prática profissional dos trabalhadores, envolvendo os ambientes de trabalho. No decorrer do próprio trabalho, os profissionais devem recriar suas profissões, o que implica construir a realidade que resulta de sua intervenção sobre ela, inclusive o desafio das práticas entre-disciplinares em que não sejam cerceados por limites profissionais em detrimento da terapêutica que requerem usuários e sistemas de saúde (Ceccim, 2004).

Cada vez mais o trabalho em equipe de saúde vem sendo acionado, tanto no âmbito profissional como acadêmico, com modalidades de interseção entre profissionais, usuários e serviços; reunindo práticas anteriormente fragmentadas para uma abordagem potencialmente integralizadora da atenção, cada vez mais complexa, sob o ponto de vista das relações que se dão, pois se pode detectar necessidades sob olhares diversos e implementar formas complementares e intersetoriais para a atenção às diversas situações de vida e saúde, estando, nessas situações, incluídas as possibilidades do adoecimento.

O processo de ensino e aprendizagem de residentes em Saúde resulta de construções sociais historicamente produzidas. Contudo, a assistência à saúde centrada no atendimento à doença já não responde às necessidades de vida do usuário, até então encarado apenas como um *paciente*. Assim, se o “mestre” promover o ensino da maneira tradicional, privilegiando o olhar “profissional-centrado”, provavelmente não passará de um tradutor, dificultando que o aprendiz se faça intérprete do que vivencia (Steiner, 2005). O exercício do poder na relação pedagógica estabelece significados distintos para os atores *educados*; entre estes significados estão aqueles aos quais se submeter e que constituem os atores como *socialmente construídos* (Fendler, 1998).

Por sua vez, os preceptores da RIS/GHC, que assumem a função de facilitadores do processo de ensino e de aprendizagem e que também trabalham na assistência à saúde, reagem à possibilidade de ruptura com o modo tradicional pelo qual aprenderam a ensinar e a aprender. Resistem em deslocar-se do lugar de propriedade da prática ao de sua interrogação e ao compartilhamento exigido em uma prática pedagógica construcionista. Têm em sua memória o que se aprendeu na escola e atualizam esta memória com o que se faz no local de trabalho. Uma educação que se continue deveria mover estes valores, saberes e poderes para novas posições (D’Espiney, 2003). Com isto, a simultaneidade entre a teoria “e” a prática poderia transformá-los em “conceptores e executantes”, conforme proposição de Abreu (2003), que identifica nesse caráter difuso dos limites temporais e espaciais da formação nas Residências em Saúde a possibilidade de que ação e formação ocorram de forma indissociada. O terreno da Saúde se colocaria como um campo educativo do trabalho em Saúde, o exercício do trabalho como aprendizagem do trabalho em um ambiente onde o trabalho seja educativo.

Provavelmente por ser caracterizada como atividade prática, a atenção à saúde carece do reconhecimento de que a “atividade” inscreve ação, subjetivação e reflexão e de que a docência faria parte do complexo tripé ensino-aprendizagem-assistência em Saúde, articulando os campos da Educação e da Saúde. Mais ainda, talvez uma figura-chave para esta reflexão seja a imagem física da mandala com seu movimento multidimensional embasado na inter-relação entre elementos singulares que confluem para um centro ou dele se irradiam (Ceccim, 2005). As configurações de um processo formativo ou de trabalho seriam postos pela rede de relações entre

peçoas que se dizem respeito e não por organogramas de peçoas que dizem respeito às instituições disciplinares e mundos imóveis.

Os preceptores devem envolver-se ativamente em todas as fases da proposta pedagógica e assistencial, desde sua elaboração, passando pela seleção dos candidatos, pelo acolhimento aos novos residentes e pela recriação educativa dos ambientes de assistência. Contribuem com sugestões para a aquisição de insumos e equipamentos, em publicações e na qualificação dos próprios colegas, pois o *novo* mundo real do trabalho passa a inserir-lhes em uma posição colaborativa permanente e à disposição de pares entre atores sociais do cotidiano.

Quando o trabalho é imaterial

O trabalho contemporâneo passa a hegemonia de seu caráter físico ao caráter intelectual, não enfocado apenas a transformação da natureza (Cattani, 1997). Verifica-se uma elevada transição de trabalho material (valores dimensionáveis) para trabalho imaterial (valores sem dimensão), evidenciando-se a interação humana entre colegas e com os usuários de suas ações profissionais que produzem afeto, conhecimento e comunicação (Fonseca; Engelman; Giacomel, 2004). Cada vez mais a tradicional distinção entre trabalho manual e intelectual, ou material e imaterial passa a significar uma oposição e uma desvalorização injustificada entre o primeiro e o último termo de cada par, sendo o setor dos serviços, dentre eles os de atenção à saúde e de ensino formal, aqueles que permitem, com mais clareza, visualizar a indistinção (Dal Rosso, 2006; Fortunati, 2007) e, portanto, detectar caminhos à reconstrução do trabalho que valorize seus atores na produção de existências, saberes, mundos “e” produtos.

Atuando na interface entre Saúde e Educação, nem todos os preceptores da RIS/GHC reconhecem que a qualidade e a natureza de seu trabalho vêm mudando, caracterizando o exercício de um trabalho e a produção de um bem imaterial, como produção de conhecimento ou produção de si mesmo, como indicam Hardt e Negri (2004). Com frequência, os preceptores questionam seu próprio saber e sua prática, em uma interessante interrogação daquilo que fazem, supostamente bem, há muito tempo. As dicotomias entre saber e fazer, entretanto, são recomeçadas mais

uma vez e verifica-se a falta de reconhecimento de que o cuidar e o ensinar também representam trabalho, não só o atender e o prescrever.

Na condição de profissionais que exercem a assistência à saúde há muito tempo, expressam o temor de não possuírem aptidões flexíveis o suficiente para ampliarem seu âmbito de ação; contudo, é exigido que tomem decisões e que se responsabilizem por elas, transitando entre determinadas funções e hierarquias, além de maximizar seu tempo de produção. Novamente deparamo-nos com um fato singular: de um lado, crescem os encargos-tarefa, sem que tal ampliação tenha sido algo contemplado na agenda desses trabalhadores ante a Instituição; de outro, redimensiona-se o trabalho ante suas responsabilidades sociais para com o atendimento das necessidades em saúde das pessoas e do setor onde se inserem como atores produtivos.

Lazzarato e Negri (2001, p. 30) explicitam a totalidade do trabalho, ao lembrarem que

(...) a categoria clássica de trabalho se demonstra absolutamente insuficiente para dar conta da atividade do trabalho imaterial. Dentro desta atividade, é sempre mais difícil distinguir o tempo de trabalho do tempo da produção ou do tempo livre. Encontramo-nos em tempo de vida global, no qual é quase impossível distinguir entre o tempo produtivo e o tempo de lazer.

A demanda intensiva pelo intelecto, pelo encontro com o outro, pelo conhecimento adquirido e pelo cuidado é constante. Isto faz com que “os tempos de trabalho invadam os de não-trabalho”, como pontua Dal Rosso (2006, p. 76), aproximando-se do que Kamper (1997) relata em relação à situação vivida por professores universitários na década de 1990 na Alemanha, quando trabalhavam duas vezes mais do que os operários sindicalizados. Assim, a exigência de manter atitudes positivas em relação a tarefas, além das próprias da assistência, reforça a intensividade do trabalho exercido na instituição, já que todo o tempo é utilizado para tudo – atender, ensinar, orientar, pesquisar e aprender, o que impossibilita sua quantificação e mensuração de acordo com os critérios tradicionais vigentes (Gorz, 2005).

O desejo de aprender e de ensinar fica submetido às exigências concretas e formais, resultando na continuidade da compartimentalização do saber e do fazer, expresso por momentos e locais distintos para cada atividade, além de formas de expressão diferenciadas para cada uma. A desterritorialização daquele que cuida, ensina e orienta leva a uma atratividade do tempo e do espaço para o exercício profissional, rompendo o limite de um *tempo do trabalho* para ocupar um *tempo da vida* (Lazzarato, 2003). Este borramento dos limites entre elaborar e executar promove o desenvolvimento e a dessubjetivação/ressubjetivação do trabalhador.

O fruto do trabalho imaterial em Saúde possui um caráter de permanência e transformação de seu produtor e de seu consumidor, por meio da relação de serviço criada na interface entre ensino, assistência e pesquisa segundo formas tecnológicas específicas de comunicação. Outra característica perceptível neste setor é o seu desenrolar em redes e fluxos, em uma interdependência entre níveis e hierarquias, muitas vezes gerando contradições entre quem faz e quem coordena (Lazzarato; Negri, 2001).

Os movimentos contemporâneos de resgate da integralidade do olhar *sobre e com* os usuários dos serviços de atenção à saúde vêm sendo cerceados por um discurso de uma suposta qualificação do atendimento. Isto reforça o confronto entre assistência e atenção à saúde, representado pelo atendimento às demandas pontuais em contraposição a um olhar ampliado sobre as necessidades observadas e sentidas e não somente as queixas, sinais e sintomas. Simultaneamente, o processo de ensino e de aprendizagem em equipe e em serviço coloca em xeque o saber de quem sempre dominou um dos lados do binômio, neste caso o preceptor, visto que outros atores (residentes) passaram a demandar informações e a questionar atitudes terapêuticas intocadas até aquele momento. Esta seria uma demanda de “desaprendizagem” em seu aspecto mais radical, pois desarranjar um olhar vertical em prol de uma perspectiva horizontal constitui um desafio imenso (Rifkin, 2004). Ademais, é possível perceber a dificuldade em aceitar que o lugar de cada um possa ser dinamicamente intercambiado nas interfaces propostas, potencializando assim o sujeito da aprendizagem (e da atenção, certamente), qualquer que seja. Não se trata de aprender coisas; há que desaprender conceitos, práticas e valores perfeitamente instituídos e aceitos em nossa sociedade.

Uma perspectiva que ainda não foi plenamente alcançada é a constituição de momentos de reflexão teórica sobre o exercício profissional no desenrolar do cotidiano, tentando romper com a dicotomia teoria e prática. Parece ser difícil dar-se conta de que pensamos ao trabalhar e trabalhamos pensando, como se o tempo do trabalho tivesse que ser tão especializado quanto o da formação, como questionou Foucault (1987) ao focar o pensamento como o desterritorializador do trabalho e da formação, sempre que emergente. Uma vez que imanente, o pensamento, ainda que em diversidade de graus de potência, emergirá sempre.

A multidimensionalidade do pensar e do fazer

O ambiente hospitalar foi transformado de local de prestação ininterrupta apenas de serviços assistenciais em saúde, em espaço de ensino, aprendizagem e pesquisa. Entretanto, as relações de trabalho existentes não acompanharam esta evolução, pois durante muito tempo foi mantida uma perspectiva biomédica da assistência aos agravos à saúde de quem procura a instituição (Feuerwerker; Cecílio, 2007). Talvez aos médicos, pela presença da formação em serviço, a relação trabalho-educação tenha sido mais valorizada, enquanto às demais profissões relegou-se ao trabalho um lugar de *fazer aplicado*. Na enfermagem, onde a formação em serviço é central, ela ganha uma conotação impregnada pela divisão técnica e social do trabalho; é a educação dos enfermeiros para os auxiliares/técnicos em enfermagem, aos quais se reserva a renovação do trabalho prescrito por meio da educação continuada.

Atualizando estas situações para a RIS/GHC, fica evidente que o desafio de oferecer atendimento especializado de excelência disputa espaço e tempo com as exigências de uma formação em vários âmbitos da atenção, além de exercícios de gestão do trabalho que tragam relevância aos processos de ensino, de aprendizagem e de pesquisa. Perceber estas oportunidades e aproveitá-las deve fazer parte de uma instituição que queira e precise responder a demandas atuais no campo da Saúde que estão em permanente transformação.

Na medida em que surgem propostas de mudança do exercício profissional em saúde, a individualidade de determinada categoria é posta em xeque pelos coletivos de trabalho e por multiplicidades singulares.

A possibilidade de ver abalado um determinado poder também ameaça privilégios estabelecidos por uma etiqueta própria e exclusiva. O uso de jargões, atitudes e comportamentos, distintivos de outras práticas, mas não exclusivos delas, compõe relações de poder embasadas no olhar pretensamente cuidador, mas mais ainda, controlador e disciplinador. O surgimento de algo demarcado por outros códigos desencadeia temor e insegurança, desacomodando o tradicional.

À luz do quadro brevemente apresentado, é possível pensar em uma integração na formação de especialistas em Saúde não embasada apenas em um rearranjo do currículo, metodologia ou da intensidade da presença nos ambientes de trabalho, mas também no reconhecimento das esferas de produção de afeto e conhecimento implicado (Merhy, 2005). O fato de os preceptores saberem muito a respeito de determinado conteúdo e terem alcançado sucesso na carreira não garante o desenvolvimento adequado do exercício da docência nem da pesquisa, necessitando de estímulos permanentes para a reflexão e a proposição de alternativas viáveis de ensino e aprendizagem (Batista, 2005).

É interessante pensar sobre a multiplicidade de fatores que influenciam a política de educação para a formação de profissionais de saúde que avance além da técnica e da tecnologia. A base da reflexão deve ser o reconhecimento da complexidade da vida e da saúde, o rompimento de dogmas, a reconfiguração de paradigmas, a reconceitualização da atenção à saúde como cuidado e não apenas atendimento e seleção de perspectivas desde as quais se aposta na qualidade do sistema de Saúde. É necessário flexibilizar os limites até então rígidos entre categorias, entre saberes e entre fazeres, a fim de proporcionar a integração pela atenção que todos merecemos, superando a mera consultoria entre profissionais diversos para somente troca de informações (Pires, 1998).

Com a educação no trabalho ou por meio de um trabalho educativo, abre-se a possibilidade de que incidam sobre a qualidade do trabalho os valores educativos da requalificação e do pensamento, da reflexão e do reengendramento, tendo em vista a qualidade da vida daqueles que dependem de seu trabalho para ter um melhor viver, um melhor enfrentamento dos adocimentos e uma adequada atenção ao morrer.

Assim, a subjetividade dos atores envolvidos nos processos de formação que atuam na interface entre saúde, ensino e pesquisa jamais será a mesma sempre que for permeada pela perspectiva da complementaridade, pois a reinvenção do constituído contribui para uma reconstituição das relações (Fendler, 1998). Quanto mais questões forem propostas, maior a possibilidade de serem abertos caminhos e abordagens para as mesmas, fazendo com que novos estímulos recirculem e fortaleçam a vitalidade dos campos de formação e desenvolvimento.

Novos caminhos por trilhar

Seria importante identificar pontos de convergência e incongruência entre o que é prescrito formal ou informalmente aos preceptores na atuação como docentes em serviço; o que é produzido na situação de trabalho, conforme as possibilidades existentes, e o que é necessário na constituição de programas de educação em serviço para tornar visível como as relações, saberes, poderes e práticas (Vidal, 1997; Ferreira, 2003) estão se transformando e quais devem ser as agendas *de* e *para* trabalhadores em instituições de ensino e assistência. Isto pode ficar evidente nos efeitos em potencial sobre os atores afetados por esta modalidade de ensino, lembrando que nem tudo que é apre(e)ndido determina agir de forma automática (Canário, 2003).

