

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA**

Vera Lúcia Pasini

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
DE *AVENTURA QUIXOTESCA* À POLÍTICA DE
FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS**

**Porto Alegre
2010**

VERA LÚCIA PASINI

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
DE AVENTURA *QUIXOTESCA* À POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS PARA O SUS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

**Orientadora: Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima
Guareschi**

**Porto Alegre
2010**

P282r Pasini, Vera Lúcia
Resência multiprofissional em saúde: de aventura
quixotesca à política de formação de profissionais para
o SUS/ Vera Lúcia Pasini. Porto Alegre: 2010.
155 f.

Tese (Doutorado) Psicologia. Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
Orientação: Neusa Maria de Fátima Guareschi.

1.Sistema Único de Saúde – Brasil – Educação de Pós-
Graduação- Residências Multiprofissionais – Aprendizagem-
Subjetividade. 2.Guareschi, Neusa de Fátima, orient. I.Título.

CDU 614(81):378.24:165.81(043.3)

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

VERA LÚCIA PASINI

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
DE AVENTURA *QUIXOTESCA* À POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE
PROFISSIONAIS PARA O SUS**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Avaliada pela Banca Examinadora: 16 de abril de 2010

Orientadora: Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Membro Examinador: Ricardo Ceccim

Membro Examinador: Marcos Vilella

Membro Examinador: Maria Henriqueta Kruser

Membro Examinador: Miriam Thaís Guterres Dias

DEDICATÓRIA

Ellis D'Arrigo Busnello, um dos idealizadores da primeira Residência Multiprofissional em Saúde no Rio Grande do Sul, na década de 1970, ao ser homenageado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em maio de 2008, caracterizou de sonho conscientemente quixotesco, o desejo que o movia naqueles tempos, de que se pudesse trabalhar com a saúde de todos e não mais com a doença de poucos.

Como diz Raul Seixas, sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade. Por ser e expressão de um sonho coletivo, este não se tornou apenas uma louca aventura, mas uma realidade materializada em um sistema de saúde de acesso universal - o SUS. E a partir dele, muitos D. Quixotes tiveram seus sonhos materializados em Políticas de Saúde.

Dedico esta tese aos milhares de cavaleiros andantes, que lutaram por seus sonhos e tornaram o SUS possível e a todos(as) que continuam lutando para que ele se transforme, a cada dia, uma realidade mais próxima de todos os brasileiros(as).

¹ Recorte da letra da música Prelúdio, de Raul Seixas (1974)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de algum modo fizeram parte da minha vida durante o período de elaboração desta tese. Em particular, faço referência a alguns personagens especiais, por terem afetado diretamente este processo:

Ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), pela aposta na implantação e garantia de continuidade da Residência Integrada em Saúde do GHC - RIS/GHC, estratégia institucional de interferência nos processos de trabalho em saúde do cotidiano organizacional;

À Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC (GEP/GHC), nas pessoas de seus três últimos gerentes - Julio Baldisserotto, Neio Lúcio Fraga Pereira e Lisiane Boer Possa - que, através da produção e manutenção de uma Política de Liberação para Cursos de Pós-graduação, permite que os trabalhadores possam envolver-se em projetos acadêmicos de desenvolvimento profissional. Sem o apoio institucional, a tarefa de dedicação ao doutorado teria sido impossível;

À CAPES, pelo fomento à pesquisa em nosso país, que permitiu minha inserção no Programa de Pós-graduação da PUCRS, através de bolsa de estudos que deu subsídio à realização de meu processo de doutorado nos últimos três anos;

À Coordenação, Professores e Equipe Administrativa do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS, pelas trocas de conhecimentos e afetos, que se fizeram possíveis nestes quatro anos de realização do Doutorado;

Aos colegas da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, especialmente a Ananyr, Maria Helena e Leandro (fiéis parceiros na aventura de produção da Residência Integrada em Saúde do GHC - RIS/GHC), pelas inúmeras manifestações de afeto durante todos esses anos que trabalhamos juntos. A companhia de vocês foi fundamental no dia-a-dia e, especialmente, nos momentos em que estive ausente, e que o trabalho não podia parar.

Aos colegas preceptores, orientadores de serviço e de pesquisa da RIS/GHC, pela disposição cotidiana de acionar processos de transformação das práticas de atenção à saúde e de formação de profissionais para o SUS;

*Aos residentes que participaram do processo de formação na RIS/GHC nestes seis anos, pela provocação aos meus sentidos e afetos, que eram constantemente acionados pelos encontros com cada um em sua singularidade. Deleuze nos aponta que não aprendemos com aquele que nos diz: *faça como eu*, mas com aqueles que dizem: *faça comigo* e, em vez de nos proporem gestos a serem reproduzidos, emitem signos a serem desenvolvidos de diferentes formas. Espero que nossos encontros possam ter produzido efeitos no sentido da heterogeneidade e da produção da diferença;*

Ao Raphael, por aceitar “cuidar” da RJS/GHC a partir de 2010 e por auxiliar com os “recursos tecnológicos” de informática e com a escolha de imagens que acompanham esta tese;

Aos usuários do SUS, especialmente aqueles que militam por um Sistema de Saúde digno no Brasil, e que, apesar das muitas frustrações ainda vividas entre o desejado e o possível, seguem lutando pelas mudanças no campo da saúde, visando melhores condições de vida. Sem vocês não teríamos avançado até aqui e não conseguiremos seguir adiante na qualificação do SUS;

Aos profissionais de saúde que cuidaram de mim durante a realização desta Tese, para que o hipotireoidismo ficasse controlado, a hérnia de disco não me travasse, a insônia não me tornasse um zumbi, o mau-humor não provocasse uma separação conjugal, o peso não me fizesse ter medo de balanças, mas principalmente, pelo carinho com que me acolhem em minhas dores objetivas e subjetivas... Cláudia Zendron, Ana Harb, André Torelli, Graziela Namen, muito obrigada!

Ao Flávio, meu cúmplice na complexa experiência de viver a conjugalidade, tua meninice me provoca e me força a ser brisa leve, não só ventania. Te amo, por isso e por tudo mais que temos vivido;

Aos queridos Érico, Carmen, Lucas, Luísa, a família que há tantos anos me acolhe de forma amorosa, reforçando a certeza de que os laços se dão por afetos e não por consangüinidade. Sou só alegria quando os tenho por perto;

À Dirce, minha querida amiga, pelo esforço em oxigenar as práticas da Psicologia em Passo Fundo, através de seu engajamento político e acadêmico em interferir nos processos de formação na graduação;

À Neuza, por seu companheirismo, sua força, sua coragem, sua abertura para o novo e por me aproximar de tantas pessoas interessantes (teórica e afetivamente) ao longo desses anos em que convivemos; também pela comida maravilhosa e as taças de champanhe que compartilhamos em sua casa. Espero ainda muitas vezes estar contigo em diferentes espaços de vida,

Tím, tím!

RESUMO

Esta tese apresenta uma cartografia dos processos de formação em Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), tomando a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) como caso-pensamento que a coloca em movimento. O percurso da escrita revisita *acontecimentos na história* das RMS desde a década de 1970, registrando elementos significativos em relação a esta proposta, que inicialmente se apresentava como uma aventura proposta por poucos e nos anos 2000 emerge como uma política de formação de profissionais para o SUS. Discutem-se as ferramentas conceituais que sustentam as *políticas de aprendizagem* presentes neste processo de formação e seus efeitos sobre os processos de produção de subjetividade dos *aprendizes e ensinantes* envolvidos. A partir dos elementos tomados em análise pelo processo cartográfico são apresentados alguns desafios presentes nas RMS e que apontam para a produção de subjetividades inventivas: a formação em serviço, o trabalho em equipe e a ampliação do conceito de saúde, que se impõe a partir da emergência do SUS. As RMS são consideradas, mais do que espaços de absorção de informações, conhecimentos, modelos, que resultam em especialistas, como um tempo para a reinvenção de si e do mundo, através da crítica ao modelo de racionalidade moderna ainda presente na atenção em saúde e nos processos de ensino-aprendizagem na saúde.

Palavras-chave: Residências Multiprofissionais em Saúde; Sistema Único de Saúde-SUS; Aprendizagem; Subjetividade.

ABSTRACT

This thesis presents a cartography of the development processes in Health Multiprofessional Residences, taking the Health Integrated Residency of the Conceição Hospital Group, as a case-idea that moves it on. The written journey revisits the *history* of the HMR's since the seventies, registering meaningful events in relation to this proposition. Such proposition, that initially presents itself as an adventure proposed by a few people, nowadays emerges as a professional development policy for the Unified Health System (SUS). In this thesis are discussed the conceptual tools that support the learning policies present in this development process and their effects on the process of subjectivity production of the involved *learners and teachers-learners*. As from the elements analyzed by the cartographic process, some challenges that have been made by the Health Multiprofessional Residences are presented and they point to the production of inventive subjectivities. These are: at work development, teamwork and the enlargement of the health concept which impose themselves as from the "SUS" emergency. The Health Multiprofessional Residences are considered, more than spaces for the assimilation of information, knowledge and models which will result in experts, as a time for the reinvention of oneself and the world, through the criticisms of the model of modern rationality still present in healthcare and in the process of teaching-learning in health.