É fundamental desinvestir os poderes instituídos, tendo ciência de que outros poderessẽẽ incorporados, mas que igualmente poderãõ ser identificados e reconfigurados com o andar da vida. Talvez assim possa ser reconhecido que a atuação dos preceptores na contemporaneidade deve ultrapassar a técnica e o tecnicismo e avançar para a produção de conhecimentos e afetos, ocupando tempos e espaços além do prescrito e autorizado, valorizando o realizado e o desejado, passando a permear outras dimensões de trabalho sustentadas por criação, curiosidade e aprendizagem do novo.

A experiência de ser preceptor; de fazer e pensar e de pensar fazendo; o quanto de trabalho imaterial e real, em composição com o trabalho material e o trabalho prescrito, existe neste exercício; e como estas pessoas gostariam de ser na relação com os residentes, constituem possíveis agendas de trabalho e prováveis elementos para produzir um referencial teórico inédito sobre este tema. Talvez, então, seja possível promover uma formação “anfíbia”, como metaforicamente

Almeida Filho (1997) refere-se às demandas e respostas transdisciplinares criadas em nosso tempo, junto aos profissionais de saúde da contemporaneidade.

No que se refere a uma teoria contemporânea do trabalho, a introdução das Residências em Área Profissional da Saúde no cotidiano das práticas em serviço não repercute apenas na qualificação de quadros para as novas gerações profissionais; seu impacto é imediato na recomposição e na qualidade imaterial e material do trabalho, devendo compor, portanto, a agenda de gestão do trabalho em Saúde. A viabilização da preceptoría de Residências em Área Profissional da Saúde, neste momento inovador aos serviços e sistemas de saúde, não pode ter seu valor *relativizado*; ela é condição de possibilidade para muitas das transformações desejadas pelos usuários das ações e dos serviços de saúde, devendo pertencer à construção da dedicação ao trabalho e do desenvolvimento institucional e profissional pelos gestores do SUS e pelo movimento organizado de trabalhadores do setor.

Referências

- ABREU, Wilson Correia de. Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In: CANÁRIO, Rui (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 2003. p. 147-168.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-20, 1997.
- BATISTA, Nildo Alves. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 283-294, 2005.
- BENDASSOLLI, Pedro Fernando. *Trabalho e identidade em tempos sombrios: insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho*. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007.
- BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.
- BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Normas regulamentadoras de atividades para formação*. s.d. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/utilidades/posgraduacao.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010a.
- BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC)*. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/risprojeto.pdf>> Acesso em: 29 jun. 2010b.

BRASIL. *Lei nº 11.129*, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2005.

BRITO, Jussara Cruz de. Verbetes “Trabalho prescrito” e “Trabalho real”. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Observatório dos Técnicos em Saúde (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 282-288.

CANÁRIO, Rui. Formação e mudança no campo da Saúde. In: CANÁRIO, Rui. *Formação e situações de trabalho*. 2. ed. Porto: Porto Editora, 2003. p. 117-146.

CATTANI, Antonio David (Org.). *Trabalho e tecnologia*: dicionário crítico. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben Araújo de (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2004. p. 259-278.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê “recursos humanos da saúde”, leia-se “coletivos organizados de produção da saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 161-180.

CLOS, Yves. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

D’ESPINEY, Luísa. Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, Rui (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, 2003. p. 169-188.

DAL ROSSO, Sadi. Trabalho: crise e reconstrução. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 295-320, 1996.

DAL ROSSO, Sadi. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 65-91, 2006.

FENDLER, Lynn. What is it impossible to think? A genealogy of the educated subject. In: POPKEWITZ, Thomas S.; BRENNAN, Marie (Eds.). *Foucault’s challenge: discourse, knowledge and power in education*. New York: Teachers College Press, 1998. p. 39-63.

FERREIRA, Mário César. O sujeito forja o ambiente, o ambiente “forja” o sujeito: mediação indivíduo-ambiente em ergonomia da atividade. In: FERREIRA, Mário César; DAL ROSSO, Sadi (Orgs.). *A regulação social do trabalho*. Brasília, DF: Paralelo 15, 2003. p. 21-46.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira de. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FONSECA, Tânia Maria Galli; ENGELMAN, Selda; GIACOMEL, Angélica Elisa. A emergência da economia imaterial e as mudanças subjetivas contemporâneas. In: MERLO, Álvaro Roberto Crespo (Org.). *Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 23-42.

FORTUNATI, Leopoldina. Immaterial labor and its machinization. *Ephemera: theory and politics in organization*, v. 7, n. 1, p.139-157, 2007.

FOUCAULT, Michel. Disciplina. In: FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987. p. 125-204.

GORZ, André. *Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica*. São Paulo: Annablume, 2003.

GORZ, André. *O imaterial: conhecimento, valor e capital*. São Paulo: Annablume, 2005.

HARDT, Michael; NEGRI, Antonio. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

KAMPER, Dietmar. *O trabalho como vida*. São Paulo: Annablume, 1997.

LAZZARATO, Maurizio. *Para uma redefinição do conceito de "bio-política"*, 2003. Disponível em: <<http://midiaindependente.org/pt/red/2003/09/262958.shtml>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MORAIS, José Luis Bolzan de. *A subjetividade do tempo: uma perspectiva transdisciplinar do direito e da democracia*. Porto Alegre: Livraria do Advogado/Santa Cruz do Sul, RS: Edunisc, 1998.

PIRES, Marília Freitas de Campos. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade no ensino. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 173-182, 1998.

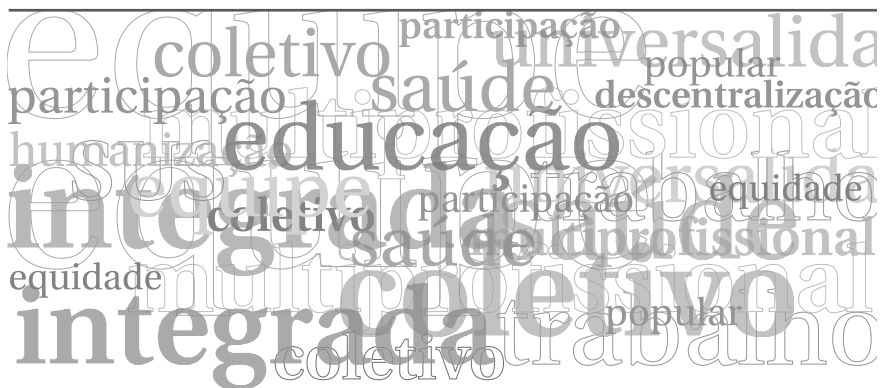
RIFKIN, Jeremy. *A era do acesso*. São Paulo: Makron Books, 2004.

SANTOS, Eloísa Helena. Trabalho prescrito e real no atual mundo do trabalho. *Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, n. 1, p. 14-27, 1997.

SCHWARTZ, Yves. Introdução II. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói, RJ: Ed. UFF, 2007. p. 21-22.

STEINER, George. *Lições dos mestres*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

VIDAL, Mário César. A materialidade da organização do trabalho como objeto da intervenção ergonômica. In: SILVA FILHO, João Ferreira da; JARDIM, Sílvia (Orgs.). *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997. p. 89-138.



A RELAÇÃO ENTRE PRECEPTORES E RESIDENTES: PERCURSOS E PERCALÇOS

Ana Cláudia Santos Meira

Anisia Reginatti Martins

Milene Calderaro Martins

O tempo de relacionamento firmado entre preceptor e residente é longo: desde o início da Residência, serão dois anos nos quais um fará parte da vida do outro. Da vida profissional, sem dúvida: o preceptor, segundo o Manual da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), é aquele que tem a função de acompanhar, ensinar, supervisionar, auxiliar o residente na formação que agora ele inicia.

Conforme o Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC, os preceptores atuarão como referência para o residente, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e os demais serviços com os quais estabelecerão relação durante o desenvolvimento da Residência. São responsáveis pela orientação dos residentes nos conhecimentos relativos a campo e núcleo em sua área de atuação, bem como com relação às ações interdisciplinares. Neste sentido, tais profissionais deverão possuir os seguintes requisitos: dois anos de experiência na área de atuação e/ou Residência completa e/ou pós-graduação na área; disponibilidade e disposição para trabalhar com os

residentes e fazer a articulação com o serviço e equipe de saúde; compreensão de que o residente é um profissional em formação; conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e como sua área de atuação se articula às demais do Sistema; conhecimento e identificação com o projeto da RIS/GHC; disponibilidade para se envolver com as atividades de formação teóricas desenvolvidas nos serviços; integrar os conteúdos trabalhados nos diferentes espaços de formação teórica com o trabalho cotidiano nos espaços de formação em serviço.

A supervisão corresponde a um dos modelos mais antigos de ensinar e de aprender um ofício, uma técnica ou uma profissão; todavia, mesmo com toda esta trajetória temporal, ainda é instigante e complexa. Conforme definem Brunstein e Boff (1991, p. 118), “os trabalhadores adotam, de maneira geral, o entendimento de que a transmissão do conhecimento teórico, embora tenha significado, não é o principal objetivo da supervisão. O mais importante é a contribuição para o crescimento e o desenvolvimento do supervisionado”.

O residente, com sua presença tácita, faz movimentar a vida profissional do preceptor, que terá que ler mais e estudar mais, para se instrumentalizar nos desafios que acompanham cada novo residente que chega. Assim, é um processo enriquecedor para todos os atores envolvidos, na medida em que produz o *efeito dominó* em uma equipe que passa a refletir sobre seu processo de trabalho, desacomodando alguns membros, desencadeando conflitos e produzindo mudanças.

Nossa ideia neste texto é pensar sobre o envolvimento entre esta dupla, a partir de experiências vividas por nós com nossos residentes, bem como a partir do relato de colegas, da nossa e das outras Ênfases⁵⁷. Acreditamos que, ainda que sejam situações particulares, outros preceptores, de Residências diversas, passaram e passam por isso de forma semelhante.

Entre percursos e percalços...

Muitas vezes, no exame de situações cotidianas, nos detemos em aspectos mais concretos, ou seja, valorizamos mais o *óbvio* do que o *sutil*,

⁵⁷ Compomos a Ênfase em Saúde Mental e, além dela, a RIS/GHC é integrada pelas ênfases em Saúde da Família e Comunidade, Atenção ao Paciente Crítico e Oncologia e Hematologia.

quando na verdade há uma importante dimensão simbólica imbricada nessas relações, que geralmente não é analisada e, portanto, é pouco compreendida, que é a dimensão institucional. Nesse sentido, entender a relação preceptor e residente significa também considerar o atravessamento das influências institucionais.

A RIS, com seu caráter interdisciplinar, propõe-se a desacomodar paradigmas que a instituição cria como mecanismos próprios para se manter. São determinações que aparecem de forma concentrada e estabelecida, capazes de exercer um controle sobre o coletivo. Na verdade, são meios que o sistema encontra para garantir a organização do que já está instituído. Isso significaria desconstruir todo um conjunto de normas pré-estabelecidas, o que geraria insegurança. Um exemplo disso está na necessidade de redistribuição da carga-horária dos preceptores e orientadores de serviço, que devem incluir, dentro de sua prática de assistência, o ensino e a pesquisa. Precisamos acompanhar, orientar, planejar e executar outras funções que até então não faziam parte do cotidiano do serviço, enfim, com certa frequência ampliando as possibilidades e, conseqüentemente, construindo formas de atuação que venham ao encontro de nosso próprio discurso.

O projeto político institucional do GHC contempla a identidade da RIS; para isso, requer ampla parceria técnico-administrativa, sem que se realizem e satisfaçam somente as necessidades prático-burocráticas da instituição. Além de um senso de contribuição e cooperação, é ainda necessário que todos os setores tenham o conhecimento e a compreensão desta proposta. Porém, todas as dificuldades encontradas em um processo de trabalho em equipe podem estar implicadas no desenvolvimento da proposta de formação da RIS.

Em muitos momentos, podemos nos ver na condição de expectadores, não como sujeitos passivos ou subjugados, mas resistentes ao poder instituído que, na maioria das vezes, nos exige o cumprimento do papel tradicional e reducionista, aquele que estamos ávidos em ver superado. Em resposta, nem sempre aceitamos o que vem determinado; portanto, “recuar” passa a ser em algumas situações uma estratégia de resistência para uma possível mudança futura, na qual o tempo pode ser o nosso melhor amigo. E assim vamos construindo uma nova forma de ensino-pesquisa-assistência, comemorando cada conquista.

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população em um serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação, ou seja, sem que seja realizada uma renovação cultural das práticas e dos pensares em saúde. Para tanto, são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de co-responsabilização, de co-gestão e de grupalização. A tarefa, assim, se apresenta dupla e inequívoca: produção de saúde e produção de sujeitos. (Baldisserotto, Fajardo, Pasini et al., 2006, p. 365-6)

Isso implica um trabalho lento, mas progressivo, que requer envolvimento, dedicação, paciência e muita força de vontade, pois muitas vezes “é preciso agir sobre a própria instituição – é preciso tratar a instituição” (Lapassade, 1989, p. 13) e, para isso, precisamos nos transformar constantemente.

Em decorrência dessas mudanças, é natural termos que traduzir significados e analisar o cotidiano desse processo; enfim, dar sentido ao que se passa nos grupos nos quais estamos inseridos.

Tanto da parte do preceptor como daquela do residente, aspectos da personalidade, do jeito, do caráter individual, entram em cena, provocando ações e reações, e mobilizando. A história pessoal, a vivência pregressa, as experiências já vividas, tudo isso integra este novo profissional que nos chega e a quem temos de acompanhar.

Ser preceptor em uma Residência é muito mais do que ser supervisor; implica acompanhar o dia a dia, todos os dias, muitas ações. Significa estar na prática junto com o residente, em um grupo, em uma oficina, e observar *in loco* sua atuação, sua postura, sua capacidade de proximidade com os usuários de nosso serviço. Abrange ver este residente em espaços diversos do atendimento individual, como na ambiência, no almoço com os pacientes, nos grupos, na avaliação e nos seminários.

Representa ter para com ele um olhar tão *integral* como prevê o princípio da integralidade do SUS para os usuários de nossos serviços. Dito de outra forma, temos sob nossa responsabilidade o aprendizado do residente na Ênfase na qual ele faz sua formação. Ele aprenderá a atender, orientar, coordenar grupos e avaliar. Todavia, muito mais do que isso, temos o dever de também dar conta de aspectos de sua personalidade, ou seja, de sua dinâmica: o que, de sua personalidade se atravessa no desempenho de suas funções, o que lhe impede de, por exemplo, posicionar-se frente a alguns membros da equipe.

O fato de nossa Residência ser multiprofissional traz ainda novos desdobramentos, na medida em que temos aqueles residentes de nossos núcleos – e pelos quais somos *formalmente* mais responsáveis – mas também os dos demais núcleos profissionais e que estão – direta ou indiretamente – ligados a nós, seja em seminários, oficinas e reuniões, ou no cotidiano. Logo se deslinda a complexa rede que se constrói desde então. Aí o que parecia *simplesmente* ensinar já não é mais só isso.

Na Ênfase em Saúde Mental, temos dez residentes – são cinco residentes do primeiro ano (R1) e cinco residentes do segundo ano (R2) –, o que converte esta variedade em campo fértil para transferências e contratransferências cruzadas. Logo, para além destas batalhas – às vezes ganhas, às vezes perdidas – temos nossa vida pessoal, que também se faz presente e se mistura no que seria *somente* a orientação técnica do trabalho dos residentes – é muito mais do que isso.

Aparecerão evidências de transferências e contratransferências entre a dupla que podem vir a interferir na relação ensino-aprendizado. O preceptor deve possuir características positivas capazes de produzir uma relação efetiva neste processo. Dependerá das capacidades de cada um e de como este vai interagir com o residente no decorrer destes dois anos, pois, para desempenhar esta função, é necessário que tenha capacidade de ensinar, de desenvolver um bom relacionamento e habilidade para apontar os problemas que o residente possa apresentar. Conforme pontua Schestatsky (1991, p. 83), “em geral há um certo consenso sobre a importância, adequação e intervenções didático-cognitivas do supervisor”.

Neste modelo de formação da RIS, a supervisão privilegia intervenções mais ativas e elucidativas, permitindo ao preceptor acompanhar

diretamente algumas práticas de seu residente, mas também permite ao residente observar o exercício da prática de seu preceptor. Deparamo-nos com uma realidade diferenciada do modelo clássico das instituições de formação. No contato cotidiano com os residentes, nosso próprio modelo de assistência é colocado em xeque, porque fazemos parte da equipe que implementa este serviço. Também nossas ações específicas do núcleo de formação estão sendo avaliadas, pois estes profissionais já chegam amiúde com uma bagagem de conhecimento e prática.

Implica termos a capacidade de trabalhar na proposta interdisciplinar. O preceptor deve ser capaz de confiar em seu colega, considerando as colocações que o mesmo traz a respeito do residente, pois isso poderá auxiliar no processo de avaliação do mesmo. O residente de cada núcleo estará atuando no campo específico da Saúde Mental, o que significa estar na prática juntamente com profissionais de outros núcleos dentro de sua equipe. Conforme Siqueira (2002, p. 27), “à medida que os indivíduos envolvem-se tanto em tomar decisões como em executá-las, um maior número de aspectos de suas habilidades são descobertos e ficam evidentes mais oportunidades para o crescimento pessoal”.

O processo de avaliação torna-se, então, muito complexo, convertendo-se em uma *via de duas mãos*, podendo facilitar ou dificultar, dependendo da relação já estabelecida previamente entre a dupla. Conforme ressalta Rabaglio (2004, p. 5), “precisamos desenvolver algumas formas de fazer com que a avaliação seja menos subjetiva”, ou seja, garantindo ao residente que ela seja o mais transparente e criteriosa possível, baseada em princípios éticos, propósitos claros e que tenham como foco o desenvolvimento do sujeito como um todo.

As intervenções do supervisor devem variar de acordo com o perfil do residente que chega, considerando a trajetória acadêmica e profissional de cada um. Por ser um modelo de formação em serviço com pequeno número de programas pelo Brasil, é muito frequente a vinda de profissionais de diferentes Estados do Brasil, o que faz com que tenhamos que ficar mais atentos para o processo de supervisão, visto que os currículos da formação acadêmica são ainda muito distintos mesmo nos núcleos específicos. Ainda neste mesmo plano, devemos verificar como são tratadas as políticas de saúde mental no Estado em que fez a sua formação e qual a visão que o residente traz a respeito de sua prática.

Também não podemos esquecer as dificuldades que poderá apresentar em seu processo de formação por estar amiúde afastado da família e da relação com os amigos, enfrentando uma cultura por vezes muito diferente da sua.

É importante observarmos as características de personalidade de cada residente. Contudo, é essencial estarmos atentos para não correremos o risco de converter o espaço de supervisão em um momento de cuidado de outro caráter ao residente. Quando não está mais em nossa alçada, devemos ajudá-lo, se for o caso, a encontrar ou sugerir um profissional que possa acompanhá-lo.

Rocha (1995, p. 939) alerta que, embora não sejamos nem um terapeuta, nem um professor, podemos ser alvos – na supervisão – de demandas por parte do supervisando, que nos coloca nestes lugares: “seja da posição de analista, seja da posição de professor, o supervisor presta-se com facilidade a tornar-se objeto de idealização e de transferência⁵⁸”. A condução, segundo este autor, é que essa transferência não seja estimulada e que o narcisismo do supervisando *depositado* no supervisor seja devolvido a ele.

A posição do supervisor, à semelhança do mestre Zen, é a de abrir para o supervisando um campo de possibilidades, fazendo-o ao mesmo tempo entender que tanto a escolha do caminho, quanto o processo para vivenciá-lo, será sempre uma vivência solitária. Longe de se assemelhar a um professor, cuja preocupação é a de fornecer conteúdos, teorias, o supervisor, em analogia ao mestre Zen, é aquele que conduz o supervisando a se despojar de todas as fórmulas, a fim de que possa constatar que cada paciente será sempre uma surpresa. (Rocha, 1995, p. 941)

Não será uma tarefa fácil, como não é qualquer relação humana em que a proximidade nos faz estar presentes com tudo o que sabemos e com o que não sabemos. Porém, esta relação em especial – entre preceptor e residente – tem suas peculiaridades: será uma relação de formação, na qual componentes como hierarquia, poder, avaliação, aprovação e reprovação garantem *pontos*

⁵⁸Transferência é o deslocamento, a repetição para alguma pessoa do presente, de vivências, impressões, sentimentos e conflitos vividos originalmente com nossos pais, em um período pretérito de nossa vida.

delicados a dar conta, pensando na formação em uma instituição de saúde e na proposta de ensino em serviço para qualificação de profissionais habilitados para gestão e assistência de políticas públicas do SUS.

Muitas qualidades de relação se misturam. Em algumas situações, não é difícil assumir o papel de uma preceptora-mãe que ordena, manda e castiga, reforçando algo que, logo, se converte em um círculo vicioso. É preciso ficar permanentemente atento para as armadilhas que nossas ações e reações emocionais preparam e, assim, convertê-las em um instrumento do processo junto ao residente.

Um dos sentimentos a que precisamos estar atentos é aquele despertado por uma relação positiva, porém idealizada. É fácil – devido a nossos aspectos narcisistas – reforçarmos uma atitude que, se de início era de admiração, transforma-se em idealização. Por ela, temos a “vantagem” de parecermos perfeitos, na medida em que temos um “aprendiz” que diz de nossa capacidade, de nosso conhecimento, de nossas habilidades. O problema se instala quando – embebidos em uma imagem parcial que considera apenas nossos atributos positivos – formamos um conluio com o residente: tudo fica bem na relação, contanto que, da mesma forma que ele nega nossos *defeitos* e nossas limitações, nós também nos ceguemos para aspectos nos quais ele está falho no exercício de suas atividades e em sua aprendizagem. Logo, o processo fica com pontos cegos.

Um funcionamento deste tipo é danoso para a relação no presente, o é igualmente para as relações futuras do residente, pois – quando membro de uma outra equipe, não mais como residente, mas como profissional contratado, poderá seguir estabelecendo relações de idealização. Por ser este um movimento humano, quando este conluio quebra, ocorrem situações conflitantes que acabam por criar instabilidade na relação com o contexto geral do serviço. Aparecem dificuldades que antes não eram evidenciadas, o que dificulta, além do ensino-aprendizagem, o processo terapêutico de cada usuário que se utiliza do serviço.

O corolário da idealização do preceptor é que mantemos o residente em uma posição de infantilização. Isso fica disfarçado por uma exaltação mútua, mas esconde – na verdade – muita hostilidade ou, no mínimo, uma falta de condição de estabelecer relações mais maduras, nas quais os objetos são vistos e vividos como objetos totais e reais.

Algumas vezes, podemos desenvolver uma atitude super-protetora do residente, fazendo enfrentamentos ou questionamentos que *ele* deveria fazer. A consequência disto, porém, é que alimentamos uma atitude dependente, infantilizando o residente e indo de encontro com o que é a proposta de formação e com sua própria condição, pois – não podemos esquecer – ele já é um profissional, não mais um aluno, não mais um estudante.

A inevitável comparação (que é do ser humano) facilita muitas vezes a dissociação⁵⁹. Os próprios residentes acabam, pela dinâmica grupal, assumindo diferentes papéis, muitas vezes por conta do olhar que o grupo lança a ela, e porque ele mesmo assume. Assim, nós preceptores acabamos por *comprar* a ideia de que um é aquele que toma mais iniciativa, o outro é o mais acomodado, um terceiro é o mais maduro, um quarto é o que participa mais.

Outra situação que observamos é de um residente que se mostra disponível *demais*. Acabamos por pedir tudo a ele, responsabilizando-o por coisas que os demais também poderiam assumir – faria parte de sua formação que assumissem. Este residente fica em um papel mais valorizado e, assim, sente-se superior aos demais. Converte-se, contudo, em alvo de inveja e passa a ser atacado pelo grupo, o que vem a reforçar a *proteção* dos preceptores frente à discriminação que começa a acontecer: uma trama que se alimenta e se retro-alimenta, uma ação que provoca uma reação, que provoca outra ação e assim por diante.

Quando é o residente que nos *instiga* inconscientemente a exercer estes lugares, talvez seja até mais fácil de perceber, analisar e resolver internamente. Todavia, quando há aspectos de nossa própria história, que podem ser idênticas ou semelhantes às histórias dos residentes, em um primeiro momento isso nos coloca em contato com os mais variados sentimentos e pode até mesmo nos deixar imobilizados.

Com efeito, as características do residente podem mobilizar sentimentos e vivências não elaborados ou mal resolvidos do preceptor. A relação com autoridades é um exemplo. O que normalmente acontece é que logramos um ponto ótimo entre sermos de fato *figuras de autoridade* – no sentido de que temos inegavelmente um lugar diferenciado na formação profissional – e, ao mesmo tempo, sermos parceiros de modo que não usemos as insígnias de uma

⁵⁹ Mecanismo de defesa do ego que busca separar aspectos positivos e negativos, e como que distribuí-los em separado, a pessoas diferentes.

função para exercer *poder* sobre quem nos é *subordinado*. O desafio talvez seja justamente discriminar o que é nosso e o que vem do residente.

Além disto, a dinâmica da equipe, como grupo, sem dúvida afeta o residente. Às vezes, algum membro da equipe se vê sob tensão ou desmotivado; outro tenta impor suas ideias e com isso desagrada e entra em conflito com o grupo. São percalços geralmente contínuos e intensos que, em muitas ocasiões, deixamos passar despercebidos, justificando como sendo situações naturais, pertencentes a todo grupo social.

Por isso, é importante a contribuição da equipe para, em um primeiro momento, sermos acolhidos e escutados. É onde podemos nos socorrer de forma ética e ouvir um colega que não está tão envolvido com aquele residente em específico. A grande vantagem neste aspecto é que podemos contar com uma estrutura interdisciplinar e com o próprio colegiado de preceptores. Temos portos onde ancorar nossas angústias, dúvidas, frustrações...

Entretanto, também existem momentos de criação, que igualmente integram esse período de formação do residente, quando há uma sintonia mútua no ambiente de trabalho, possibilitando o exercício livre da criatividade e do conhecimento.

Khoury e Herrmann (1997) definem o supervisor como um modelo de conduta que se mantém receptivo aos sentimentos como medo, excitação, ansiedade, necessidade de falar. Ao poder escutar sem tentar determinar imediatamente uma linha de intervenção, deixa um campo livre, tanto para que se revelem as angústias, quanto para que emergjam, no próprio estilo de cada profissional em formação, seus próprios recursos.

Para estes autores, o residente deve identificar-se consigo mesmo, para chegar a quem já é, mas ainda não o sabe; a supervisão serviria aí para mediar o processo. Falam de *apropriar-se de si mesmo*:

Ofereci-lhe sua própria forma, não necessariamente a minha, para a que dela se aproprie e amadureça. Apropriar-se do estado emocional que leva o analista a realizar certo ato, identificar-se com ele até conseguir transformá-lo interiormente num esboço de instrumento técnico, por meio da tradução viva que lhe possa oferecer o supervisor – este é um dos circuitos mais básicos do processo de supervisão. (Khoury; Herrmann, 1997, p. 213)

São ideias que surgem no cotidiano capazes de movimentar e produzir novas clínicas, fazendo com que as equipes repensem seus modelos e agreguem em suas práticas novas teorias. Desse modo, temos a possibilidade de reavaliar nossas condutas, desde que estejamos dispostos a observar e entender essa nova forma de se relacionar no trabalho e a partir dele.

E neste percurso, onde aportamos...

Merhy (2004, p. 3) indica que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são “lugares de manifestação dos grandes conflitos e desafios”. Por estarem onde ele denomina o “olho do furacão”, devem e podem usufruir das dúvidas e das experimentações, como um elemento positivo e como um marcador contra os que possam imaginar que ele já é o lugar das certezas. Sugerimos que a presença dos residentes nos CAPS onde trabalhamos também cumpre este papel de nos colocar em uma posição de dúvidas e de experimentações, em uma postura aberta que concebe a possibilidade de questionar a si mesma.

Nesta relação, entre preceptores e residentes, somos desafiados em nossa *autoridade*, somos observados e questionados. Seguimos daí por dois caminhos, quais sejam: ou repudiamos a movimentação toda que o residente provoca e, se não nos dispomos a este “re-olhar”, nos defendemos e nos fechamos, nos sentindo atacados e invadidos. Ou aproveitamos para crescer, mudar, rever nossas posições, muitas vezes, fixas por demais.

Apostar alto deste jeito é se permitir usufruir de ser lugar do novo e do acontecer em aberto e experimental, é construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não-pensadas e não-resolvidas, para quem tem que construir suas caixas de ferramentas.
(Merhy, 2004, p. 5)

Na busca de material bibliográfico sobre o tema de nosso artigo, nos deparamos com uma escassez de artigos ou livros que tratassem mais diretamente do assunto. Então, procuramos pensar sobre os motivos pelos quais aqueles que estão nesta prática há anos não publicam, o que pode sinalizar diversas dificuldades. Todavia, desejamos destacar a possível dificuldade de pensar e escrever sobre si. Parece mais fácil escrever sobre

temas teóricos e, ao contrário, ser muito mobilizador pensar sobre nossa prática e nosso papel como *formadores* de profissionais para o SUS.

Contudo, nós resolvemos enfrentar este desafio, para que, como propõe Merhy (2004, p. 6),

partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também, não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que não dão certo; e, com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir “escutas” do nosso fazer cotidiano para captar estes ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, mas se está diante da permanente tensão entre o novo e o velho fazer...

A vivência de *ser preceptor* apresenta-se como muito complexa e, no dia a dia, parece-nos impossível dar conta do tripé a que se propõe nossa instituição: assistência-ensino-pesquisa, e no qual também estamos envolvidos. Cada ano inicia com novos residentes, e nós nos questionamos sobre como conseguimos dar conta. Percebemos tudo o que foi atingido quando fazemos a avaliação. Bem, nos realimentamos de um período de férias e começamos tudo de novo *com aquele gás* para continuar esta trajetória que é da instituição, mas que também é nossa. É *minha* e *tua* e diz respeito ao empenho de cada preceptor e orientador de serviço envolvido neste processo, para que ele dê certo.