Keywords: Health Multiprofessional Residences; Unified Health System -"SUS"; Learning; Subjectivity.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
INTRODUÇÃO: SOBRE A AVENTURA DE UMA ESCRITA IMPLICADA	15
1 DAS CONDIÇÕES E DO EXERCÍCIO DO TRABALHO DE CARTOGRAFIAR	21
<i>1.1 DA APROXIMAÇÃO AO CENÁRIO OU DE COMO SE CRIA A REALIDADE NA AVENTURA CARTOGRÁFICA</i>	26
2 LINHA DO TEMPO, OU DO TEMPO DAS LINHAS: QUE TRATA DE BATALHAS TRAVADAS COM FORÇAS VIVAS	33
<i>2.1 ANOS DE 1970: A PHYSIS DA SAÚDE COLETIVA</i>	36
<i>2.2 ANOS DE 1980: MOVIMENTOS POR UMA VIDA MAIS DIGNA</i>	45
<i>2.3 ANOS DE 1990: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E OS NOVOS DESAFIOS A ENFRENTAR</i>	51
<i>2.4 ANOS DE 2000 À ATUALIDADE: A INTEGRALIDADE COMO FOCO DO CUIDADO E DA FORMAÇÃO EM SAÚDE</i>	58
<i>2.5 O GHC: CAMPO ABERTO A EXPERIMENTAÇÕES</i>	68
3 DAS RACIONALIDADES E SEUS EFEITOS SOBRE OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE	84
<i>3.1 APRENDIZAGEM E REPRESENTAÇÃO</i>	86
<i>3.2 APRENDIZAGEM COMO INVENÇÃO DE PROBLEMAS</i>	92
4 FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ENSAIANDO MODOS DE SER E FAZER EM SAÚDE	98
5 TRABALHO EM EQUIPE: UMA APOSTA NOS EFEITOS DA INTERCESSÃO NO BORRAMENTO DAS FRONTEIRAS DISCIPLINARES	113
6 CONCEITO DE SAÚDE NO SUS: O COLETIVO COMO PLANO DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE	124
7 ENCERRANDO O PERCURSO, RETOMANDO O CAMINHO	136
REFERÊNCIAS	141
ANEXO I – PARECER AO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GHC	155

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

AD – Álcool e outras Drogas

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ALESP – Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública

APC – Atenção ao Paciente Crítico

CAPS – Centro de atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFETPS – Centro Federal de Ensino Técnico e Tecnológico e Pesquisa em Saúde

CIES - Comissões de Integração Ensino/Serviço

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COTRIJUÍ – Cooperativa Tritícola de Ijuí

CSEM – Centro de Saúde-Escola Murialdo

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DF – Distrito Federal

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissíveis

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESP – Escola de Saúde Pública

FENTAS – Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde

FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde

FUNDATEC – Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciência

GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GM – Gabinete do Ministro

HCC – Hospital da Criança Conceição
HCR – Hospital Cristo Redentor
HF – Hospital Fêmeina
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPSP – Hospital Psiquiátrico São Pedro
HU – Hospital Universitário
IC/FUC – Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia
IES – Instituições de Ensino Superior
IMS – Instituto de Medicina Social
INAMPS – Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
LAPA – Laboratório de Aplicação, Planejamento e Administração em Saúde
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MEC – Ministério da Educação
MGC – Medicina Geral Comunitária
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
O/H – Oncologia e Hematologia
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PBL – Problem Based Learning
PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PDS – Partido Democrático Social
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PIB – Produto Interno Bruto
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PP – Partido Popular
PPP – Projeto Político Pedagógico
PREMUS – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PRM – Programa de Residência Médica
PROMED – Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
PUC/RS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RGS – Rio Grande do Sul
RH – Recursos Humanos
RIS – Residência Integrada em Saúde
RISC – Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: Cardiologia
RM – Residência Médica
RMISPS – Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
RMS – Residência Multiprofissional em Saúde
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SESI – Serviço Social da Indústria
SFC – Saúde da Família e Comunidade
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SM – Saúde Mental
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TI – Terapia Intensiva
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
US – Unidade de Saúde
USP – Universidade de São Paulo
UTI – Unidade de Terapia Intensiva



Vasco Prado (1987)

Escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em vias de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivido. É um processo, ou seja, uma passagem de Vida que atravessa o vivível e o vivido (Deleuze, 1997b, p. 11)

INTRODUÇÃO: SOBRE A AVENTURA DE UMA ESCRITA IMPLICADA

Esta tese é o efeito do exercício teórico-prático de colocar em análise a formação em Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), tomando como cenário e *caso-pensamento*² a Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC).

Escrevê-la foi também um exercício de produção de si e de mundo, pois, ao aproximar o meu olhar cartográfico – atento e implicado – dos movimentos que se faziam na RIS/GHC, produzindo conhecimento sobre eles, transformo também minha relação com a proposta e meus modos de ser e fazer em relação à mesma.

Ao ingressar no Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, buscava sustentação para a definição de um “caminho” metodológico para percorrer este trajeto. A expectativa era de que, no andamento da pós-graduação, pudesse *encontrar* as ferramentas necessárias para o desenvolvimento de uma pesquisa que ajudasse a *desvendar* os processos subjetivos que estariam sendo produzidos nas RMS, ou seja: que trabalhador de saúde é este que se pretende formar nas RMS e quais os modos pelos quais se pretende produzi-lo?

Inicialmente, certa força *militante*, produzia a necessidade de pensar a elaboração de uma tese que pudesse defender a proposta das RMS, que, durante um determinado percurso pelo doutorado, era entendida como uma estratégia que precisava ser fortalecida e defendida teoricamente, a fim de conseguir sua legitimação.

Ao colocar em análise esta implicação, retomo meu compromisso com a produção de conhecimento que objetiva a formulação deste estudo, transmutando a militância em *devoir*. Um *devoir* que vou chamar aqui *de quixotesco*, no sentido de força instituinte a favor da luta por causas consideradas nobres, como o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa, que meu trabalho político de defesa do SUS e dos

² Segundo Siegmann e Fonseca (2007) os casos-pensamento compõem “uma escrita reflexiva sobre planos intensivos da memória, que pedem passagem no corpo do pesquisador (...) Nesta perspectiva, o ato reflexivo não se trata de um retorno à interioridade. Caminha no sentido inverso. Coloca o dentro exposto ao fora. Relança as experiências ao campo intensivo das memórias para que possam ser rasgadas a novos sentidos e, assim, sujeitarem-se às forças de criação” (p. 59).

processos de formação que visam a potencializar seu funcionamento serão assumidos com o compromisso ético de colocar esta implicação em análise, como cabe a todo trabalho intelectual.

Realizar uma cartografia do que está sendo vivido, enquanto coordenadora do programa de Residência Multiprofissional que proponho colocar em análise, completamente mergulhada em seu cotidiano, foi uma *aventura* que impôs o desafio de ir à busca dos *sonhos* presentes nos diferentes acontecimentos históricos em que propostas de RMS se desenham. Exigiu romper com a idéia de que há um ponto de vista a ser confirmado e afirmado pelo observador, e aceitar uma prática de pesquisa em que produções de conhecimento e de realidade se fazem conjuntamente, ou seja: pesquisar é intervir sobre a *realidade, produzindo ao mesmo tempo sujeito e objeto da investigação*.

Assim, foi preciso habitar este *território existencial* – a RIS/GHC – sem me apegar a um único ponto de vista, deixando-me atravessar pelas múltiplas vozes presentes no processo – da coordenadora de um processo de formação de trabalhadores em RMS, dos residentes em processo de formação, da *residente-atualizada-em-mim* pelo encontro com os atuais residentes, dos trabalhadores de saúde que atuam nas equipes de saúde que recebem os residentes em formação, da trabalhadora-de-saúde-em-mim com cerca de 20 anos experimentando o trabalho em *equipes de saúde*; dos preceptores da RIS/GHC; dos professores dos cursos de graduação na área da saúde nos quais me incluo como professora de um curso de graduação em Psicologia; dos gestores em nível local e nacional que *investem* ou *desinvestem* na proposta das RMS; dos usuários do SUS que *sofrem* os efeitos do processo de formação através dos profissionais que os acolhem (ou não) nos diferentes serviços aos quais têm acesso (ou não).

Esta foi uma das principais inquietações que me acompanharam durante a realização desta tese de doutorado, que agora se materializa como um texto que pretende dar visibilidade a essas diferentes vozes através desta escrita acadêmica.

Clarice Lispector dizia que sua escrita era *um exercício de coser para dentro*, por sua característica intimista. Academicamente, tenho a tarefa de *coser para fora*, ou seja, de apresentar com *rigor ético-estético-político* o processo cartográfico que foi se compondo ao longo desses anos em que, através da inserção na RIS/GHC, me propus a

Portanto, é na vivência da pesquisadora com a RIS/GHC que o pensamento se coloca em ação para a produção desta tese.

problematizar as RMS enquanto processo de formação/produção de trabalhadores para o SUS, no Programa de Doutorado em Psicologia da PUCRS.

Neste sentido, a escrita que aqui apresento, apesar de constituída muito fortemente sobre uma *experiência*, não se pretende intimista, voltada apenas para minhas reflexões. O exercício é o de compor com outros modos de pensar, na perspectiva de ampliar os conhecimentos sobre processos de formação em RMS e suas possibilidades de interferir no desenvolvimento de profissionais de saúde em consonância com os princípios orientadores do SUS.

Os objetivos das RMS falam da produção de trabalhadores da saúde capazes de desenvolver seu trabalho com outros profissionais, compartilhando saberes e modos de fazer em diferentes espaços de cuidado, articulando atenção em saúde e gestão do cuidado e de serviços de saúde, atento ao cotidiano para poder problematizá-lo, produzindo conhecimentos que modifiquem as ações de saúde no sentido da promoção das condições de vida em um determinado contexto, conforme preconizam os princípios que regem o atual sistema de saúde brasileiro.

“Desafio ambicioso e necessário” este, como nos aponta Ceccim (2005), de colocar em ação processos de Educação Permanente em Saúde como uma proposta pedagógica em que o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde é posto em análise, tornando-se permeável “pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (p. 161).