Referências

BALISSEROTTO, Julio; FAJARDO, Ananyr; PASINI, Vera Lúcia et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Textos Básicos de Saúde: Série B*, 2006. p. 356-373

BRUNSTEIN, Bernardo; BOFF, Almerindo. Ética e supervisão. In: MABILDE, Luiz Carlos (Org.). *Supervisão em psiquiatria e em psicoterapia analítica, teoria e técnica*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1991. p. 115-134.

KHOURI, Magda; HERRMANN, Fábio Supervisão: apropriar-se de si mesmo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 207-213, 1997.

LAPASSADE, Georges. *Grupos, organizações e instituições*. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

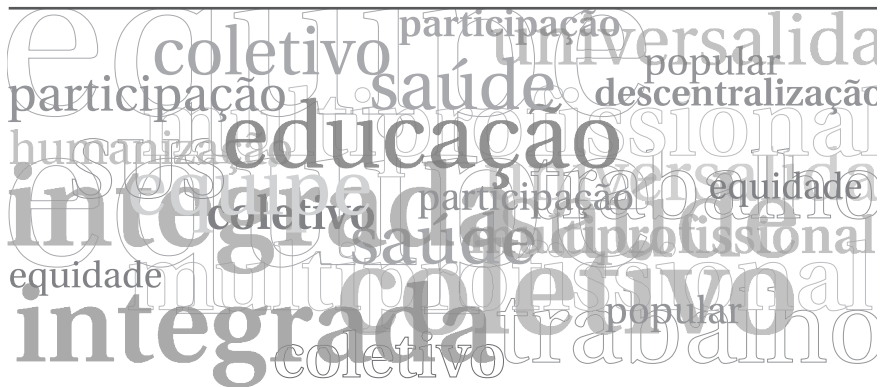
MERHY, Emerson Elias. *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores*, 2004. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/artigos.html>. Acesso em: 06 jan. 2008.

RABAGLIO, Maria Odete. *Ferramentas de avaliação de performance com foco em competências*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

ROCHA, Fernando José Barbosa. Sobre a transferência na supervisão dita “oficial”. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 915-923, 1995.

SCHESTATSKY, Sidnei S. As intervenções do supervisor. In: MABILDE, Luiz Carlos (Org.). *Supervisão em psiquiatria e em psicoterapia analítica, teoria e técnica*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1991. p. 73-87.

SIQUEIRA, W. *Avaliação de desempenho: como romper as amarras e superar modelos ultrapassados*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.



ENTRE NORMA E EXISTÊNCIA: CENAS DA FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

*Ana Carolina Rios Simoni
Simone Moschen Rickes*

Entre

Contava uma residente de Psicologia, atravessada por muitos interrogantes, que em uma visita domiciliar, ela e uma colega, residente de Medicina, atenderam a uma mulher que ameaçava colocar fogo em sua casa. A casa, repleta de objetos coletados no lixo, tinha sua estrutura comprometida, fosse ou não consumado o plano de incêndio. A experiência de intervir fora da Unidade Básica de Saúde (UBS) aparecia na narrativa da residente como algo desconhecido, campo de incertezas e de imanência de perguntas. Segue a cena com uma delas pondo-se a convencer a mulher a não levar todo aquele lixo para dentro de casa. Tentava também orientá-la a tomar sua medicação para uma doença de pele, que já atingira grande parte de seu corpo. A outra concentrou seus esforços em argumentar com a anfitriã sobre seu visível mal-estar na casa e que talvez não fosse preciso incendiá-la, mas acompanhá-las até a UBS onde, quem sabe, pudesse sentir-se mais segura. A mulher tinha dois filhos que estavam aos cuidados da tia, quem solicitou o socorro dos profissionais da UBS, referindo que não conseguia mais cuidar da irmã e que tudo que ainda poderia fazer era proteger seus

filhos. Diante do discurso quase inacessível da mulher e de seu impactante espaço de vida, as residentes experimentaram-se questionando suas formas de intervir.

“Até onde vai o meu papel? Até que ponto a UBS tem que intervir, ou até que ponto isso é a história de uma família, e a gente não deve intervir? Essa fronteira é uma fronteira muito nebulosa” – dizia outro residente também interrogado por uma visita domiciliar feita a partir da solicitação de vizinhos à família de um rapaz que há cinco anos não saía de casa. Apenas na terceira tentativa de visita, a mãe permitira que a equipe da unidade entrasse, porém seguira sustentando a impossibilidade de se falar com o rapaz. Ele – que já se tornara uma *lenda* no bairro, pois ninguém garantia que ainda estivesse vivo – habitava uma peça nos fundos de um pequeno terreno, compartilhando-a com cerca de trinta cachorros que circulavam por ali. Ao entrar na casa, cuja arquitetura colonial chamava a atenção e cujos cheiros e cores contrastavam com a assepsia e claridade da UBS, as únicas ideias que vinham à cabeça do médico residente propunham soluções autoritárias. Sentia-se tomado pelo impulso de resolver *o que estava errado*. Pensou em chamar a polícia, a vigilância sanitária e todas as instâncias normativas que se poderia imaginar. Aquela vivência de caos, de dispersão – já que o que ele via não encontrava lugar em seu código de leitura do mundo – levava-o a querer pôr ordem no espaço com urgência. Mas que ordem? Com que natureza de encerro se estava tratando?

Situações-limite como estas, quando o cotidiano resiste à captura pelo conhecimento e a alteridade pede passagem, são o dia a dia dos profissionais de saúde e colocam-se como impasses importantes em seus percursos de formação. Evidenciam as frestas de seu conhecimento, interrogam seu lugar de saber, desafiam os protocolos, as técnicas, as generalizações. Empurram-lhes a lugares fronteiriços: entre a rua e a morada, a palavra e o ato, a norma e a existência, o que se sabe e a impossibilidade do saber. A essa região da experiência desenhada pelos impasses do cuidado, chamaremos *entre*, tomando-o em uma dupla referência. Como lugar intersticial, espaço de afetação entre eu e o outro, que se nutre da potência do inominável intrínseco a qualquer leitura singular do vivido; e como imperativo do verbo entrar, convite, convocação, palavra que acompanha o gesto de abrir a porta.

As cenas que abrem este texto foram narradas por residentes em formação em equipes multiprofissionais organizadas a partir da criação da Residência Integrada em Saúde na cidade de Porto Alegre. Tais testemunhos forneceram a matéria-prima para reflexões acerca dos impasses da atenção ao sofrimento psíquico, apresentadas na dissertação de mestrado intitulada “A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental” (Simoni, 2007). A ideia de que o atravessamento do componente da multiprofissionalidade no espaço da atenção e formação em saúde poderia produzir um solo fértil para a construção de novos saberes e práticas foi propulsora da escolha do campo de pesquisa.

No relato de muitos residentes – para não dizer de todos – aparece de forma decisiva a presença dos colegas de outras profissões no desdobramento dos impasses enfrentados. Seja pelo compartilhamento, seja pelo confronto, acolhida ou abandono, o outro esteve ali e deixou suas marcas. Por outro lado, as narrativas também chamam a atenção pelo modo como põem em cena uma emergência, mas que, frequentemente, não aparece primeiro do lado do usuário. Trata-se de algo que emerge nos profissionais – nesse caso, em formação; mas talvez pudéssemos dizer que tal experiência não é exclusividade deles – os quais se viam, não raro, sem saber como intervir. É o estrangeiro que se precipita na medida em que se lança o gesto de dizer *entre* ao enigma que a dor do outro porta.

Abrir a porta à alteridade é, justamente, a questão da qual se ocupa Derrida (2003) quando nos oferece uma leitura acerca da hospitalidade, possibilitando que recoloquemos a problemática a ser desdobrada aqui. Discorrendo sobre os impasses produzidos pela chegada do estrangeiro no país do outro, e valendo-se da polissemia da palavra *hôte*, que em francês significa, ao mesmo tempo, hóspede e anfitrião, Derrida (2003) convida-nos a interrogar as posições, os lugares e as leis da hospitalidade. Esta põe em cena o lugar como morada e como exílio, como lar e como terra estrangeira, instaurando uma posição desde onde se experimentam estes lugares que trazem em si um paradoxo: é-se sempre um hóspede-anfitrião. Hôte remete-nos a um espaço de encontro com(o) outro, onde as posições hóspede e anfitrião estão reciprocamente incluídas, diferenciando-se por uma espécie de torção, de dobra.

(...) é como se o senhor estivesse, enquanto senhor, prisioneiro de seu lugar e de seu poder, de sua ipseidade, de sua subjetividade (sua subjetividade é refém). É mesmo o senhor, o convidador, o hospedeiro convidador que se torna refém – que sempre o terá sido, na verdade. E o hóspede, o refém convidado (guest), torna-se convidador do convidador, o senhor do hospedeiro (host). O hospedeiro torna-se hóspede do hóspede. O hóspede (guest) torna-se hospedeiro do (host) hospedeiro (host). Essas substituições fazem de todos e de cada um refém do outro. (Derrida, 2003, p. 109)

O encontro entre usuário e profissional de saúde pode ser pensado nos termos da hospitalidade, onde o anfitrião é hóspede do hóspede; e o hóspede, anfitrião do anfitrião. Sua especificidade diz respeito ao fato de que é o sofrimento do outro que está no primeiro plano da cena. Em relação a ele, seríamos sempre, apenas e por sorte, estrangeiros. Há um abismo entre o sofrimento alheio e nossa posição de nomeação, de compreensão, de intervenção, o que não quer dizer que nos resta recuar ou que nada poderíamos fazer. É porque tal intervalo existe que precisamos inventar formas de acolhida. O que a proposição derridiana permite-nos pensar é, justamente, que dar hospitalidade implica deixar-se tomar pela língua do outro, ao invés de fazê-lo falar a língua do anfitrião.

Na cena mais corriqueiramente visível dos serviços de saúde, vemos desenrolar-se um pedido de cura a alguém no lugar do saber total, do conhecedor da solução, do senhor do lugar. Há, porém, outra cena menos presente em nosso imaginário, mas tão possível quanto insistente. Nessa, o senhor do lugar é convidado a percorrer a dobra⁶⁰ do anfitrião (hospedeiro) ao hóspede, a renunciar à posição de saber e experimentar a estrangeirice que lhe concerne. Desde aí, não é só o usuário que aparece como alteridade, em sua dor estrangeira, mas o próprio profissional já não encontra referências

⁶⁰ Tal dobra pode ser pensada a partir da Banda de Moebius, figura topológica descoberta em 1865 pelo matemático alemão August Ferdinand Moebius. A Banda de Moebius consiste em uma fita, na qual ambos os lados – direito e avesso – estão em continuidade. Essa continuidade efetiva-se por conta de uma torção operada em certo ponto da fita que faz com que frente e verso constituam uma única e mesma superfície. Tal figura permite-nos pensar de forma diferente a relação entre exterior e interior, eu e outro, bem como as relações de oposição; sendo, ao nosso ver, de grande interesse para toda reflexão em que as fronteiras e os limites estiverem em causa.

que lhe indiquem com segurança qual seu lugar. Confrontado com o não-saber, o profissional experimenta, ele próprio, sua condição de exílio, sua morada incerta. É, então, sobre o que pode aparecer como invenção nesses interstícios desenhados pelos impasses do cotidiano de trabalho em saúde que trata este artigo.

Norma e existência

Partir da premissa de que é preciso reinventar saberes e fazeres no campo da atenção à saúde implica dizer com o que se trata de romper. A emergência de novos modos de trabalhar em Saúde, desde nossa perspectiva, passa pela ruptura com os modos de atenção que objetificam a subjetividade, tentando introduzir homogeneidade e domesticidade ali onde o heterogêneo, a alteridade pedem passagem. Essa lógica de objetificação da subjetividade, no campo da atenção ao sofrimento psíquico, opera desde que a loucura como alteridade foi encerrada não apenas nos hospitais psiquiátricos, mas também na captura operada pela nomeação *doença mental*.

A racionalidade científica, nascente na modernidade, reafirmou a inserção de um ser psicológico, com sua verdade particular, no centro da experiência humana. Um ser psicológico que, como doente mental, estava impossibilitado de acessar sua verdade própria, que lhe seria devolvida pela ação médica (Foucault, 1990). Trata-se de uma captura da alteridade que operou pelo aplainamento das diferenças, das singularidades, e pela inscrição das mesmas no universo da norma – nos quadrantes do normal e do patológico. O patológico foi tomado aí como doença, desvio, déficit; e não como *pathos*, paixão, sofrimento inerente ao humano que toma formas singulares pelo encontro entre corpo e cultura. O *pathos*, como objeto circunscrito pela norma, produziu-se com o incremento da regulação da saúde da população e disciplinarização da vida familiar, o que Foucault (2004) nomeou biopoder.

Trata-se aí de uma forma, eminentemente, moderna de poder que se inaugura com a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber científico. Esse biopoder teria duas formas principais de incidência: as chamadas práticas disciplinares, tecnologias do corpo, “no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade” (Foucault, 2004, p.

131); e a gestão política da espécie humana a partir de categorias científicas, centradas no “corpo espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos” (Foucault, 2004, p. 131). As disciplinas do corpo estariam presentes na moderna divisão do trabalho, na intimização da vida familiar e em instituições como a escola e o exército, por exemplo. Já a gestão política, alicerçada nos saberes científicos, se situaria nas regulações da população pelo controle da natalidade, mortalidade, dos níveis de saúde e etc. Estas duas formas de apresentação do biopoder, como modos de gerir a vida, teriam reorganizado todo o espaço da existência.

Para Arendt (2005, p. 332), as sociedades modernas teriam começado a operar com a premissa de que “a vida e não o mundo comum é o bem supremo do homem”. As Ciências da Saúde – na medida em que estariam apenas a serviço da manutenção da vida, em seu sentido estritamente biológico, e da promoção dos modos adequados de se relacionar com ela, colocando as normas de saúde no centro da experiência do existir e do padecer – teriam retirado da cena da vida a dimensão da existência simbólica. Haveria aí um deslocamento do campo da ação, como modo de diferenciar-se no espaço público, para o terreno do comportamento, como modo de produzir a igualdade na esfera social. A esfera social seria um campo de produção de homogeneidades mais do que do exercício das diferenças. A esfera pública, por outro lado, seria o espaço em que as ações produziriam as distinções entre os homens, terreno habitado por um espírito, largamente, agonístico.

Comportar-se apenas de forma a preservar, aperfeiçoar e alongar a vida biológica difere-se do agir para produzir um mundo comum e inscrever uma existência simbólica singular. Arendt (2005) coloca, então, que, sem a busca de uma imortalidade simbólica, pela produção de um mundo comum que permaneça e se transmita, não há espaço público que se sustente. A produção da singularidade, da diferença, depende de uma existência que transcenda à vida biológica, produzindo-se pelos laços de pertença que se estabelecem em um plano simbólico. Ali onde me identifico e me diferencio do outro, onde me reconheço e me estranho no encontro com o outro. Para Arendt (2005), apenas pelo compartilhamento da diferença poderíamos falar de igualdade e de produção de um mundo comum.