Problematizar a experiência vivida na RIS/GHC significa também problematizar os agente da produção deste processo, pressupondo um compromisso ético com os efeitos de subjetivação decorrentes deste processo.

Assim, esta cartografia não deixa de ser também uma pesquisa-intervenção que não pressupõe uma orientação do trabalho de pesquisa feito através de um modelo completamente estabelecido *a priori*, mas que tem alguns objetivos que foram se fazendo à medida que o trabalho cartográfico se produzia e servem como pistas para o desenvolvimento do mesmo:

- Cartografar os processos de ensino-aprendizagem nas RMS e os possíveis efeitos do mesmo nos profissionais que buscam uma formação para o SUS;

- Acompanhar os efeitos, na formação dos profissionais de saúde em RMS, no que se refere a organização dos processos de aprendizagem em serviços e nas atividades teóricas de campo e núcleo;
- Dar visibilidade aos processos de produção de autonomia no uso das tecnologias e de tomada de decisão no trabalho em equipe, que se configuram nas RMS;
- Mapear as estratégias de inserção em espaços de gestão e participação social nos quais os residentes se inserem durante as RMS;
- Discutir as RMS como política pública de saúde, e seus efeitos na produção de subjetividade de novos trabalhadores do SUS.

As regras e os princípios que orientam epistemologicamente esta cartografia serão apresentados mais explicitamente no primeiro capítulo desta tese.

No segundo capítulo, faço uma aproximação a alguns recortes de momentos vividos na história da saúde no Brasil, referentes aos modos como foi se pensando e produzindo a organização da atenção em saúde desde a década de 1970 até a atualidade. Os mesmos são tomados como analisadores da emergência de propostas de RMS para a formação de trabalhadores em saúde, até chegar a atualidade, onde configuram-se como uma política de formação do SUS.

No terceiro capítulo, apresento a discussão das principais ferramentas conceituais que sustentam a discussão de possíveis efeitos dos modos como são organizados os processos de ensino/aprendizagem na contemporaneidade sobre os processos de subjetivação envolvidos. Estas ferramentas possibilitam a discussão, nos capítulos 4, 5 e 6, de três enunciados presentes nas propostas das RMS: a formação em serviço e a relação teoria/prática; o trabalho em equipe e as noções de *disciplinar/interdisciplinar/transdisciplinar* evocados; o conceito de saúde no SUS e as concepções de *individual/coletivo* acionados pelo mesmo; que emergem no percurso da cartografia como temas-problema, por acionarem determinadas dicotomias que costumam estar presentes no mundo do trabalho em saúde, em função das concepções de aprendizagem que carregam consigo. Através do agenciamento entre esses enunciados e os possíveis efeitos que se produzem a partir deles, discuto a questão que coloca esta tese em movimento: *a produção de trabalhadores de saúde para o SUS nas RMS*.

O capítulo 7 encerra o *percurso* desta tese, colocando um ponto *final/provisório* nesta escrita, buscando sintetizar as contribuições da mesma ao tema da formação de trabalhadores para o SUS em Residências Multiprofissionais em Saúde e os desafios que o percurso cartográfico realizado até aqui apontam, como sugestão de continuidade do traçado sobre o tema.



Lucas Delli (2009)

O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantes. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, Sr preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação. (Deleuze e Guattari, 1995, p. 22)

1 DAS CONDIÇÕES E DO EXERCÍCIO DO TRABALHO DE CARTOGRAFAR

...o que chamamos de estilo é, a rigor, o regime de funcionamento da “máquina livro”, seu movimento, sua velocidade, sua longitude e latitude, sua densidade, sua intensidade, que lhe permite, ou não, contribuir para inventar mundos. Estes mundos podem ser relatados por espécies de “Diários de Bordo” teóricos, que não são exatamente mapas. Melhor dito, são Cartografias. É sabido que uma carta de navegação é um mapa relato, que só serve para uma viagem, que só expressa a singularidade única e irrepitível dessa viagem, o que não impede que outros viajantes dele se sirvam para construir sua própria trajetória, sempre experimental, sempre aventureira.
(GREGÓRIO BAREMBLITT)

Sabemos que mesmo a Psicologia, à qual foi imposta uma mudança de estilo científico a partir da introdução da noção de inconsciente pela Psicanálise, desestabilizando a idéia de precisão objetiva e quase matemática, oriundos das ciências exatas e que as ciências humanas tomaram como referência até meados do século XX (Foucault, 2002), ainda resiste a pensar em métodos de investigação mais abertos à invenção e à experiência, pois, como afirmam Guareschi e Hüning (2005),

a objetividade sustentou o discurso da neutralidade do cientista, pretensamente garantida pela utilização do instrumento que possibilitou a separação entre sujeito e objeto. Essa suposta separação situou o psicólogo (sujeito ativo) numa posição de “descobridor” da realidade psíquica (objeto passivo) que independeria dos modos de conhecer utilizados pelo primeiro. (...) A psicologia constituída como ciência positivista propõe, assim, a noção de um sujeito universal que tornaria inquestionável a generalização a partir de pesquisas fundadas em testes de probabilidades estatísticas. (p. 110-111)

Porém, insiro-me no Doutorado em Psicologia, no ano de 2006, atravessada por um *devir quixotesco*, que acionava em mim um desejo intenso de aventurar-me.

Entretanto, se D. Quixote de Cervantes desejava aventurar-se “com a mesma intensidade com que seus olhos devoram as páginas dos livros onde encontra um mundo cheio de sofrimentos e injustiças que grita por sua ajuda, necessita de sua presença heróica, chama e espera pelo seu aparecimento messiânico, clama pelo cavaleiro andante” (Fonini, 2003, p.13), eu desejava *defender* um processo de formação em saúde que buscava se instituir no cenário do SUS, mas sofria muitos ataques, provenientes de

forças que resistem às mudanças que uma formação multiprofissional põe em ação no contexto da saúde no Brasil.

Assim, a escrita desta tese se apresenta anunciando estar completamente marcada por esta implicação, enquanto pesquisadora no processo de pesquisar. *Sujeito e objeto* são noções que aqui se entrelaçam, apontando para a inseparabilidade entre conhecer e fazer, pesquisar e intervir.

Este é o ponto de partida para a apresentação dos modos como esta cartografia foi tecida no andar desta tese, ao longo dos quatro anos em que estive envolvida com o Grupo de Pesquisa “Estudos Culturais e Modos de Subjetivação”, coordenado pela Prof. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi, do programa de Pós-graduação em Psicologia – Doutorado em Psicologia da PUCRS, espaço no qual foi se delineando meu tema de pesquisa e seu *cenário de investigação*.

Passos e Barros (2009) referem que “toda pesquisa é intervenção” (p. 17); portanto, se realiza pesquisa através de um “mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência”.

Foi a partir desta premissa que decidi me aventurar a pesquisar um processo de ensino/aprendizagem voltado para a formação de profissionais que pretendem se inserir como trabalhadores do Sistema de Saúde brasileiro – o SUS.

A temática das RMS me interessa a partir de duas experiências que produzem marcas³ em minha composição atual como trabalhadora de saúde envolvida com formação de trabalhadores de saúde para o SUS.

Uma delas refere-se à recente definição, pouco anterior ao ingresso no doutorado, de que eu assumiria institucionalmente a coordenação da RIS/GHC, proposta à qual estive ligada desde sua construção. Assumir a condução do processo, naquele momento, foi vivido com enorme responsabilidade, pelo desafio que representava para o GHC, *fazer funcionar* a RMS, em um ambiente fortemente marcado pela racionalidade biomédica e pouco acolhedor aos movimentos de gestão que visavam a transformação desta lógica, como veremos no capítulo 2.

A outra marca mais antiga, aciona meu *gosto* pelos desafios, atualizando um *devoir-quixotesco* mobilizado em um momento em que o SUS começava a ser produzido

³ Rolnik (1993) chama de marcas os “estados inéditos que se produzem em nosso corpo, a partir das composições que vamos vivendo”. Segundo a autora, “cada um destes estados constitui uma diferença que instaura uma abertura para a criação de um novo corpo, o que significa que as marcas são sempre gênese de um *devoir*”. (p. 242)

no Brasil e que a discussão sobre a necessidade de transformação dos modos de produção de cuidados em saúde mental estava em pleno movimento. Trata-se da experiência vivida nos anos de 1987 e 1988, logo após o término da graduação no curso de Psicologia da Universidade de Passo Fundo/RS, como participante de uma proposta de formação em serviço: o “Programa de Estágio Especializado em Saúde Mental”, realizado no Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) em parceria com a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

Esta experiência se deu em um dos momentos em que a formação multiprofissional emergia no cenário da saúde, no estado do RS, como proposição para a formação de trabalhadores da saúde, como veremos no segundo capítulo desta tese.

Essas duas vivências distanciam-se cronologicamente, mas aproximam-se pela intensidade do vivido, mobilizando meu desejo de aproximar um olhar cartográfico sobre o processo vivido.

A idéia de que a cartografia não acontece a partir da mesma lógica que orienta a pesquisa científica tradicional – com seu apego ao estabelecimento de um método claro que descreva todos os passos a serem dados, prevendo inclusive os possíveis inusitados que possam se colocar entre o pesquisador e “seu objeto” – já estava presente desde o desenvolvimento da dissertação de mestrado, quando mergulhei no campo das relações amorosas contemporâneas, acompanhada da figura do *cartógrafo-em-mim*, a fim de acompanhar os processos de subjetivação que se configuravam no contemporâneo relacionados ao tema (Pasini, 1997).

Porém, naquele momento, esta ainda era uma proposta metodológica muito pouco estudada e assumida no mundo acadêmico e carente de discussões teóricas.

Minha primeira aproximação ao conceito de cartografia e sua vinculação com outra perspectiva paradigmática – o paradigma estético – se deu a partir da introdução do livro *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1995). Ao descreverem a lógica do livro, os autores apresentam a cartografia como orientada pela multiplicidade rizomática, que busca estabelecer conexões heterogêneas, múltiplas, compreendendo linhas de segmentaridade (que tendem à estratificação, à organização, à construção de territórios fixos, à significação), mas também, linhas de desterritorialização (que se abrem, engajando-se processos de fuga da segmentaridade).

Esta lógica – *rizomática* –, segundo os autores, se contrapõe à da *árvore-raiz*, orientada pela organização de uma unidade central a partir da qual se reproduzem todas

as suas derivações. Ou seja, configura uma clara crítica à lógica da representação e aos efeitos que a mesma traz para o campo da produção de conhecimento, quando se pretende que este seja o *decalque* de uma suposta *realidade* já dada.

Deleuze e Guattari (1995) propõem, em contraponto a este pensamento, a cartografia, como aposta na reversão dessa necessidade de reprodução de decalques a partir de modelos e na abertura para a experimentação do vivido, abertura para a multiplicidade que nos habita e que habita o mundo. O mapa (pensamento cartográfico) e sua renúncia aos centralismos, aos essencialismos é, neste sentido, da ordem das conexões rizomáticas, aberto, sujeito à multiplicidade e ao devir;

é conectável em todas as suas dimensões, suscetível de receber modificações constantes. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma mediação. (p. 32)

A segunda aproximação à cartografia se deu através de duas produções teóricas de Suely Rolnik. Uma delas a *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo* (1989), onde suas “noivinhas”, personagens que compõem paisagens psicossociais (a produção do desejo no campo social) são acompanhadas em seus movimentos de transformação – a partir das políticas de subjetivação vigentes em diferentes contextos histórico-sociais – pelo cartógrafo. Outra, o texto publicado na revista *Cadernos de Subjetividade* (1993), com o título de *Pensamento, Corpo e Devir: uma Perspectiva Ético/Estético/Política*.

Acompanhada por esses intercessores, entendidos como aqueles que me ajudam a pensar, através da força que os conceitos produzidos por eles faz em meu pensamento, produzi minha proposta cartográfica em 1997.

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra. Podem ser pessoas – para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores. (Deleuze, 1992, p. 156)

Atualmente, muitos outros pesquisadores se aventuram na produção de cartografias, agregando novos elementos a esta proposta metodológica, o que nos confere o privilégio de trilhar este caminho acompanhados de muitas outras boas companhias, mas também, a responsabilidade de aguçar nosso *rigor*.

É claro que, quando falo de rigor, não me refiro àquele concebido pelo paradigma científico da modernidade, mas ao proposto pelo *paradigma ético-estético-político*; ou seja, não se trata de *ser fiel* a uma formulação teórica, mas de respeitar alguns princípios como: abertura para a escuta das diferenças e afirmação do devir que se faz em nós a partir dessas diferenças; criação de um campo composto pelas marcas no corpo do pensamento; e luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir.

O paradigma ético-estético-político nos remete a que a pesquisa cartográfica consiste em acompanhamento de processos, e não na representação de objetos, rompendo com o paradigma científico moderno, que concebe a pesquisa como representação de objetos, ao separá-los do cientista envolvido no experimento.

A orientação que tomamos a respeito da ciência, nesta tese, diverge desta concepção, indo em direção a uma capacidade de invenção de problemas sempre novos, que exigem produção de outros dispositivos de investigação, não experimentais, mas *experienciais*. É produção de conhecimento que emerge do acompanhamento de processos que criam mundos, subjetividades, não sendo possível mapeá-los pelo modo de produção do conhecimento cartesiano, por serem irreplicáveis, imprevisíveis, e incertos.

O rigor metodológico, neste sentido, parte do pressuposto de que a produção de conhecimento produz mundos, subjetividades e sujeitos encarnados, nos convocando à responsabilidade pelos efeitos produzidos por determinada produção científica, que precisa ser ela mesma, o tempo todo colocada em análise.

Passos, Kastrup e Escóssia (2009), ao discutem o alargamento do conceito de cognição e sua inseparabilidade da idéia de criação, apontam para o compromisso ético do ato cognitivo com a realidade criada, considerando que a produção de conhecimento não está fundada na concepção de que há um sujeito do conhecimento e um mundo previamente dados e estabelecidos – um a espera de ser *descoberto* pelo outro –, mas sim, uma produção recíproca de si e do mundo. É com essa intenção que explico minha aproximação ao campo da pesquisa.

1.1 DA APROXIMAÇÃO AO CENÁRIO OU DE COMO SE CRIA A REALIDADE NA AVENTURA CARTOGRÁFICA

Se produção de conhecimento é também produção de subjetividade, “como estudar este plano da produção de realidade? Que método nos permite acompanhar esse processo de produção?” questionam Passos, Kastrup e Escóssia (2009, p.13). Como contribuição, os autores apresentam oito “pistas” do método da cartografia. Para composição desta cartografia, acompanharei o pensamento dos autores, indo ao encontro das pistas necessárias para a composição de uma posição ética, política e teórica que a sustente a construção desta tese.

A primeira delas – a impossibilidade de separar conhecer e fazer, pesquisar e intervir (Passos & Barros, 2009) – foi tomada como ponto de partida de nossa apresentação do trabalho cartográfico.

A segunda diz respeito aos modos como se deu a produção do material que compõe a cartografia que apresentamos.

Considerando ser a cartografia um método *ad hoc*, ou seja, a ser construído caso a caso, e não baseado em regras gerais que servem para casos particulares (Kastrup & Barros, 2009), busquei eleger estratégias que me permitissem acompanhar os processos de formação nas RMS. Uma estratégia inicial foi desenhar uma certa “história” que possibilitasse dar visibilidade a emergência desta proposta de formação no contexto brasileiro da saúde e que será apresentada no capítulo dois desta tese. Outra, foi o acompanhando de diferentes atividades relacionadas às RMS em geral e das atividades desenvolvidas pela RIS/GHC, com um olhar atento e sensível.

Portanto, foi preciso definir que “coisas” poderiam constituir-se como elementos de análise dos enunciados sobre as RMS, que nos permitam problematizar a produção de sentidos que vêm sendo atribuídos ao processo de formação, sem que se tenha a pretensão de produzir um *desvelamento da verdade* sobre as RMS.

Esta foi uma preocupação que me ocupou por muito tempo (ou todo o tempo). Minha intenção é discutir determinados enunciados sobre as RMS que emergem em diferentes momentos da história da saúde no Brasil e a produção de subjetividade engendrada neste *romance*. Que *sujeitos trabalhadores da saúde* são enunciados como

verdades nesta proposta de formação de trabalhadores para o SUS nos diferentes contextos em que as RMS emergem?

Conforme Foucault (1979b) nos alerta,

cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade; isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (p. 12)

Dito de outra forma, cada sociedade coloca em funcionamento a racionalidade que vai orientar o que pode ou não ser dito como verdadeiro sobre determinado tema. Assim, os discursos produzem modos de *ver* e *falar* o mundo a partir do jogo de forças que oferece *condições de possibilidade* de sua emergência (Foucault, 1979c). Neste sentido, podemos dizer que não há nada antes ou abaixo do discurso e, portanto, sua análise não se pretende interpretativa, mas descritiva.

Pensando nesta direção, fui entendendo que o importante não era necessariamente buscar a “fala” de entrevistados, em seu aspecto lingüístico, como havia pensado em fazer inicialmente, mas *o que* o discurso enuncia que leva a ciência ou o senso comum, se é que podemos fazer esta separação, a fazer afirmações sobre determinadas coisas, acontecimentos, experiências; no caso específico desta Tese, sobre as RMS.

Assim, esta cartografia foi percorrida apoiada em duas formas de aproximação aos acontecimentos relacionados às RMS: uma delas, a análise de elementos dos documentos referentes às RMS editados em âmbito nacional (especialmente na Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 e na Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007) e local, especialmente os referentes ao processo de formação no qual eu me insiro: a RIS/GHC (Portaria GHC nº 109/04, de 31 de março de 2004, que cria o Programa de Residência Integrada em Saúde, no âmbito do Grupo Hospitalar Conceição; Portaria GHC nº 037/07, que adéqua à legislação vigente, os termos da Portaria GHC nº 109/04; e Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC).

O segundo recurso utilizado aciona a pista de que o trabalho de pesquisa se faz pelo engajamento daquele que conhece no mundo a ser conhecido (Alvarez & Passos, 2009). Trata-se de um *diário de campo* onde foram registradas narrativas das vivências que se produziam no decorrer do processo de coordenação da RIS/GHC. O diário de

campo (materializado através de um caderno do tipo “livro de atas”, com 100 páginas) traz registros do final de 2003, quando a proposta de implantação da RIS/GHC começa a ser desenhada, até março de 2009.

Acompanhamos Barros e Kastrup (2009), na afirmação de que a escrita e/ou desenho em um diário de campo ou caderno de anotações é uma prática preciosa para a cartografia:

essas anotações colaboram na produção de dados de uma pesquisa e têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência do campo em reconhecimento e modos de fazer. Há transformação de experiência em conhecimento e de conhecimento em experiência, numa circularidade aberta ao tempo que passa. (p. 70)

As anotações no *diário de campo* foram realizados tanto simultaneamente a algum evento, quando eram registradas situações *objetivas* as quais acompanhava como observadora, ou posteriormente, quando eram relatadas *informações*, impressões e afetos emergentes da inserção em determinado contexto.

Como referem Barros e Kastrup (2009), preparar o relato muitas vezes funciona como um momento de explicitação do vivido, que permanecia, até então, em um nível implícito, inconsciente e pré-refletido, sendo este um momento muito importante para que se possa falar de dentro e não de fora da experiência.