Com Foucault e Arendt, podemos afirmar que tal gestão da vida operou um duplo movimento: a migração do lugar do saber para a figura

do especialista e a produção de um lugar de objeto de conhecimento para a família como célula da sociedade e para a loucura como desvio produzido no seio da família. Nesse contexto, o sofrimento psíquico passa a ser visto como um fenômeno individual, articulado a um universo estritamente familiar e privado, suspendendo-se a reflexão acerca do mesmo em sua relação ao laço social. Desse solo, irrompe uma pluralidade de discursos de manual, enunciados pelos especialistas, prescrevendo normas do bem viver desvinculadas dos contextos culturais particulares e dos modos singulares de existir. Contudo, seriam os especialistas os grandes vilões dessa história? Seríamos nós, profissionais de saúde, os causadores desse *status quo*?

Foucault (2004) dirá que os especialistas são, antes, efeito do que causa. Desde há muito formados em um espaço de hegemonia da técnica, também os profissionais de saúde não escaparam à objetificação que o discurso biopolítico produzira. As primeiras aparições de políticas de formação em saúde são testemunhas disso. Foucault (2004, p. 83) lembra-nos que, em alguns países, “a medicina e o médico são o primeiro objeto de normalização. Antes de se aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico”, através da regulação da prática e dos saberes profissionais. Surge, então, concomitantemente à organização do espaço social pela biopolítica, toda uma organização administrativa para controlar a formação médica.

Ceccim e Capazzolo (2004) afirmam que a concepção de formação de profissionais de saúde sustentada pelo Relatório Flexner⁶¹, por exemplo, estabeleceu uma hierarquia para as aprendizagens (do básico ao clínico), situou o espaço hospitalar como lugar por excelência da formação e legitimou a hegemonia do modelo biologicista nas ações em saúde, bem como reforçou a fragmentação dos saberes (lógica das especialidades). Assim, esse projeto de profissionalização do ensino médico retirou a Saúde do campo das humanidades para situá-la no campo natural. Nesse sentido, essa normatização da formação propôs um treinamento profissional, produzindo uma relação

⁶¹ Relatório apresentado por Abraham Flexner, em 1910, resultado de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América (EUA) e no Canadá, seguido de novo estudo, então comparativo entre EUA e Europa, em 1927, que reformulou o ensino médico. Antes, a formação médica durava até um ano, era acessível a qualquer pessoa interessada e não se baseava em pressupostos científicos. Após, esta foi ampliada para quatro anos de ensino universitário, com aprendizagem em laboratório e ambiente hospitalar, orientação biológica e controle por órgão corporativo da profissão. A educação desses profissionais passou a ser pensada a partir dos critérios metodológico-científicos da época (Ceccim; Capazzolo, 2004).

instrumental ao outro, na qual a ação em saúde reduziu-se à aplicação de uma técnica, e a existência humana foi circunscrita ao corpo biológico.

Desse modo, é possível afirmar que a mesma lógica que produziu o indivíduo como objeto do saber das Ciências da Saúde também prescreveu os modos de ser um profissional nesse campo, instrumentalizando sua forma de atuar diante do objeto de “seu” conhecimento. Suas condições de emergência correspondem às que operaram no campo da organização social moderna e na construção da categoria da doença mental, pois, para empreender uma ação que diz respeito à norma, é preciso estar atravessado por ela. Nesse sentido, o médico e o paciente, o psiquiatra e o doente mental, o profissional de saúde e o sujeito desses cuidados produziram-se a partir dos efeitos do mesmo ideal ordenador do laço social, que apontou na direção da normatização da existência e da sobrevalorização do conhecimento científico como gestor da vida. É assim que o saber do especialista tornou-se central em nosso laço social. E é a este saber que os indivíduos em sofrimento recorrem, de modo que os profissionais de saúde encontram-se, frequentemente, diante de um impasse: como produzir, no campo da atenção, atos que escapem à lógica normativa sem eximir-se da responsabilidade que lhes cabe?

O psicanalista Jacques Lacan, em certo momento, endereçou a seus pares certa advertência que cabe àqueles que trabalham com o sofrimento alheio. A ilusão de conhecer o enigma da dor do outro diz respeito ao lugar ideal do administrador de almas. Em suas palavras:

É retornar ao princípio reacionário que recobre a dualidade daquele que sofre e daquele que cura pela oposição entre aquele que sabe e aquele que ignora. Como não se justificar por tomar essa oposição como verdadeira quando ela é real, como não deslizar daí para tornarem-se administradores de almas, num contexto social que lhes requer este ofício? (Lacan, 1998a, p. 404)

Lacan (1985, p. 292) lembra-nos ainda que “a vida não quer sarar”, mas quer entrar na existência, retirando o *pathos* – o padecer – de toda e qualquer curva normal. A existência simbólica resiste a conhecimentos e ações fundamentados em normas colocadas *a priori* no lugar do bem (Lacan, 1997). Não se trata apenas de pensar que a pessoa atendida apresenta-se

como diferença diante do profissional e de todos os outros sujeitos que este já atendeu. O próprio profissional pode experimentar-se de um modo outro a cada passo. Nessa direção, não ser indiferente à diferença seria condição da constituição de um modo singular de intervir no sofrimento do outro. Ou ainda, dito de outro modo, dar hospitalidade à existência seria a possibilidade de um cuidado desviante do ideal produtor de administradores de almas.

A noção de cuidado à existência aparece, então, como uma saída para a questão da introdução do exercício da diferença nos espaços de formação e de atenção. Porém, tomá-la como objeto da ação terapêutica coloca em cena um paradoxo. Por um lado, a existência como foco da atenção aponta para a insuficiência da técnica no que diz respeito ao ato terapêutico, mas, por outro, na medida em que a existência for inscrita no campo dos fenômenos apreensíveis pela racionalidade científica, corre-se o risco de inflacionar o ideal, criando formas ainda mais amplas de normalização da vida.

A ideia corrente no cotidiano da atenção em saúde do indivíduo como unidade bio-psico-social, por exemplo, operou nessa direção totalitária. Se, por um lado, o conceito de saúde deixou de ter uma conotação estritamente biológica; por outro, a inclusão do psicológico e do social no campo do saber científico ampliou a ingerência dos discursos normativos sobre a existência. O sujeito, pensado como unidade, seria, então, atendido por um profissional capaz de intervir na totalidade de suas demandas (Costa, 2004). Assim, algo que poderia romper com a apreensão totalitária da subjetividade não fez mais que alargar esses domínios e suas consequências. Na confusão entre a ideia de atenção integral e atenção total (Camargo Jr., 2005), também esse paradoxo pode ser conjugado. Se a integralidade for pensada como forma de incluir a totalidade das demandas do sujeito no campo do saber científico, ela se tornará mais um dos possíveis da novidade a serviço do mesmo no terreno das práticas e saberes em saúde.

Desse modo, ao mesmo tempo em que questionam o instituído, introduzindo furos e discontinuidades na superfície constituída do trabalho em saúde, os movimentos de ruptura no campo da atenção em saúde recriam normas, o que sempre implica um certo risco de se produzir um novo aplainamento. Na medida em que os saberes e as práticas em saúde não têm como se descolarem do princípio de manutenção da vida – embora possam problematizá-lo –, não é possível escapar a uma certa normatização

que opera pela prescrição de modos de vida. Entretanto, uma mesma proposição normativa tomada de diferentes perspectivas pode gerar efeitos contraditórios. Dar visibilidade a tais contradições, aos efeitos de ruptura e seus avessos, torna-se, então, imprescindível.

Nesse sentido, a questão que interessa sublinhar diz respeito à afetação entre existência e norma, pensando aquela como o que oferece resistência à apreensão desta. Essa tensão entre norma e existência é o que alimenta os impasses experimentados no cotidiano da atenção, constituindo-se como força criadora de espaços intersticiais de onde emergem as invenções de relação ao outro e de cuidado. Dito de outro modo, é entre o familiar e o estrangeiro que a produção do novo situa-se. É por isso que trazemos cenas de formação, narradas por residentes de várias profissões, que dão testemunho dos impasses da passagem do texto normativo para o cotidiano das práticas. Ou ainda, que dizem de como uma apropriação das diretrizes, que norteiam as políticas de saúde, pode produzir posições singulares de escuta e de cuidado.

Cenas da formação multiprofissional

As questões trazidas aqui são decorrentes de entrevistas feitas em duas ocasiões, separadas pelo intervalo de seis meses. Trata-se de apresentar aquilo que a experiência de cada entrevistado, como residente em um campo multiprofissional, pode aportar-nos sobre a especificidade de um tal espaço de formação. Não temos a intenção, de maneira alguma, de produzir um discurso de alcance universal em relação aos modos de trabalhar em saúde. Buscamos, por outro lado, dar visibilidade às singularidades, como o que pode produzir distintos modos de trabalhar e, como efeito, abrir possibilidades de trabalho provisórias e incompletas para o campo da atenção em saúde.

Aosublinharadimensãodasingularidade,estamos,simultaneamente, descartando de nossa análise, toda e qualquer proposição que coloque em evidência a individualidade. Não estamos interessados em uma suposta explicação da gênese das identidades profissionais. Nosso interesse diz respeito à produção de lugares subjetivos que reverberaram da experiência: ali onde um estilo aparece como efeito do encontro com a alteridade e cria um lugar de enlace entre singular e coletivo. Assim, não se trata de buscar na história do residente em formação uma forma de explicar suas produções,

mas sim de buscar as produções e seus efeitos de re-configuração do lugar de cada um perante seu fazer.

Na ocasião da pesquisa, a ênfase na escuta de narrativas de cenas vivenciadas pelos residentes visava a abrir um espaço de pensamento sobre o modo pelo qual cada um se conduzia na relação com o outro e consigo mesmo. Foi nesse sentido que privilegiamos a escuta de memórias daquilo que fez marca, que ensinou enigma e que ainda pulsava como questão para cada residente entrevistado, impulsionando-lhes ao trabalho. Um traço transversal de cada entrevista, que consideramos colocar questões importantes para a formação dos profissionais e para as práticas de cuidado em saúde, guia os relatos de pesquisa produzidos. Tentamos sublinhar tal traço, conferindo a cada participante, além do nome fictício, uma sorte de aposto ao nome, uma alcunha, que remete a algum fazer de fora do campo da Saúde. Tratou-se de criar uma figura – um personagem – que dissesse da construção de uma posição singular nos cenários do trabalho.

Assim, apresentamos nesse artigo dois fragmentos de análise da pesquisa. Melhordizendo, histórias de dois personagens – suas peripécias, seus dilemas e suas invenções – criados a partir do encontro com dois residentes. Na forma de nosso relato, buscaremos, na medida do possível, trazer as palavras utilizadas pelos residentes para nomear aquilo que lhes passara⁶². Trata-se de personagens e suas histórias verdadeiras. Histórias verdadeiras de médicos filósofos e maestros, terapeutas ocupacionais alquimistas, dentistas astronautas, psicólogos arquitetos e artistas. Verdadeiras, pois são feitas da única forma de verdade que se poderia produzir: a verdade em forma de ficção (Lacan, 1998b).

O maestro

Início da Residência. Gustavo, único médico presente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Chega uma mulher muito mal, parecia estar psicótica. Gustavo não tinha certeza e tinha que decidir sobre se se tratava ou não de um ponto de urgência. Decide por encaminhar a mulher para uma avaliação em uma Emergência vinte e quatro horas, para que fosse internada. Até aí, muita tensão, o peso da responsabilidade de ser o único

⁶² Sempre que for o caso, o texto estará em itálico.

médico, porém tudo andava conforme as partituras do maestro. Foi, então, que a paciente pede que Gustavo fique com a foto de seu filho. Pego ou não pego a foto? Uma coisa totalmente inesperada! Aí eu “não”... Peguei a foto.

A partir desse gesto de hospitalidade, Gustavo tornara-se não apenas responsável pela decisão da internação de um paciente “louca”, mas pela internação de uma mulher para a qual o filho tinha um lugar especial, uma mulher que endereçava ao médico algo de sua dor. Arma-se um impasse. O jovem profissional coloca-se a pergunta: o que deveria fazer? Age, mesmo sem certeza. Nesse ato, desloca-se de uma posição de domínio, deixando que o desconhecido, em alguma medida, opere, encontre lugar. Comenta: às vezes, a gente faz as coisas mesmo sem saber. Porém, fica a pergunta: que havia nesse pedido que não pudesse ser aceito?

Gustavo é residente de psiquiatria e realiza sua formação em um dos serviços de saúde mental de sua cidade. De saída, afirma que, no trabalho em uma equipe multiprofissional, é preciso respeitar as fronteiras que limitam a competência técnica de cada profissão. Traz sua experiência de trabalho em uma equipe do Programa de Saúde da Família para dizer que, dependendo do que está em questão, um ou outro profissional da equipe deve possuir um voto de maior valor. O médico teria um voto que valeria mais quando se tratasse da prescrição da medicação ou da indicação de internação. O questionamento de uma conduta médica por um profissional de outro núcleo seria, em seu entender, uma ultrapassagem de limite. E uma discussão que debata as ações específicas de cada um em relação a um paciente seria sem validade. É marcante, nesse início de conversa, a preocupação com a fixação das fronteiras e dos limites profissionais.

O outro – enquanto outra profissão – aparece no relato de Gustavo como uma ameaça, que está sempre tentando *puxar a brasa para o seu assado*. Nesse sentido, o questionamento de um colega é experimentado como um ataque ao seu saber, uma invasão agressiva e com propósito narcísico. O trabalho em equipe, vivenciado por Gustavo, tem um caráter de disputa, onde quem mais perde – refere o residente – é o paciente. Para amenizar as *briguinhas* narcísicas, uma equipe precisaria de liderança. Precisaria de um outro que, desde um lugar de exceção, distribuísse valores de voto, distribuísse a palavra, organizasse a *esculhambação*.

Não lhe ocorre convocar a equipe para assumir a responsabilidade de forma compartilhada sobre os tratamentos. Também não menciona nada no sentido de implicar a família e o próprio paciente em *seu* plano terapêutico. Está muito tomado pela questão de que, diante de uma equipe que não se compromete, só lhe resta assumir tudo sozinho: sucessos e reveses. No relato angustiado de Gustavo, não raras vezes, o trabalho em equipe aparece como extremamente penoso.

É certo que escutar o que vem do outro traz sempre uma boa medida de desconforto, convida ao exercício da alteridade, com todas as dificuldades a ele inerentes; porém, temos aí um complicador a mais: um cenário de trabalho em equipe onde impera o saber inquestionável, cujo sustento – é preciso dizer – não é apenas penoso, mas impossível. Nesse terreno, construir uma posição própria em relação ao conhecimento, sustentando algum saber diante do outro, torna-se um martírio.