Na articulação entre os registros do diário de campo e os enunciados que constavam nos documentos oficiais das RMS como um todo, e da RIS em particular, construí alguns balizadores para as discussões que apresento nos capítulos quatro, cinco e seis, que são: a formação em serviço, o trabalho em equipe e o conceito de saúde no SUS, que se agenciam com o objetivo desta tese de cartografar como os processos de ensino/ aprendizagem nas RMS estão produzindo o profissional de saúde para o SUS.

Considerando que o *método cartográfico* pressupõe a não-oposição entre teoria e prática, pesquisa e intervenção, produção de conhecimento e de realidade (Passos & Barros 2009; Alvarez & Passos, 2009), esta pesquisa tratou-se muito mais de uma *pesquisa com* os diferentes atores do processo de ensino/aprendizagem da RIS do que *sobre* os mesmos, na qual a pesquisadora estava sempre colocada em posição de *aprendiz-cartógrafa*. Sendo o campo pesquisado habitado cotidianamente por mim, foi cultivada uma receptividade ao mesmo, de modo a que, em todos os momentos, ele fosse tomado com uma dedicação aberta e atenta (Alvarez & Passos, 2009).

Assim, a *política cognitiva* (Kastrup, 2005) que orienta a cartografia aqui apresentada é do tipo construtivista, ou seja, tomamos o mundo como uma invenção, como algo que se engendra conjuntamente com o pesquisador. O tipo de funcionamento da atenção que sustenta a construção de conhecimento produzida durante este traçado cartográfico orienta-se pela noção freudiana de atenção flutuante e pelo conceito de reconhecimento atento de Bergson, conforme trabalhados por Kastrup (2007b), produzindo uma *atenção à espreita* – flutuante, concentrada e aberta.

Nesse sentido, é importante esclarecer desde o início que não se fez aqui a tradicional “coleta de dados”. Os elementos que compõem a pesquisa foram se produzindo na medida em que minha tensão sensível de *cartógrafa* foi atraída por situações, experiências, enunciados, materiais que me forçaram a pensar, indicando que havia ali uma processualidade em curso (Kastrup & Barros, 2009).

A RIS/GHC é tomada, então, como *caso-pensamento*, no sentido de que é essa experiência que aciona meu pensamento *forçando-o a pensar*⁴, problematizando os processos de subjetivação nas RMS.

Cada caso se impõe ao pensamento como um desafio: trata-se sempre de construir uma multiplicidade, de escapar dos impasses da representação e da oposição do *Um* e do *Múltiplo*. Para esse pensamento que se define como um construtivismo, o múltiplo jamais se alcança por acréscimo, faz-se antes por subtração (Abreu, 2004, p. 90).

Desta forma, ao me aproximar da experiência da RIS/GHC, pretendo mapear as redes de forças às quais as Residências Multiprofissionais em Saúde se conectam, suas modulações e seus movimentos. Partindo do entendimento de que a produção de objetos e de mundos possui “efeitos de subjetivação” (Escóssia & Tedesco, 2009, p. 92), é que tomamos a noção de coletivo.

É da experiência coletiva que se faz na RIS/GHC que emergem as problematizações sobre os processos de subjetivação que se engendram nesta política institucional de formação de trabalhadores de saúde para o SUS e são identificados os perigos e as escolhas ético-políticas que vão se configurando ao longo do caminho percorrido.

⁴ Deleuze (1987) aponta que o que nos força é o mal-estar que nos invade quando forças/fluxos do ambiente em que vivemos, e que são a própria consistência de nossa subjetividade, formam novas configurações promovendo diferenças de estado sensível em relação aos estados que conhecíamos e nos quais nos situávamos.

Em função disso, esta cartografia exigiu mais do que uma atitude neutra e descritiva enquanto pesquisadora, mas a adoção de um olhar de não-separação entre objetivo e subjetivo, sendo que o mundo da pesquisa e os conhecimentos daí decorrentes são frutos de um encontro, da coemergência sujeito/mundo (Passos & Eirado, 2009).

Esta é, portanto, uma escrita declaradamente implicada, mas que se coloca permanentemente em análise, buscando “habitar a experiência sem estar amarrado a nenhum ponto de vista” (Passos & Eirado, 2009, p. 123), exigindo o tempo todo o reconhecimento de que a experiência vivida não obriga a tomá-la como única possibilidade de vida, mas como possibilidade de emergência de si e do mundo na experiência vivida (Passos & Eirado, 2009, p. 129). É a partir deste entendimento que consigo me descolar de uma defesa parcial da proposta das RMS, acionando ao mesmo tempo certo *devoir D. Quixote* que mobiliza a aproximação a esta proposta de formação em curso no Brasil, a fim de colocá-la em análise.

Com os ingredientes fornecidos nas pistas sugeridas pelos intercessores teórico/metodológicos, que tomei como referências, mergulho nesta pesquisa-intervenção, com o desafio de caminhar não orientada por metas prefixadas, mas de fazer o caminho ao caminhar, ou seja, conhecer a realidade em seu processo de constituição, de co-produção do objeto da pesquisa, de mim mesma enquanto pesquisadora e dos possíveis resultados. Uma reversão de sentido: de um fim que orienta um caminho a um caminho que vai traçando finalidades, ou como referem Passos e Barros (2009) do método como *metá-hódos* à cartografia como *hódos-metá*.

Esta reversão orienta também a forma de escrita deste texto que, na maior parte do tempo, buscará afirmar o protagonismo da narrativa através do uso da primeira pessoa. Porém, em alguns momentos, o texto pode ser tomado por um “nós”, manifestando o agenciamento das muitas vozes que constituem esta escrita, mesmo quando ela se afirma como uma narrativa *pessoal*. Esta escrita é povoada de muitos atores e, portanto, não poderia nunca se configurar como uma experiência privada ou particular, pois está completamente atravessada por todos os que me acompanharam neste percurso, dando visibilidade um modo de produção de si e do mundo que foi se configurando no caminho cartográfico percorrido nessa tese.

A fim de seguir adiante nesta cartografia e de facilitar o acompanhamento de meu processo de pensamento, reapresento as questões que colocam esta pesquisa em movimento:

- Como os processos de ensino-aprendizagem tem se desenvolvido nas RMS e que profissionais de saúde colocam em ação?
- Quais os efeitos na formação dos profissionais de saúde da organização dos processos de aprendizagem nos serviços e nas atividades teóricas considerando os espaços de campo e núcleo?
- Como são produzidos nos espaços de formação em serviço e nas atividades de formação teórica os processos de trabalho em equipe?
- Que estratégias de inserção em espaços de gestão e participação social são oferecidas nos processos de formação das RMS?
- Quais os efeitos do processo de formação, em decorrência de sua determinação como política pública em saúde, na produção de subjetividade destes trabalhadores?



Angel Boligan (s/d)

A história não tem por fim encontrar as raízes de nossa identidade, mas, ao contrário, se obstinar em dissipá-la; ela não pretende demarcar o território único de onde viemos [...]; ela pretende fazer aparecer todas as descontinuidades que nos atravessam (Foucault, 1979a, p.35)

2 LINHA DO TEMPO, OU DO TEMPO DAS LINHAS: QUE TRATA DE BATALHAS TRAVADAS COM FORÇAS VIVAS

Partindo de uma concepção consonante ao pensamento institucionalista, entendemos a história não apenas como a reconstrução do que já aconteceu e estaria *morto* em um passado, mas como aquilo que, apesar de ter iniciado em um passado, continua vivo e animando o presente, podendo inclusive interferir no futuro. Assim, compreendemos que “não existe uma história (...) que totalize todo o devir da vida social em um espaço e em um tempo só” (Baremblytt, 2002, p. 38). Os acontecimentos apresentados aqui são, portanto, recortes de diferentes histórias que se constituem como possíveis analisadores⁵ dos atuais modos de pensar e fazer a formação de trabalhadores para o SUS, tendo em vista que os processos de institucionalização tendem a acontecer em todos os lugares habitados pelo humano.

O recorte de tempo no qual buscaremos estes analisadores inicia em 1970 e segue até a atualidade. Naquela década, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) emergem como uma proposta de formação de trabalhadores para a saúde e apresentam, ao longo das últimas décadas, momentos de maior ou menor importância – de acordo com as forças em movimento no cenário político nacional –, sem nunca, porém, saírem de cena do contexto da formação de trabalhadores para o campo da saúde.

Nossa intenção neste capítulo não é fazer um rastreamento dos elementos históricos no sentido de encontrar a essência ou a *origem*, o momento exato em que as RMS se apresentam como estratégia de formação, ou quando ganham uma identidade enquanto processo educativo em saúde, nem apontar a verdade sobre seus modos de operar (Foucault, 1979a). Nosso interesse está em nos aproximarmos das narrativas históricas deste tempo em movimento, acompanhando os emergentes históricos e

⁵ Analisador é um conceito empregado pela análise institucional que indica um acontecimento através do qual se decompõe um processo mais amplo, no sentido de perceber as redes de conexão de sentido constituintes dos modelos sociais, desnaturalizando-os (Baremblytt, 2002).

sociais que produziram a possibilidade de pensá-las e constituí-las na atualidade como uma política pública de formação de trabalhadores para a saúde.

Sabemos que “cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade” (Foucault, 1979a, p. 12). É a partir deste regime que alguns discursos são tomados como verdade e outros não; que se definem os mecanismos e as instâncias que terão credibilidade e os modos de definir as sanções para aqueles que não se adéquam a eles, as metodologias reconhecidas como capazes ou não de *trazer a verdade à tona* e os lugares nos quais e dos quais se pode ou se deve falar a verdade.