Um maestro é essencial para uma equipe funcionar – essa é a tese de Gustavo; do contrário, o trabalho produzido transforma-se em um “desafino” só. A referência à música é interessante, na medida em que coloca em cena a ideia de uma produção em conjunto. Cada um com sua partitura, cada um com seu instrumento. Porém, o produto final de uma orquestra – a harmonia da música no concerto – esconde todos os erros e conflitos do ensaio. Será que Gustavo não estaria propondo a supressão desse tempo desarmônico do ensaio? Será que não estaria atribuindo à liderança, ao maestro, o lugar de garante do saber?

A tentativa de sustentar uma tal posição de garantia, encarnando o saber inquestionável, não desdobra apenas uma agressividade na direção dos pares, mas também para consigo mesmo, na medida em que não dá lugar à alteridade em suas diversas formas de apresentação: inquietação, estranhamento, interrogação, compartilhamento, produção do novo. Fazer operar algo de um não-saber, mesmo em relação ao que mais se sabe, talvez seja preciso – e precioso. Do contrário, diante do saber inquestionável, o outro só poderia tentar entrar à força: seja quando os pares convocam ao embate narcísico, seja quando o embate conjuga-se no si mesmo. A esta altura, o motivo pelo qual se deu o encontro, ou melhor dizendo, o embate, já não importa mais. E quem perde é o paciente – como Gustavo bem disse.

O fato é que a Residência Multiprofissional – que, em tese, carregaria consigo a potência de transformação pela aposta na produção de espaços

intervalares onde algo novo e singular poderia irromper – vê-se assim colocada em questão pelo relato de Gustavo. Ele nos dá testemunho de como a eminência do encontro com a alteridade pode ser experimentado como invasão estrangeira, ataque, ameaça; e do quanto uma equipe multiprofissional pode funcionar na direção oposta daquela para qual foi criada, qual seja, na de fazer do encontro plural de saberes uma guerra pelo lugar do saber mais legítimo.

Lembremos que é a superação do paradigma de educação em saúde fundamentado no enfoque da especialidade e da segmentação do processo de trabalho, reprodutor de um modelo de atenção, em que predomina uma razão instrumental que coloca o sujeito em posição de objeto, o que a *Residência* como dispositivo de formação quer produzir. Essa razão instrumental como racionalidade hegemônica sustenta-se na ideia de que há uma ciência autêntica, colocando-se como modelo para os demais núcleos de conhecimento. Desse modo, a Residência Multiprofissional, como espaço de formação, buscaria a invenção de novos modos de ser profissional de saúde, pela produção de outras racionalidades. Dessa superfície de saberes fraturada, porosa, emergiria um novo profissional e um objeto metamorfoseado como foco da atenção – aquele definido como a complexidade da vida do sujeito: a existência. No entanto, o encontro com a diferença pode gerar um recrudescimento da lógica normativa, quando o que entra em cena é a guerra pela mestria. Ou, para usar as palavras de Gustavo, pela maestria.

Em que medida a introdução de saberes plurais no campo da formação em saúde pode romper com a racionalidade hegemônica de trabalho que faz da pessoa atendida objeto de uma ação técnica? Como pode contribuir para a produção de atos terapêuticos que levem em conta a complexidade da vida do sujeito? Algo garante que o campo de formação e trabalho em saúde, mesmo habitado por diferentes profissões, não acabe por reproduzir a racionalidade hegemônica, dando relevo a conhecimentos e técnicas em detrimento da singularidade dos encontros? Ou ainda, de que modo o encontro entre diversos núcleos de conhecimento pode dar lugar para a hospitalidade, tanto no espaço da equipe quanto no espaço da produção dos atos terapêuticos?

A astronauta

Às vezes, é difícil perguntar, porque eu não sei o que eu faço com a resposta – comenta Rosana, lembrando de um paciente que atendeu na UBS há algum tempo. Ele – um policial civil, com um bruxismo muito severo, de arranhar e gastar os dentes, de ficar se mordendo, que sempre chegava com as restaurações quebradas – contara-lhe sobre sua rotina estressante, visivelmente abatido e triste. Morador de um dos becos comandados pelo tráfico de drogas, sentia-se frequentemente em risco de vida – coisa muito real para um policial que vive em meio ao tráfico. É difícil eu tratar uma coisa que é a pressão diária que ele tem de ser morto, de estar na família deles correndo risco, sabe? – comentava Rosana sobre os limites de sua intervenção. Outro ponto angustiante era não poder prever certo universo de respostas. Muitas vezes, não perguntava, porque não sabia como é que o paciente iria responder – disse, anunciando a dimensão do imprevisível presente em toda escuta. Sabia arrumar o dente, tirar a lesão da mucosa, mas o que fazer com o que o paciente lhe dizia?

Tal impasse frente à possibilidade de não saber o que fazer com o que o paciente diz é justo. Justo, na medida em que confere importância à palavra do outro e deixa claro que é preciso fazer-se responsável por aquilo que se escuta. Por outro lado, fala de uma paralisia diante do não-saber. Remete a uma posição do profissional de saúde como aquele que deve saber como agir, aquele que sabe como resolver. Paralisia que Rosana esforçou-se por combater, já que seu encontro com o desconhecido, o estrangeiro, o não-saber, impeliu-lhe a buscar o suporte e a interlocução com a equipe.

Nessa trajetória, Rosana teve a companhia de alguém em especial. O encontro com o colega psicólogo residente intensificou os questionamentos que Rosana já vinha se colocando sobre as fronteiras das profissões e sobre os limites dos atos terapêuticos. Tal colega teria colocado-lhe uma questão que lhe acompanhou por longo tempo: por que ela pouco perguntava aos pacientes? Mais tarde, como efeito desse encontro, Rosana propõe uma nova topologia das profissões: a psicologia está muito dentro da odonto – uma cabe dentro da outra.

Assim, as discussões com os pares, os colegas residentes, possibilitaram à Rosana outra condição de encontro com o desencontro entre suas expectativas de intervenção e a experiência cotidiana no trabalho. Entre pares,

ela pôde colocar a diferença em questão e construir leituras. Criava-se aí uma zona de compartilhamento, que permitia à Rosana outra posição no retorno ao campo da atenção. Se de início o que aparece é um excesso de sofrimento, na sequência, há um endereçamento de perguntas, emergentes da experiência de excesso, ao coletivo de residentes. Esse segundo tempo proporciona-lhe alguma apropriação daquele universo desconhecido, bem como alguma possibilidade de entrada em cena desde outra posição.

O que a dentista nos conta é uma história de aprendizagem a partir da qual vem constituindo um modo próprio de trabalhar. Fala do trabalho como aposta – colocar as fichas –, como brincadeira – foi um sarro –, como descoberta – como é que eu não pensei nisso antes? –, mas, sobretudo, como disposição ao encontro com o outro. O outro tem centralidade no universo da dentista. Os efeitos dessa tomada da alteridade como eixo do fazer não é sem consequências para as ações no campo da Saúde.

A ideia de integralidade, que Rosana foi construindo, é um exemplo disso. Para ela, a integralidade é um pedaço. Um pedaço que diz respeito ao que a pessoa atendida pode demandar. Movida por um olhar curioso, desconfiado, arteiro, olhar de astronauta se surpreendendo com o tamanho do universo, sofria as afetações de uma experiência de formação que, como ela mesma definiu, lhe impeliu a sair de dentro do céu da boca. Assim, ela aponta-nos o horizonte de que a construção de um modo singular de trabalhar em saúde e a produção de um lugar de sujeito para a pessoa atendida estão intimamente relacionadas. Uma é condição da outra e vice-versa. Somente a tomada do outro como enigma, pode reverberar em uma posição singular desde onde escutá-lo e somente uma posição singular de escuta permite a emergência de um ato terapêutico endereçado ao sujeito como diferença.

“Você vai renunciar” à invenção de seu cotidiano?

Um homem busca incansavelmente alguém que se proponha a enterrá-lo após seu possível suicídio em troca de uma boa quantia em dinheiro. Possível, já que o pedido é de que, na manhã seguinte ao acordo feito, o contratado vá até o local combinado e verifique se o contratante está morto, chamando seu nome três vezes. O contrato prevê que, no caso de uma não-resposta, o contratado cubra o morto com terra, dando-lhe sepultura. O homem aborda diversas pessoas, e cada encontro põe em cena diferentes

modos de recebimento desse estranho pedido de hospitalidade. Vários se negam à tarefa; até que um velho homem a acolhe. Ele aceita a proposta, mas não se furta a tomá-la como questão. Sem fugir do estranho encontro, como fizeram os demais, e tomando o pedido como enigma, o homem dirige uma pergunta ao eminente suicida: você vai renunciar ao gosto da cereja?

Trata-se, nesse breve relato, do filme do ano de 1997, *O Gosto da Cereja*, do cineasta iraniano Abbas Kiarostami. Conhecido por produzir filmes em que os finais são sempre inconclusivos e, muitas vezes, ambíguos, nos quais é possível ver o cinema se fazendo por trás das câmeras e cenas da filmagem, o que Kiarostami mostra-nos são cenas do encontro com o outro, a chegada do estrangeiro e o que daí poderia emergir. A pergunta sobre o gosto da cereja recoloca o enigma para o suicida. Há um fluxo – um vai-e-vem – em relação ao lugar da pergunta. Ela não é propriedade nem de um, nem de outro personagem, mas está entre eles, nesse fluxo, nesse encontro. E, no fim das contas, é o espectador que fica com ela: você vai renunciar ao gosto da cereja? Kiarostami produz em nós essa qualidade de efeito: ele interroga-nos de modo que não é mais possível fechar a porta. Ele impulsiona-nos em direção a..., faz com que entremos em uma zona de afetação com o outro, cujos efeitos não estão cifrados de saída. Apreciar sua produção implica estar disposto a dizer *entre!*

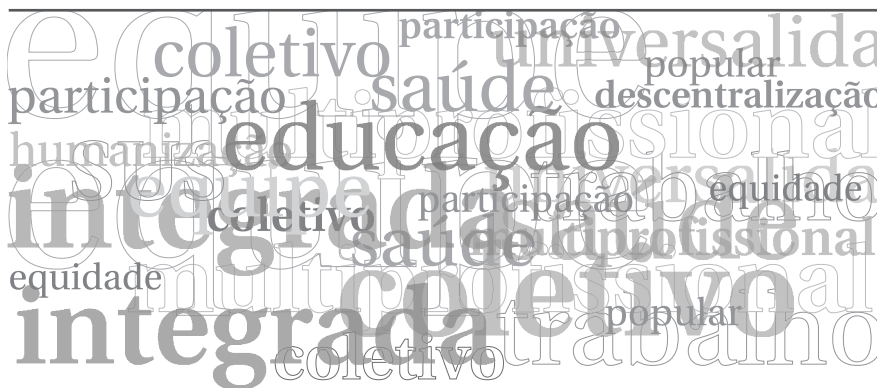
Dizer *entre!* ao enigma do outro é construir um laço, uma imbricação, uma dança de lugares entre hóspede e anfitrião. “Como se o estrangeiro fosse, primeiramente, aquele que coloca a questão” e, ao mesmo tempo, “aquele a quem se endereça a primeira questão” (Derrida, 2003, p. 5). Derrida (2003, p. 117) dirá: “o convite, a acolhida, o asilo, o albergamento passam pela língua ou pelo endereçamento ao outro”. O enigma não é propriedade nem do estrangeiro nem do anfitrião, mas está no interstício, no entre, no endereçamento, no laço.

Nesse sentido, se, por um lado, o profissional de saúde, como dissemos anteriormente, é um dos possíveis objetos da regulação normativa do biopoder, por outro, talvez pudéssemos apostar no *entre!* como um primeiro gesto na direção da construção de um fazer em companhia que abra possibilidades de transgressões criadoras a esta regulação. Isso porque o interstício aberto é sempre um convite à produção, cujos contornos têm a potência de ultrapassar a operação que os inscreveu. Sabemos que um

fazer em companhia coloca-se em marcha somente quando a referência ao saber total está elidida da cena, dando lugar a múltiplos pontos de abertura que possam ser tomados menos como ameaças estrangeiras e mais como enigmas que convidam ao laço ao outro. Acolher um enigma é sustentar um endereçamento, um laço singular ao outro, sem o qual pensamos que a invenção do cuidado em saúde não se faz possível.

Referências

- ARENDDT, Hannah. *A condição humana*. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CAMARGO JR., Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 35-44.
- CECCIM, Ricardo Burg; CAPAZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais e saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- DERRIDA, Jacques. *Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar da hospitalidade*. São Paulo: Escuta, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura en la Edad Clásica*. Argentina: Siglo XXI, 1990.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- LACAN, Jacques. *O Seminário, Livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- LACAN, Jacques. *O Seminário, Livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- LACAN, Jacques. A coisa freudiana ou sentido do retorno a Freud em psicanálise. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 402-437.
- LACAN, Jacques. O seminário sobre a carta roubada. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 13-66.
- SIMONI, Ana Carolina Rios. *A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental*. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.



A INTEGRALIDADE E O TRABALHO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE⁶³

Adriana Zanon Moschen

Ananyr Porto Fajardo

Margarita Silva Diercks

Um pouco de história

As Ciências da Saúde evoluíram muito na perspectiva dos objetos (tecnologias) e muito pouco na perspectiva do sujeito. Segundo Saito (2008), transcender o paradigma de formação e ensino voltado para a doença requer, no mínimo, a consciência de que ele já não reconhece todos os determinantes para o processo saúde-doença. Entre as principais inconsistências, está aquela relacionada à desconsideração do sujeito.

A construção histórica do processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da área da Saúde vem, ao longo dos anos, sofrendo grandes transformações influenciadas por questões culturais e pelos movimentos sociais (Narvai, 1999).

⁶³ Este capítulo apresenta as reflexões e discussões iniciais resultantes da pesquisa para elaboração da Dissertação de Adriana Zanon Moschen, junto ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias em Saúde: Ênfase em Atenção Primária em Saúde, realizado em parceria entre o Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGEPI/UFRGS) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Uma concepção conservadora e utilitária marcou os olhares e estudos dirigidos ao corpo ao longo do século XVIII e por todo o século XIX. É este corpo, considerado instrumento de produção, que passou a ser rigorosamente observado e organizado à luz da ciência. O conhecimento sobre o “corpo-objeto” permitiu evidenciar a história natural do mesmo, desvinculando o processo saúde-doença das questões religiosas. Este processo, apesar de libertador, limitou o entendimento do corpo, não levando em consideração as emoções, relações e autorias vinculadas a uma vida coletiva e em sociedade (Ceccim; Carvalho, 2006).

Durante o século XX, a educação dos profissionais da área da Saúde privilegiou o paradigma biologicista, da anatomoclínica e da fisiopatologia, que colocou em relevo os hospitais como centro da doença e da cura, sendo o local “melhor indicado” para a formação dos profissionais de Saúde. É nesta tradição que se pautou a agenda tecno-científica da educação dos profissionais de Saúde ratificada pelo *Relatório Flexner* (Flexner, 1910) e toda sua carga hegemônica de atenção hospitalar, médico-centrada e especializada.