Em relação aos modos de conceber e operar a formação de trabalhadores para o sistema de saúde, também está vigente esta política. Logo, é importante compreender a partir de quais acontecimentos as discursividades sobre o tema adquirem “condições de possibilidades” (Machado, 1981, p. 188), e de que estratégias se utilizam para afirmar sua existência como modelo de formação de trabalhadores para o SUS.

Por isso, este capítulo se aproxima de uma proposta genealógica (Foucault, 1979a) que “se opõe à pesquisa de ‘origem’” (p. 16):

Procurar uma tal origem é tentar reencontrar “o que era imediatamente”, o “aquilo mesmo” de uma imagem exatamente adequada a si; é tomar por acidental todas as peripécias que puderam ter acontecido, todas as astúcias, todos os disfarces; é querer tirar todas as máscaras para desvelar enfim uma identidade primeira. Ora, se o genealogista tem o cuidado de escutar a história em vez de acreditar na metafísica, o que é que ele aprende? Que atrás das coisas há “algo inteiramente diferente”: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas. (Foucault, 1979a, p. 18)

Não desenvolveremos aqui uma *pesquisa genealógica*, mas uma escrita atenta às situações, aos momentos, aos eventos, às pessoas e aos lugares que apontam para a configuração de cenários de forças em torno do tema *formação em saúde*, a fim de compor um mosaico que nos ajude a lançar alguma luz sobre os modos como as RMS foram ganhando ou perdendo legitimidade como *modelo de formação* para a saúde ao longo das quatro décadas delimitadas neste texto.

Novamente, é em Foucault (1979a) que nos apoiamos para pensar os acontecimentos como forças que movimentam os fatos vividos:

É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e

uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta. (p. 28)

Neste sentido, nosso olhar para os *acontecimentos históricos* é um olhar perspectivo, que se coloca já a partir de determinado ponto de vista. “É um olhar que sabe tanto de onde olha quanto o que olha” (Foucault, 1979a, p. 30). Nosso interesse é acompanhar os movimentos políticos e sociais produzidos no período em torno de propostas de formação em saúde no Brasil, cartografando que batalhas foram travadas, que vitórias ou derrotas significaram, que abalos mobilizaram nas formas instituídas de conceber a formação e o cuidado em saúde, que efeitos deste percurso ainda se pode sentir afetando o presente, mobilizando (ou não) diferenças.

Pretendemos “marcar a singularidade dos acontecimentos” (Foucault, 1979a, p. 15) não por sua suposta importância de permanência histórica, mas por sua capacidade de colocar em ação linhas de força que se exercem ao longo do período definido, ou que aparecem e desaparecem, produzindo descontinuidades e exercendo seu poder de afetar de diferentes maneiras ao longo deste tempo, “reencontrar as diferentes cenas onde eles desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna, o momento em que eles não aconteceram” (Foucault, 1979a, p. 15).

Trata-se de realizar uma pesquisa orientada pela perspectiva da história como *proveniência e emergência*, como possibilidade de mapear marcas que formam a intrincada rede discursiva das RMS e que permitiram que estas se constituíssem como política pública em um determinado tempo.

A proveniência, segundo Foucault (1979a), permite “reencontrar sob o aspecto único de um caráter ou de um conceito a proliferação dos acontecimentos através dos quais (graças aos quais, contra os quais) eles se formaram” (p. 21), demarcar os acidentes, os desvios, ou ainda as inversões completas – “os erros, as falhas na apreciação, os maus cálculos que deram nascimento ao que existe e tem valor para nós” (p. 21).

A emergência designa “o ponto de surgimento” (Foucault, 1979a, p. 23), que não é mais do que “o atual episódio de uma série de submissões” (p. 23) que dá visibilidade ao jogo de forças mobilizador de determinados acontecimentos.

Por isso, a linha aqui percorrida focaliza a organização do sistema de saúde brasileiro e as principais discussões que marcam as políticas públicas relativas à

formação de novos trabalhadores, acompanhando a intensidade das forças que compõem este tempo. Sua intenção é mapear o contexto em que as RMS emergem, e não, configurar-se como uma revisão histórica que esgote os elementos que compuseram os modos de fazer e pensar a saúde e a formação de trabalhadores para o sistema de saúde vigente.

2.1 ANOS DE 1970: A *PHYSIS* DA SAÚDE COLETIVA

A palavra *physis* é usada aqui para indicar “aquilo que por si brota, se abre, emerge, o desabrochar que surge de si próprio e se manifesta neste desdobramento, pondo-se no manifesto” (Bornheim, 1997, p. 12), para que possa ser pensado como um conceito em movimento. Este termo foi empregado por Joel Birman (2005) em um artigo originalmente publicado em 1991, na *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, sendo republicado em 2005. Neste artigo, o autor discute como a medicina científica constituída no Século XIX delineia a problemática da saúde nos registros individual e social, configurando o saber médico como o discurso sobre o corpo singular, e o sanitário como o discurso sobre o espaço social. Porém, a emergência da sociedade industrial exige que a saúde das individualidades inclua as condições coletivas de salubridade, “não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos na exterioridade das condições sanitárias do espaço social” (Birman, 2005, p. 11).

Laurell (1986) aponta que, já no final dos anos 60, se acompanha o que podemos chamar de crise do modelo de Saúde Pública desenvolvimentista, que tem como pressuposto que o crescimento econômico produziria a melhoria das condições de saúde.

Assim, entramos nos anos 70 do século XX ainda sob os efeitos desta *crise* de um determinado modo de conceber o cuidado em saúde. Diversos fóruns da América Latina discutem este problema desde a metade dos anos 1950, decorrendo daí o projeto preventivista e sua proposta de integração bio-psicossocial.

O modelo da medicina integral, em uma apropriação da expressão *comprehensive medicine*, aparece na versão latino-americana, colocando ênfase na medicina de família *integrada* no plano da comunidade. Se, no plano do conhecimento, é o momento de dar espaço a alguns conceitos sociológicos, antropológicos,

demográficos, epidemiológicos e ecológicos, no plano político-ideológico, o projeto preventivista se expressa na chamada *medicina comunitária* e seus desdobramentos nos programas extra-muros (Nunes, 1994).

No campo da formação em medicina, um programa de residência médica na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, em 1962, é citado como pioneiro na formação de um profissional com base na integração das ações preventiva e curativa, alinhado ao pensamento preventivista, que havia sido muito estimulado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) (Nunes, 1994).

Porém, em um documento sobre o ensino da medicina preventiva e social na América Latina, a própria OPAS assume que não havia se concretizado as metas de transformação das práticas de saúde, especialmente da atenção médica, através da formação de profissionais capacitados para realizar essas mudanças (OPAS, 1976). Apesar da introdução de disciplinas de medicina preventiva na formação médica, as reformas preconizadas não haviam se integrado no processo global da escola médica, e a integração com a comunidade estava baseada em esquemas artificiais desvinculados dos serviços existentes na comunidade.

É a partir desta avaliação que a OPAS (1976) retoma as idéias sobre a Medicina Social, assumindo como seu objeto o campo de práticas e conhecimentos relacionados com a saúde, e como principal preocupação o estudo da sociedade e a análise das formas correntes de interpretar os problemas de saúde e a prática médica.

Em sua tese de doutorado, Arouca (1975) coloca que a proposta da Medicina Social surge com duas tendências. A primeira, “decorrente da sua origem no século passado, com um movimento de modificação da medicina ligado à própria mudança de sociedade, ou assumindo somente a modificação da medicina através da sua mudança institucional, como sucedeu na recente medicina social inglesa” (p. 108-109).

A segunda, como uma tentativa de

redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão os quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento ao nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psico-social. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação estas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais. (Arouca, 1975, p. 109)

Segundo esta análise, trata-se de duas formações discursivas em confronto. Uma delas – a da Medicina Preventiva – aparece como uma prática ideológica, que não se concretiza pelas contradições decorrentes de sua ligação aos grupos hegemônicos da sociedade civil, que na prática articulam a medicina com o econômico. A Medicina Social, por outro lado, tenta romper com esta postura ideológica, delimitando um objeto de estudo com o qual possa produzir conhecimentos no sentido de contribuir com uma prática transformadora. “Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais, assumindo uma posição diante destas contradições na teoria” (Arouca, 1975, p. 109).

Nunes (1994) aponta que não devemos esquecer que se vislumbra, naquele momento, a instauração de novas práticas. Com efeito, os movimentos sociais, de trabalhadores e universitários foram fundamentais para a visibilidade que a problemática da saúde adquire neste período.

A necessidade de repensar as práticas abre caminho, no âmbito da formação, para que se produza um salto qualitativo em termos do ensino e pesquisa em moldes acadêmicos, com a redefinição do estabelecimento de cursos de formação de mestres e doutores em medicina preventiva, saúde pública e medicina social. Os primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu* são criados em 1970 (na Faculdade de Saúde Pública da USP), em 1971 (na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto) e em 1973 (na Faculdade de Medicina da USP e na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia) (Nunes, 1994).

Em 1974, tem início o Mestrado em Medicina Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que permaneceu inalterado até 1986, quando se transformou em um Mestrado em Saúde Coletiva. Este mestrado tem uma importância significativa, pois consolida a implantação do Instituto de Medicina Social (IMS), que surge como uma estratégia de fugir do “intrincado e conservador jogo de forças da Faculdade de Medicina” (Bezerra Jr. & Sayd, 1993, p. 3).

O Instituto, que possui uma *relativa autonomia*, possibilita a produção de um perfil multidisciplinar ao Programa, com a incorporação de professores das ciências sociais e humanas como a filosofia, ciência política, sociologia, antropologia e psicanálise (Bezerra Jr. & Sayd, 1993).

Correndo em paralelo a isto, devemos lembrar que os anos 70 do século XX são marcados pelo regime militar instalado no Brasil desde 1964, com seus conseqüentes

efeitos de repressão política, censura à imprensa, controle da vida sindical, onipresença dos órgãos de informação, ausência de liberdade de organização e de manifestação política.

O chamado *milagre brasileiro*, marcado pela repressão e pela piora crescente dos indicadores socioeconômicos e de saúde, aponta para uma configuração das mais desfavoráveis em termos de saúde coletiva, mesclando as patologias da pobreza e da riqueza (Laurell, 1986).

O regime militar cria uma importante rede de hospitais privados, que são financiados e mantidos através de contratos e convênios, pela Previdência Social. As contribuições dos trabalhadores sustentam esse processo, não há investimento em uma rede pública e de medicina preventiva, e o sistema de saúde está voltado quase inteiramente para ações curativas e orientadas pela lógica empresarial de obtenção de lucro. A saúde é vista como um bem que se pode comprar e que todos têm a obrigação de auxiliar a promover (Moreira, 2002).

A formação de “recursos humanos” para a área da saúde é hospitalocêntrica e tecnicista, desconsiderando as necessidades da população, em decorrência da distância que marca o ensino e a assistência.

Este cenário força a necessidade de extensão dos serviços e a racionalização do uso dos recursos, com o propósito de constituir a saúde como um direito inalienável para todos os indivíduos, exigindo a busca de um novo paradigma que possa produzir transformações no campo de práticas e saberes em saúde.

A partir da metade dos anos 1970 surgem alguns movimentos e focos de resistência ao regime militar e às políticas impostas pelo mesmo. Estes movimentos são articulados principalmente pela Igreja Católica, por algumas entidades civis como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e alguns centros universitários.

A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o IMS da UERJ também tomam parte neste movimento. Bezerra Jr. e Sayd (1993) assinalam o papel de destaque deste último, pelas características de seu Mestrado, que “visava a formar um médico com conhecimentos nas áreas de epidemiologia, planejamento e ciências sociais de tal modo entrelaçados que lhe permitissem uma ação polivalente, crítica e transformadora” (p. 5), convocando, para tanto, métodos e disciplinas até então considerados de importância secundária, como as ciências humanas.

Nomes como os de Illich, Lévi-Strauss, Bourdieu, Foucault, Castel são alguns dentre os autores mais conhecidos deste momento, assim como os marxistas Gramsci, Marcuse, Schaff, Althusser e Poulantzas. Os métodos marxistas e estruturalistas, a psicanálise, a genealogia e arqueologia foucaultianas eram intensamente utilizados na tarefa de reproblematicar velhas questões e dar-lhes a riqueza de novas interpretações. A psiquiatria e suas instituições são um exemplo ilustrativo: a inspiração marxista de Castel e Basaglia, existencialista de Laing e Cooper, a psicanalítica de Szasz, e a nietzscheana de Foucault, todas contribuíram para arrancar a psiquiatria dos psiquiatras e dos asilos e transformá-la numa questão social. (Bezerra Jr. & Sayd, 1993, p. 6)

O Mestrado cumpre, assim, uma dupla função: de formação teórica e de fomento à crítica política, apesar de haver uma discreta demarcação entre aqueles que consideram uma ou outra dimensão prioritária, alguns que se dedicam mais à pesquisa e docência e outros à intervenção institucional (Bezerra Jr. & Sayd, 1993).

A segunda metade dos anos 70 marca também a regionalização dos cursos de Saúde Pública, que visam a preparar profissionais que atendam aos pressupostos da extensão de cobertura na rede básica de serviços.

Fruto destas forças em movimento, a V Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1975, apresenta a proposta de criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), como o primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, propondo de forma inédita um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo (Baptista, 2007).

Naquele momento, efervescem as discussões em torno da concessão de privilégios ao setor privado e da mercantilização da medicina, pontos que são fortemente criticados pelos adeptos da proposta de reforma sanitária. Buscam-se a universalização do direito à saúde, a unificação do INAMPS e do Ministério da Saúde em um mesmo sistema e a integralidade das ações.

As conclusões e recomendações do relatório final da V Conferência Nacional de Saúde apontam para a necessidade de que os elementos conceituais que sustentam a Teoria Geral dos Sistemas sejam difundidos entre os planejadores e administradores dos serviços de saúde e recomenda

a realização, a curto prazo, de seminários e cursos intensivos a nível regional, com participação ampla dos órgãos envolvidos, focalizando especialmente as peculiaridades sanitárias regionais segundo o enfoque sistêmico, visando a propiciar difusão imediata dos conhecimentos indispensáveis à implantação do sistema. (Brasil, 1975, p. 3)

Assim, a Teoria Geral dos Sistemas, que nasce na década de 1930, *de mãos dadas* com a filosofia das ciências – que se expande em decorrência da complexificação dos campos de conhecimento, buscando substituir a orientação analítica e atômica por uma orientação mais holística em relação aos problemas da organização complexa (Buckley, 1971) – chega ao campo da saúde.

No Rio Grande do Sul, a Escola de Saúde Pública (ESP/RS) é indicada por Moreira (2002) como “pioneira no Brasil, junto com o estado do Piauí, na implementação dos Cursos Descentralizados de Saúde Pública, formando parte dos sanitaristas brasileiros. (...) Por quatro anos, atendeu às demandas dos estados de Santa Catarina e Paraná” (p. 127-128).

Em 1975, é instituído na ESP/RS o Curso Básico de Saúde Pública, em convênio com a ENSP, que é oferecido até 1978. O convênio pretende funcionar como formador de sanitaristas e também de formadores locais. A ESP/RS fornece a infra-estrutura e os equipamentos, além de remunerar os docentes provenientes da ENSP, enquanto esta, além dos professores, é responsável pelas apostilas e coordena a metodologia de ensino, acompanhada por servidores da ESP/RS, a fim de que possam adquirir os conhecimentos e as habilidades necessários à docência. Este é o primeiro curso de formação de sanitaristas desenvolvido pela ESP/RS, embora uma parte do curso tenha suas aulas na própria ENSP. A partir de 1979, o curso passa a ser oferecido inteiramente na ESP/RS e a denominar-se Curso de Saúde Pública, constituindo-se no espaço onde se questiona em profundidade a realidade social e política (Moreira, 2002).

É importante assinalar que 1979 é um marco no processo de redemocratização brasileira; é o ano da anistia e da volta dos exilados políticos ao país. Neste contexto, o Curso de Saúde Pública da ESP/RS recebe como professores convidados Carlos Gentile de Melo, Maria Cecília Donnangelo e Murilo Vilela Bastos (Moreira, 2002).

Em Porto Alegre, entre 1974 e 1975, um grupo de trabalho composto por Carlos Grossman, Ellis D’Arrigo Busnello, Isaac Lewin, Sergio Pacheco Ruschel, Sofia Helena Renner, Paulo W. Cristovão e Jorge Carbajal, com a colaboração dos demais trabalhadores do então denominado “Centro Médico Social São José do Murialdo” – atual Centro de Saúde-Escola Murialdo (CSEM) – produz o projeto de um Sistema de Saúde Comunitária (Rio Grande do Sul [RS], 1975).

Dois dos idealizadores do projeto – Ellis D’Arrigo Busnello e Sérgio Pacheco Ruschel – regressam a Porto Alegre em 1972, após um período de dois anos nos

Estados Unidos realizando Mestrado (em Saúde Mental e Saúde Pública, respectivamente), tendo acompanhado a força do movimento comunitário vigente na época naquele país. A proposta produzida por eles buscava modificar a lógica para o trabalho comunitário, ampliando a atuação dos especialistas e desenvolvendo a idéia de “equipe de saúde”, na tentativa de romper com o binômio médico-enfermeiro (Uebel, Rocha & Mello, 2003, p. 118).

O projeto apresentado à Secretaria de Saúde, argumentando a falta de participação da população no planejamento das ações de saúde voltadas à mesma, propõe:

organizar um modelo prático, funcional, viável, feito na comunidade com participação da população que pudesse integrar tanto os esforços dos técnicos, como dos pacientes e da população; servir tanto para a prestação de serviços quanto para o treinamento de pessoal e proporcionar possibilidades de investigação. Em resumo: trata-se de organizar um Sistema de Saúde Comunitária, onde, ainda que experimental, possa-se aplicar uma série de conhecimentos que estudos de Administração em Saúde demonstram serem consonantes com as necessidades reais da população. Pela sua praticidade e eficiência, este Sistema deve ser passível de ser adaptado em outros locais do Estado, País, ou mesmo em outros Países da América Latina. Um Sistema onde se possa aplicar as idéias de integração dos Serviços de Saúde e da prestação de serviços a toda a população, procurando vencer as fronteiras atualmente existentes. (RS, 1975, p. 5)

Desdobra-se ainda em outros objetivos, relacionados à “formação de pessoal de saúde em todos os níveis” (s/p), através do desenvolvimento dos seguintes subprojetos: criação de uma Residência em Saúde Comunitária (voltada para a formação de médicos); oferta de estágio integrado aos interessados em “vivência dos interesses, da cultura, dos problemas e das atividades de uma comunidade” (p. 4); realização de um Estágio Especializado de dois anos, com trabalho em tempo integral, que, “organizado sob a forma de Residência, visa a especializar em saúde comunitária a profissionais das ciências da saúde” (p. 4); Treinamento de Voluntários de Saúde, para pessoas que moram na comunidade e que “desejam trabalhar para a melhoria das condições de saúde em sua equipe, com coordenação das Equipes Primárias do Centro, porém sem vinculação formal com o mesmo” (p. 4); oferta de Treinamento de Auxiliares de Saúde, para “capacitar pessoas que já tenham alguma experiência e/ou curso regular de saúde para as funções de Auxiliar de Saúde de uma Equipe Primária do Centro” (p. 5); e ainda, Treinamento em Serviço, para “todos os membros das Equipes Primárias do

Centro, com base na solução de problemas e nas atividades prioritárias do Centro” (p. 5).