Durante a década de 1960, ficou evidenciado um movimento mundial que apontava a formação profissional como estratégia para a transformação das práticas em Saúde, cujo objetivo principal era o deslocamento do olhar para a doença, voltando-o em direção à saúde. O objetivo dos cursos de graduação e o trabalho esperado destes novos profissionais era o de atender às necessidades de saúde de uma população em todas as suas dimensões individuais e coletivas. Neste período, uma reforma educacional introduziu a abertura de departamentos de Saúde Pública nos cursos de graduação da área da Saúde, especialmente nos de Medicina, Enfermagem e Odontologia. No Brasil, vivíamos o auge da ditadura, que imprimiu inúmeras restrições a este processo, estando as noções de corpo, saúde, doença e terapêutica profundamente dominadas pelo pensamento militar (Ceccim; Carvalho, 2006).

Na década de 1980, posições inovadoras e de crítica aos modelos profissionais vigentes reivindicaram novas experiências assistenciais e educacionais cujo cerne seria a integração ensino-serviço. Este movimento foi fomentado pela realização da *VIII Conferência Nacional de Saúde*, pela Constituição e pela Reforma Sanitária (Narvai; Frazão, 2008).

Infelizmente, as reformas universitárias que partiram deste cenário levaram muito mais em conta os aspectos internos às instituições de ensino do que a formação de um profissional preparado para acompanhar os movimentos de transformação no interior dos sistemas empregadores. Este processo foi caracterizado pela dissociação de racionalidades com prejuízo aos usuários, tanto no âmbito individual como coletivo (Ceccim; Carvalho, 2006).

Ao longo da década de 1990, os projetos *UNI* (Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde: união com a comunidade) e *IDA* (Projeto de Integração Docente-Assistencial) abriram caminhos para a saúde pública comunitária e participativa, trazendo materialidade e história à área de ensino em saúde no sentido da integração ensino-serviço. A necessidade de ultrapassar uma profissão e um departamento, de instituir a multiprofissionalidade, de dar lugar aos usuários, bem como a necessidade de ampliar a interação com o sistema de saúde, caracterizou os novos rumos (Campos et al., 2006).

Como forma de dar conta da necessidade da formação de profissionais de saúde capazes de se repositonarem na elaboração e condução de um plano comum de cuidados e na definição dos limites de atuação e intervenção técnica, considerando a *integralidade* do “corpo-sujeito”, surgiram as Residências Multiprofissionais em Saúde (Simoni, 2007).

O objetivo das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) é desenvolver profissionais na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* a partir da inserção dos mesmos em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, onde possam, no exercício permanente da educação em serviço, realizar práticas de saúde que integrem o ensino, a pesquisa e a atenção integral, seguindo os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Stepke, 2006).

O Ministério da Saúde vem apoiando as RMS no Brasil desde 2002. Para tanto, em 2003, criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde na estrutura do Ministério da Saúde. Entre as atividades instituídas, encontra-se a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*, expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004) que legisla sobre a RMS. A Odontologia compõe o universo das RMS buscando a integralidade das ações definida nesta modalidade de ensino.

Estabelecer na relação do cirurgião-dentista com o usuário o deslocamento de uma posição de neutralidade frente “ao outro”, caracterizada por uma prática de intervenção em um “corpo-objeto”, para uma posição de significância ética de “ser para o outro” torna-se fundamental na busca da integralidade das ações, o que implica apropriar-se da relevância de atuar em equipe interprofissional.

“O outro”, então, apresenta-se com uma gama de possibilidades dentro de uma realidade individual e coletiva complexa. Este novo cenário exige, por parte da Equipe de Saúde Bucal, uma visão integral desse sujeito. Esta nova postura implica compreender o usuário de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em suas múltiplas dimensões subjetivas, objetivas, familiares, de trabalho, sociais, ou seja, um ser não mais passível de dominação; agora um “corpo-sujeito” (Botazzo; Freitas, 1998).

A questão que se coloca em relevo é a atuação de profissionais odontólogos capazes de se reposicionarem frente às dificuldades, aos limites e/ou às possibilidades da incorporação do atributo da integralidade no processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS).

O espaço: Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A construção do SUS avançou de forma substantiva nos últimos anos e, a cada dia, se fortalecem as evidências da importância da APS neste processo. Porém, o desafio central, do qual derivam muitos outros, é o da valorização política e social do espaço da APS junto a gestores, à Academia, aos trabalhadores, à população, à mídia e todos os segmentos que, de uma maneira ou de outra, têm influência sobre a definição dos rumos do país (Mendes, 2002).

A expansão e a qualificação da APS organizada a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF) compõem, desde 1994, parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de abordagem de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigido às populações de territórios delimitados e com necessidades socioepidemiologicamente definidas, pelos

quais assumem responsabilidade. Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional (Brasil, 2004; 2007).

A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas por estas equipes (Brasil, 2004).

A ESF, apesar dos enormes avanços e conquistas nos últimos anos, ainda enfrenta muitos desafios para se tornar hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente. A fragmentação é coerente com o paradigma flexneriano, de disciplinas isoladas, que domina as escolas médicas e praticamente todas as escolas do campo da Saúde (Brasil, 2007).

A responsabilidade pelo acompanhamento compartilhado das famílias pontua para as equipes a necessidade de ultrapassar os limites do atendimento à doença, colocando em xeque a autoridade biomédica que, por muitos anos, se transformou em pretensa autoridade moral, e este valor, moral, em potencial prescrição. São aspectos como estes que os atributos da APS contemplam ou buscam atender.

Um dos pontos-chave – e, talvez, o mais importante como componente estrutural da APS – refere-se aos trabalhadores que formarão as equipes assistenciais. Este desafio inicia-se na gestão nos níveis centrais das três esferas de governo e chega à ponta do sistema como uma dificuldade patente de contratação pelo setor público de profissionais com perfil adequado ao que se pretende e se espera da APS. Este grupo de desafios tem raízes no processo de formação dos profissionais que, apesar dos esforços de mudança consequentes em especial à expansão da ESF, persiste distante das necessidades do SUS, de integração de conhecimentos clínicos à Saúde Coletiva, e dos atributos da APS (Brasil, 2007).

O tempo: Atenção Primária à Saúde e as mudanças curriculares na graduação de Odontologia

A publicação da Portaria Ministerial nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, pelo Ministério da Saúde anunciou oficialmente a incorporação de “profissionais de saúde bucal” à ESF (Brasil, 2000). A inserção da Odontologia nas equipes de ESF poderia ocorrer de duas formas, com variações do incentivo financeiro aos municípios: Modalidade I, composta por um Cirurgião-Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal (ASB); e a Modalidade II, composta por um Cirurgião-Dentista, um ASB e um Técnico de Saúde Bucal (TSB) (Narvai; Frazão, 2008).

Na perspectiva da APS, a atuação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) não deve limitar-se exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico-odontológico. Além das funções específicas, a equipe deve interagir com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seus conhecimentos, permitindo a abordagem do indivíduo como um todo, de forma integral, atenta ao contexto cultural, social e econômico no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente.

A inserção da saúde bucal na ESF representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a ser construído para a reorientação do processo de trabalho odontológico. Caracteriza-se por um desafio na mudança do modelo de atenção, tradicionalmente centrado no indivíduo e na doença, para uma abordagem integral do sujeito inserido em seu contexto familiar, comunitário e social e para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços. Dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial, passou a ser um desafio (Brasil, 2004). A formação eminentemente técnica e voltada para o mercado privado do cirurgião-dentista não contribui para subsidiar o serviço público com profissionais preparados, com conhecimento da realidade social e necessidades de saúde da população usuária do SUS (Pontes, 2007).

Pelos motivos expostos, alguns importantes movimentos políticos buscam normatizar e tornar o ensino em saúde bucal mais próximo das necessidades de saúde da população. O início da década de 2000 trouxe novidades à educação nacional, determinando a ruptura de um currículo mínimo para os cursos de graduação em saúde. Como cerne deste movimento, encontrava-se uma formação profissional em saúde que contemplasse o trabalho em equipe e a atenção integral.

Em 2004, foi apresentado pelo Ministério da Saúde e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o *AprenderSUS*. Esta iniciativa, deliberada no Conselho Nacional de Saúde, voltada para a educação universitária, versa sobre a orientação dos cursos a partir da tematização da integralidade em Saúde, implementação de experiências de trabalho em equipe, apropriação dos princípios e das diretrizes do SUS, apoio à pesquisa, mobilização e divulgação de experiências nacionais, entre outras. Muito embora ainda não se possam registrar os efeitos de uma política deste porte em pouco tempo de vigência, vale a pena destacar os esforços em busca de um novo ordenamento de formação (Campos et al., 2006).

Um outro eixo ou caminho da mudança na formação dos profissionais da saúde é o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde*, lançado em 2005 pelo Governo Federal e incorporado por Faculdades de Medicina, Enfermagem e também de Odontologia (Campos et al., 2006).

O *Pró-Saúde* tem por objetivo a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção primária, promovendo transformação no processo de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem de prestação de serviço à população. Como ação, promove a integração, desde os primeiros semestres do curso, entre acadêmicos e professores, com os profissionais integrantes da rede de serviços de saúde municipais, especialmente os locais onde há ESF com ou sem equipe de saúde bucal. Dessa forma, o projeto contribui para adequação do currículo do curso de Odontologia, aproximando a universidade da realidade do SUS, oportunizando o desenvolvimento das atividades em uma comunidade que reflete a vida da população brasileira. Além disso, proporciona atendimento clínico-odontológico a uma população com necessidades sociais concretas e com difícil acesso à assistência odontológica.

Entre as universidades inscritas e selecionadas para participar do *Pró-Saúde*, encontram-se cinco instituições gaúchas (Brasil, 2005).

Diante deste contexto de transformação da formação dos cirurgiões-dentistas, acreditamos que estamos vivendo um momento de transição paradigmática. Há a necessidade e a sensação de que algo precisa ser mudado e/ou acrescentado na atual formação em Odontologia, de modo que os futuros profissionais possam atuar desenvolvendo ações coletivas em Saúde (Lucietto, 2005).

Esta nova concepção implica mudanças no sujeito do trabalho odontológico, pois o cirurgião-dentista cede lugar à equipe de saúde bucal, o que implica a necessidade de transformação no sistema brasileiro de formação de odontólogos (Narvai, 1999).

Na evolução histórica, o currículo de Odontologia aponta a necessidade de um dentista generalista, mas com paradoxal valorização das Ciências Biológicas e do tecnicismo em detrimento da formação social, por meio de diversas reformas condicionadas por processos políticos e sociais, envolvendo diferentes organizações e instituições da sociedade (Silveira, 2004).

A saúde bucal coletiva é um movimento contra-hegemônico que luta por sua legitimação como política pública de saúde e como fundamento político-filosófico dos cursos de formação em Odontologia (Figueiredo, 2002).

O fato é que, frequentemente, os estudantes não se sentem preparados para a vida profissional às vésperas da finalização do curso. Além de dominar os processos lógicos de construção dos “saberes profissionais” e os meios, técnicas e métodos de produção do conhecimento científico que fundamentam e orientam cada atuação profissional, é necessário que o estudante saiba mobilizar esses conhecimentos científicos em saberes e práticas, transformando-os em atividade social e política libertadora (Carvalho; Ceccim, 2006).

Para ser um profissional de saúde, há necessidade do conhecimento tecnológico, mas também de conhecimentos humanísticos e sociais relativos ao processo de cuidar e desenvolver projetos terapêuticos singulares. O aprender a cuidar é dinâmico e imprevisível. A responsabilidade de cuidar exige uma reavaliação constante do profissional, para que tenha condições de atender às necessidades do outro e às suas também, como pessoa e profissional.

O profissional do século XXI deve ser preparado para enfrentar essas novas mudanças; deve saber fazer e refazer soluções (Pinheiro; Luz, 2007).

O corpo como sede de emoções e vivências não pode ser visto como um corpo mecânico de uma biologia invariante. A saúde como expressão do *andar-a-vida* não pode ser substituída por uma normalidade pertencente às Ciências Naturais. A clínica desprende-se da racionalidade científica moderna para reconhecer-se como campo de reprodução de conhecimento e de intervenção profissional interdisciplinar construído por profissionais de diferentes origens, áreas e níveis de formação, com diferentes perspectivas e formulações sobre as necessidades em saúde (Moraes, 2007).

Neste sentido, o *Pró-Saúde* tem como objetivo materializar a mudança na formação universitária dos profissionais da área da Saúde, entre eles o cirurgião-dentista. Esta formação teria como princípios norteadores aqueles que sustentarão a sua prática futura no SUS e na APS. Nesse contexto, o trabalho em equipe é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os seus integrantes e destes com o saber popular. A atuação ocorre principalmente nas UBS, nas RMS e junto à comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de vulnerabilidade aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde; e, ainda, por estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercerem o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidade (Brasil, 2004). Todos os aspectos ora citados dão corpo e forma aos princípios do SUS: a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social.

Para o trabalho em APS, não basta um profissional com a práxis orientada pelos princípios do SUS; é necessário mais, pois o mesmo também deve incorporar, em sua prática cotidiana, os atributos que dão corpo e forma à APS. Entre eles, destacamos: territorialidade, primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, assim como os não-exclusivos: orientação familiar e comunitária e competência cultural. Todos estes atributos estão inter-relacionados e sua concretização na realidade cotidiana das UBS, em seu território de abrangência, evidencia uma APS de qualidade (Starfield, 2004).

Entre os atributos fundamentais na formação e práxis da ESB, apontamos a integralidade como um dos aspectos-chave a serem mais bem compreendidos no que se refere às dificuldades, aos limites e/ou às possibilidades de sua incorporação no processo de trabalho em APS.

Segundo Moraes (2007), há pelo menos dois cenários para o desenho tecnoassistencial da integralidade: o primeiro, da estrutura e organização dos serviços, tais como a disponibilidade, a oferta e os modos de articulação entre instâncias; e o segundo, dos processos de trabalho cuidadores, tais como o acolhimento, a responsabilização, o desenvolvimento de autonomia do outro e as redes de contato/interação. Um cartografa a rede de ações e de serviço; o outro, as práticas dos profissionais e suas inscrições pessoais em redes de conversação sobre o fazer profissional em busca da alteridade.

Dentre os desenhos possíveis registrados em busca da integralidade, colocamos em relevo, nesta reflexão, as questões que nos remetem à busca da alteridade por parte das ESB em sua prática em APS. Alteridade aqui é compreendida como o encontro no qual se estabelece a tentativa de saída de uma condição impessoal para a condição de fazer sentido em uma relação com a saúde bucal em busca do que há de mais singular em seu contexto de atuação, do compromisso de um para com o outro e na corresponsabilidade pelas ações (Silva; Gomes, 2008).

Para Moraes (2007), no contexto atual, o encontro entre um profissional de saúde e um indivíduo que necessita ser cuidado é, na maioria das vezes, conduzido através de um conjunto de paradigmas “biologicistas”. Estes momentos são resolvidos, na Odontologia, de uma maneira eminentemente técnica: exame clínico, restaurações e exodontias, afinal, a “boca está doente”. Porém, este encontro também deveria englobar

outros fatores relevantes que precisam ser considerados no cenário de saúde: o acesso aos serviços, o conhecimento sobre o processo saúde-doença e a possibilidade e capacidade da auto-intervenção. Levar o todo em consideração, respeitando as possibilidades e os limites do “corpo-sujeito” e incorporando os eventos de vida como sendo significativos, possibilita a construção de um caminho sólido em busca de uma vida saudável e não apenas de uma “boca sem doença” (Kovaleski; Freitas; Botazzo, 2006).

O tempo e o espaço: Residência Multiprofissional em Saúde

A Odontologia, apesar de ser uma profissão da área da Saúde e vista por muitos como uma especialidade médica, transita com dificuldade em meio às outras clínicas. Sua formação acadêmica especializada, focada no corpo-objeto, produz um discurso que não raro se serve de uma linguagem tão específica que a impede de se pronunciar sobre problemas sociais que julga permanentemente não serem seus (Botazzo, 2000).

A formação acadêmica tradicional em Odontologia possibilita uma posição de neutralidade frente ao outro, uma atuação sobre um corpo-objeto formado por uma boca “disciplinada”. Ao “fecharmos a porta” do consultório, damos conta do desajuste pontual da boca, ora indisciplinada, utilizando as mais modernas e assertivas técnicas que a conduzam a uma posição de normalidade social. A construção ética de uma relação de vir a ser para o outro, a intervenção sobre um corpo-sujeito composto por uma boca produtora de subjetividade, são questões eminentes e cotidianas de um profissional que optar por atuar em APS. Ao “abrir a porta” de seu consultório, o cirurgião-dentista depara-se com o todo em que seu paciente habita, com a gama de possibilidades produtoras de uma boca que emana prazer, dor, querer... Não mais será possível eximir-se de seu papel nesta construção (Kovaleski; Freitas; Botazzo, 2006).

A impossibilidade de subestimação dos fatores externos à boca, principalmente aqueles determinados ou potencializados pela sociedade, descortina um mundo novo. Mas como dar conta destas novas construções, uma vez que as ferramentas não são disponibilizadas nos cursos de graduação, e que a instituição formadora não favorece o reconhecimento do que o futuro profissional traz, nem facilita a valorização de sua própria vivência e cultura?

A Lei nº 8080 de 1990, em seus artigos 6º e 14º, determina que a formação de trabalhadores ocupe papel estratégico na condução das políticas de saúde e estabelece a responsabilidade dos gestores do SUS de exercerem, em seu âmbito administrativo, o ordenamento da formação de recursos humanos da área, bem como a proposição de prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos trabalhadores do SUS na esfera correspondente. Ao Estado, em seu âmbito administrativo, compete a participação na formulação e no desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde (Brasil, 1990).

Neste cenário, a RMS do Murialdo foi criada no Rio Grande do Sul pela Portaria SES/RS nº 16, de 1º de outubro de 1999, e pela Lei Estadual nº 11.789, de 17 de maio de 2002, estabelecendo a integração dos Programas de Residência Integrada Médica com os Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especializações em outras áreas). Este novo cenário teve sua montagem no Centro de Saúde-Escola Murialdo que, desde 1976, já realizava um estágio especializado em um modelo de Residência em Saúde Comunitária, caracterizando-se como o principal centro formador de sanitaristas da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, 1999).

Compondo esta história, outras instituições públicas também constituíram a formação multiprofissional. Em destaque, encontra-se o Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A RMS foi implantada no GHC a partir de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde em junho de 2004, tendo sido denominada “Residência Integrada em Saúde”. Foi instituída pela Portaria GHC nº 109/04 expedida em 31 de março de 2004, como modalidade de ensino de pós-graduação multiprofissional (Grupo Hospitalar Conceição, 2004).

As RMS refletem a busca do compartilhamento dos saberes, propõem o rompimento com o “especialismo” e a hegemonia da tecnociência para a apreensão do real e privilegiam o estabelecimento de planos de trabalho inter/transdisciplinares que possibilitem a experiência de uma abertura recíproca para troca sistemática e contínua de conhecimento.

É neste contexto que a prestação de atenção à saúde bucal voltada ao corpo-sujeito busca guarida e protagonismo. A acolhida da RMS para com a Odontologia possibilita propor uma agregação de outras bases de produção de conhecimento por meio do compartilhamento de saberes das Ciências Sociais e Humanas à temática de formação em saúde, desestabilizando conceitos rígidos e produzindo novas práticas de atenção à saúde (Brasil, 2006).

As visões prático-utilitárias e técnico-científicas, embora úteis – pois permitem que nos orientemos frente aos fatos e que os redesenhemos – são visões fragmentadas da Odontologia cuja análise considera simplesmente as estruturas anátomofuncionais de um modelo de ciência que dividiu corpo e mente. A fragmentação do homem em muitas parcelas de um corpo humano, transformando a boca em um apêndice de um organismo compreendido como estrutura mecânica, é incapaz de absorver os elementos sociais das doenças bucais. É necessário entendermos as perdas dentárias como um reflexo das impossibilidades e perdas sociais existentes em nosso país. Para tanto, é imprescindível uma maior participação dos profissionais de formação e trabalho em Saúde, identificando novas territorialidades no processo educação-saúde-trabalho. Reconhecer uma nova rede de cuidados e seus atravessamentos, identificando as múltiplas dimensões econômicas, sociais, históricas e subjetivas do adoecer, tem sido o objeto de intervenção das RMS.

É preciso mais que a ciência cartesiana para compreender a produção da subjetividade da boca, que se insere em um corpo-sujeito que, por sua vez, habita um universo de possibilidades. O estudo dos dentes e da boca como órgãos funcionais e naturalmente dispostos esconde uma trama de desejos e sentimentos (Kovaleski; Freitas; Botazzo, 2006).

A possibilidade de busca de uma nova perspectiva para a saúde bucal poderia simbolicamente ser representada por uma metamorfose. Um cirurgião-dentista que busca, em um programa de RMS, ferramentas para incorporar em suas atividades cotidianas os atributos da APS encontra-se em processo de transformação. Nesta perspectiva, não se referencia apenas o conhecimento absoluto técnico assistencial do cirurgião-dentista – o que também o tornaria um objeto do “atendimento odontológico” –, mas se coloca em relevo a alteridade deste percurso, onde a apropriação seria condição de uma nova experiência, pois este processo sempre traz uma medida de criação. O que nos interessa sublinhar é que, na busca de novos saberes, um novo caminho será construído e, como em um movimento de torção, o dentro e o fora, o cirurgião-dentista e o paciente serão atravessados pela alteridade na construção de um novo caminho onde ambos serão corresponsáveis (Simoni, 2007).

O que dará cor e sabor, o que fará a diferença neste processo de apropriação, no desenho a muitas mãos deste novo caminho, será a

perspectiva de uma construção conjunta de uma atenção à saúde bucal, cuja lente “captadora” seja capaz de acolher componentes singulares em que se inscrevem as demandas em saúde. Este novo caminhar será capaz de alicerçar os atributos da APS, dando guarida também às questões socioculturais, em uma perspectiva *integral* das ações, bem como dará conta do *andar-a-vida* do individual e coletivo, primando pela *longitudinalidade* das relações, *coordenando os cuidados* de um ser não somente biológico, mas um todo, indivisível, biopsicossocial. O *primeiro contato* com o outro neste novo caminho que se descortina construirá uma relação matricial onde “eu acolho, mas também sou acolhido”.

Avaliando o processo

A colocação em prática, no universo cotidiano das atividades de atenção à saúde bucal, dos princípios da APS, em especial o da integralidade, incorporados à formação complementar, é uma discussão que ultrapassa os limites da Odontologia. É requisitada uma análise política, social e cultural do contexto onde paciente e cirurgião-dentista estiverem inseridos.

Acreditamos que, historicamente, estamos nos tornando mais pobres em experiências compartilhadas, na valorização dos encontros e na busca do que há de singular nas relações e fazendo-nos reféns do tecnicismo.

É necessário o desenho de um novo contorno para a saúde bucal, cujo limite, para utilizar uma expressão odontológica, vá “além do céu da boca”. Uma intervenção em saúde bucal que não considere a subjetividade do corpo-sujeito fadada a dar conta apenas dos sinais e sintomas e não do processo saúde-doença em seu sentido mais amplo, ficando, portanto, impossibilitada de contribuir para o deslocamento do olhar para a doença em direção à saúde.

Trabalhar integralmente com um corpo-sujeito, que demanda intervenção por ser portador de um tensionamento individual ou coletivo, independente da presença ou ausência de uma classificação diagnóstica flexneriana, não é tarefa fácil para os cirurgiões-dentistas egressos dos cursos de graduação vigentes em nosso país. Não somos preparados para o encontro na abordagem integral.

Como vimos, é senso comum que os cursos de graduação estão ainda em uma fase incipiente do processo de construção de um conceito de saúde-doença ampliado. Mas, então, como o cirurgião-dentista egresso

destes cursos poderá dar conta de valorar o patrimônio sociocultural do corpo-sujeito? Como reconhecerá a influência dessa construção no processo saúde-doença? Como irá lidar com os elementos subjetivos que atravessam este processo?

Sabemos que sistemas de saúde organizados por um conjunto de pontos de atenção à saúde muitas vezes escondem, sob a forma de racionalizações elevadas, a insegurança de profissionais de se colocarem integralmente na linha de frente dos processos de trabalho. Este quadro torna-se mais grave se este cenário descortina-se na APS, pois esta se caracteriza pela abordagem integral do corpo-sujeito, primando pela longitudinalidade dos encontros e pela coordenação de cuidados.

Sem o preparo adequado para agir frente à operacionalização dos atributos que sustentam a APS, o cirurgião-dentista busca reforço nas RMS, cujos projetos político pedagógicos expressam o objetivo de formar sujeitos com capacidade de compreender e significar os desafios de implementar ações capazes de dar conta das necessidades individuais e coletivas e constituírem atores de uma permanente construção do saber (Stepke, 2006).

E agora, José?!

As RMS podem representar, hoje, a condição de ultrapassar a divisão prática/teoria, ou ainda vida/ciência. Elas se propõem a estabelecer um território onde a sensação de desamparo em que o profissional de saúde pode ver-se imerso – fruto de uma série de lacunas em sua formação – e encontre a guarida necessária para que as perguntas abertas pela prática não sejam silenciadas pela resposta facilitada das técnicas.

Não são poucas as vezes em que a poesia expressa melhor do que a ciência os impasses da vida. Quantas são as vezes em que poderíamos escutar Drummond (Andrade, 1960) na voz do trabalhador de saúde, diante de seus desafios profissionais e de suas lacunas de formação, ao sussurrar: “... *E agora, José? A festa acabou, a luz apagou, o povo sumiu, a noite esfriou, e agora, José? E agora, você?...*”. José, apesar da dureza, ainda tem o impulso de continuar seguindo, mesmo sem saber para onde. Esse impulso pretende ser fomentado pela formação nas RMS – seguir caminhando, seguir em companhia...: “... *Você marcha, José! / José, para onde?*”

Referências

- ANDRADE, Carlos Drummond de. *Antologia poética*. Rio de Janeiro: Record, 1960.
- BOTAZZO, Carlos. *Da cárie dentária*. São Paulo: Hucitec /FAPESP, 2000.
- BOTAZZO, Carlos; FREITAS, Sérgio Fernando Torres. *Ciências Sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo: EDUSC, 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8). Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, 2005*. Disponível em: http://prosaude.org/pub/sus_frhs/sus_por.pdf. Acesso em: 18 mar. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Atenção Básica*. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/html/pt/popup/leg/portarias_psf/portaria_n1444_2000.pdf. Acesso em: 12 mar. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Atenção Básica*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>. Acesso em: 20 dez. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, *Portaria nº 198 GM/MS*. <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria198.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. *Presidência da República/Casa Civil/Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23 mar. 2009.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- CARVALHO, Yara Maria; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149-182.
- CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria. Ensino da saúde como projeto da integralidade: A educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de. *Ensinar saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 69-92.
- FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. *Do fetichismo odontológico à utopia da saúde bucal*. 2002. Dissertação (Mestrado), Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FLEXNER, Abraham. *Medical education in the United States and Canada*. nº 04, 1910. http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf. Acesso em: 20 maio 2010.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Portaria nº 037/07 GHC-DS-247/07*. <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>. Acesso em: 16 mar. 2009.

KOVALESKI, Douglas Francisco; FREITAS, Sérgio Fernando Torres; BOTAZZO. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-103, 2006.

LUCIETTO, Deison Alencar. *Percepções dos docentes e reflexões sobre o processo de formação dos estudantes de Odontologia*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

MENDES, Eugenio Vilaça. *Atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MORAES, Maurício Gomes. *Gravidez na adolescência e alteridade-mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e cenários de desafio à educação médica na graduação*. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

NARVAI, Paulo Capel. Recursos humanos para promoção da saúde bucal. In: KRIGER, Léo. *ABOPREV: Promoção de saúde bucal*. São Paulo: ABOPREV, 1999.

NARVAI, Paulo Capel; FRAZÃO, Paulo. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2007. p. 7-34.

PONTES, Norma de S. Thiago. *Processo de trabalho em saúde bucal e necessidades de educação permanente: a experiência no PSF do município de Petrópolis*, Rio de Janeiro. 2007. Dissertação (Mestrado), Instituto de Medicina Social do Estado do Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Escola de Saúde Pública. *Portaria nº 16/99*. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1_16portaria016.pdf. Acesso em: 30 mar. 2009.

SAITO, Raquel Xavier de Souza. *Integralidade da atenção: organização do trabalho no Programa de Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito*. São Paulo: Martinari, 2008.

SILVA, Fabio Hebert; GOMES Rafael da Silveira. Cuidado, integralidade e ética: em busca da produção do comum. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). *Cuidar do*

cuidador: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2008. p. 297-309.

SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em Odontologia: historicidade, legalidade e legitimidade. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 151-156, maio/ago. 2004.

SIMONI, Ana Carolina Rios. *A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais*: sob a intervenção de modos de trabalho em saúde mental. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária em saúde*: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

STEPKE, Fernando Lolas. *Muito além do corpo*: a construção narrativa da saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

100%
SUS



Adriana Zanon Moschen

Agnes Olschowsky

Aline Arrussul Torres

Ana Carolina Rios Simoni

Ana Cláudia Santos Meira

Analice de Lima Palombini

Ananyr Porto Fajardo

Anisia Reginatti Martins

Cathana Freitas de Oliveira

Cleunice Burtet Silveira

Cristianne Maria Famer Rocha

Daniela Dallegrave

Daniela Montano Wilhelms

Julio Baldisserotto

Karen Romero K. Kracik Rosa

Kárin Ferro Basso

Lucia Rublescki Silveira

Margarita Silva Diercks

Maria Amélia Mano

Maria Cristina Carvalho da Silva

Maria Helena Schmidt

Maria Henriqueta Luce Kruse

Maria Marta Borba Orofino

Milene Calderaro Martins

Nára Selaimen G. de Azeredo

Neuza Maria de Fátima Guareschi

Quelen Tanize Alves da Silva

Raphael Maciel da Silva Caballero

Renata Pekelman

Ricardo Burg Ceccim

Roberto Henrique A. de Medeiros

Rogério Amoretti

Sandra Maria Sales Fagundes

Silvia Regina Ferreira

Simone Moschen Rickes

Vera Lúcia Pasini