A primeira turma da Residência em Medicina Comunitária (pioneira no Brasil) começa a funcionar em 1976, na Unidade Sanitária São José do Murialdo. No ano seguinte, o programa assume caráter multiprofissional com ingresso de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e médicos veterinários (Silva, 2002).

Para o pagamento das bolsas, os gestores da época realizam convênios, inicialmente com a Cooperativa Tritícola de Ijuí (COTRIJUÍ) e, posteriormente, com o Serviço Social da Indústria (SESI) (Silva, 2002).

Da Ros et al. (2006) apontam que, neste período, são criadas também Residências Multiprofissionais em Recife e no Rio de Janeiro.

Assim, as propostas defendidas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em setembro de 1978 (OPAS, 1978) – que tem como meta: saúde para todos no ano 2000 – encontram aqui um campo fértil de desenvolvimento, pois aliam a Atenção Primária de Saúde, o planejamento das ações em saúde com a participação das populações e a extensão de cobertura dos serviços de saúde como estratégia de ação.

Esta Conferência firma a idéia de que o povo tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação de sua atenção de saúde. Consolida, no nível nacional, uma tomada de posição frente ao problema sanitário e à aglutinação dos diversos segmentos que tratam da medicina preventiva, medicina social e saúde pública.

A criação de uma área denominada Saúde Coletiva é tratada em dois momentos, no ano de 1978: no I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Salvador, Bahia) e, na Reunião Sub-regional de Saúde Pública da Organização Pan-americana da Saúde/Asociación Latinoamericana de Escuelas de Salud Pública (OPAS/ALESP), realizada em Ribeirão Preto; ambas com o objetivo de redefinir a formação para o campo da saúde (Nunes, 1994).

Fruto deste período é a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

O CEBES é criado em 1976, durante reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) em Brasília. Mantendo um forte vínculo com a Academia,

o CEBES estimula os docentes, principalmente através dos Departamentos de Medicina Preventiva, a prestigiar os núcleos existentes em várias regiões do país, com a preocupação de estabelecer canais mais efetivos entre a produção acadêmica e a sociedade civil (Fonseca, 2000).

Ao longo de seu primeiro ano de existência, o Cebes já contava com cerca de vinte núcleos espalhados por todo o Brasil e havia iniciado a publicação da revista *Saúde em Debate*, principal veículo de difusão das idéias do grupo. Paulatinamente, consolidou-se como um centro de estudos, organizando eventos, debates e publicando livros, e acentuou sua participação política na luta pela democracia, tendo como eixo temático a questão da saúde. Marcava sua diferença em relação às outras entidades profissionais do setor de saúde, que se organizavam por categorias profissionais, e se definia como uma entidade organizativa que aglutinava o conjunto de profissionais de saúde. (Fonseca, 2000, p. 718)

A ABRASCO é criada em dezembro de 1979, tendo como princípios básicos:

estabelecer um adequado equilíbrio entre os conteúdos técnicos e teórico-conceituais, entre o “biológico” e o “social”, entre o “operacional” e o “crítico”, como forma de evitar o “tecnicismo” e o “biologismo” presentes na tradição do ensino da área de Saúde Coletiva”. (ABRASCO, 1982, apud Nunes, 1994, p. 16)

Estes dois espaços de organização de profissionais e estudantes do campo da saúde funcionam como espaços de resistência e análise crítica da situação de saúde e das políticas sanitárias brasileiras, fortalecendo as bases do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, nascido a partir de estruturas marginais ao sistema de saúde, através de núcleos de pesquisa, departamentos de universidades e mesmo grupos e instituições externas ao setor saúde, além de algumas Secretarias Municipais de Saúde que são conquistadas nas eleições de 1976 (Oliveira, 1988).

Em relação à formação médica, é importante pontuar que, em 1977, nitidamente em resposta ao movimento de residentes, o Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977 (Brasil, 1977) regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Da mesma forma, o processo de implementação da reforma universitária, em 1978, tornou a medicina preventiva obrigatória no currículo mínimo dos cursos de medicina, favorecendo a expansão dos departamentos de medicina preventiva que, até aquele momento, só estavam presentes nas Faculdades Paulista e de Ribeirão Preto (Fonseca, 2000).

O modelo médico-assistencial privativista da política de saúde dos anos 1970 começa a esboçar seu esgotamento de maneira gradativa até o final destes anos, propiciado pela emergência de um conjunto de ações oriundas das transformações dos cenários político, econômico e social, que apontam para a necessidade de constituição de uma rede única de atendimento, integrada, hierarquizada e com ênfase em uma noção ampliada do processo saúde-doença.

Como analisa Birman (2005), além de estabelecer uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico instituído historicamente com o advento da sociedade industrial, a Saúde Coletiva rompe com a concepção de Saúde Pública, através da negação do monopólio do discurso biológico sobre a saúde.

Valorizando a dimensão histórica e dos valores que estão investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte (Birman, 2005), esta ruptura será fundamental para o avanço vivido no campo da saúde brasileira, a partir dos anos 1980.

2.2 ANOS DE 1980: MOVIMENTOS POR UMA VIDA MAIS DIGNA

Os anos 1980 vieram acompanhados de rápidas mudanças que tiveram importância fundamental para transformações ocorridas em seu final e que têm impacto nos modos de pensar a organização do sistema de saúde e a formação de trabalhadores que irão operar nele, até os dias atuais.

Segundo Da Ros et al. (2006), com a proximidade do fim da ditadura e a necessidade de criar outro modelo de atenção à saúde que se configura com a proposta do Programa de Atenção Integral em Saúde/Ações Integradas em Saúde (PAIS/AIS), o início da década de 80 é um período em que há um “boom de criação de Residências em Saúde Comunitária, muitas exclusivamente médicas e outras multidisciplinares, como as de Paraíba, Bahia e Juiz de Fora, por exemplo” (p. 105).

No campo da política de estado, é importante situarmos que, em dezembro de 1979, foi modificada a legislação partidária e eleitoral, possibilitando o restabelecimento do pluripartidarismo. Assim, a antiga Arena transforma-se no Partido Democrático Social (PDS), e o MDB acrescenta a palavra *partido* à sigla, tornando-se o

PMDB. Além destas, outras siglas são criadas como o Partido dos Trabalhadores (PT), o Partido Democrático Trabalhista (PDT) e o Partido Popular (PP).

Com o crescimento dos partidos de oposição, os sindicatos e as entidades profissionais se fortalecem e passam a cobrar providências do Governo em relação à profunda crise econômica que o Brasil vive, mergulhado em um período de inflação e recessão. Criam-se as condições para que, em 1984, haja uma intensa mobilização em torno das eleições diretas para a Presidência da República. Líderes políticos como Tancredo Neves, Ulisses Guimarães, Leonel Brizola e Luís Inácio Lula da Silva, intelectuais e religiosos engajados trazem milhares de pessoas aos comícios e às caminhadas da campanha denominada “Diretas já!”.

Porém, a emenda constitucional submetida à Câmara dos Deputados é derrotada e, em janeiro de 1985, o Colégio Eleitoral escolhe o candidato Tancredo Neves, integrante da Aliança Democrática (a frente de oposição formada pelo PMDB e pela Frente Liberal, dissidência do PDS) como novo presidente da República, marcando o fim da ditadura militar. Tancredo Neves, contudo, morre antes de assumir, e o processo de redemocratização só se completa em 1988, tendo José Sarney no governo, no momento da promulgação da nova Constituição (Ramos, 2005).

A partir das eleições de 1985 e da abertura do aparelho do Estado, vários professores e alunos oriundos dos centros mais produtivos são desafiados a pôr em prática as idéias defendidas ao longo do período de ditadura, ocupando cargos em todos os escalões dos Ministérios e Secretarias de Saúde (Bezerra Jr. & Sayd, 1993).

O que se segue foi uma crise: esvaziamento dos núcleos acadêmicos, sangrados de muitos de seus melhores quadros, escassez de resultados de intervenção progressista no campo da saúde em função do peso das estruturas arcaicas e conservadoras, agravamento das condições de saúde como resultado das tendências do quadro político econômico, surgimento de novos problemas específicos pelos quais as análises globais não eram suficientes, e assim por diante. (Bezerra Jr. & Sayd, 1993, p. 12)

Com relação às estruturas conservadoras dos aparelhos do Estado, Moreira (2002) relata que, em 1982, atendendo à legislação educacional brasileira, os cursos de saúde pública passam a cumprir os requisitos para a especialização acadêmica, podendo cada estado incluir temas de seu interesse na relação de disciplinas básicas. Todavia, a ESP/RS vive um período de grande tensão política, pelo questionamento da Secretaria

da Saúde em relação ao crescimento da área de Ciências Sociais em Saúde na formação dos sanitaristas.

A Residência da ESP/RS – que havia sido inovadora na década anterior (de 1975 a 1982 no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo e de 1983 a 1989 no Murialdo e no Hospital Psiquiátrico São Pedro) – perde seu caráter multiprofissional no período de 1990 a 1999, permanecendo a oferta apenas da residência médica. Em 2000, a multiprofissionalidade é retomada, assumindo o caráter de Residência Multidisciplinar Integrada (envolvendo os programas de Residência Médica e o Aperfeiçoamento Especializado para as demais profissões) (Moreira, 2002).

A partir de 1981, com a promulgação da Lei 6.932, a Residência Médica é regulamentada. Passa a ser definida como

modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, em nível de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (Brasil, 1981).

Para ter sua formação reconhecida, e o título de especialista outorgado pelo Ministério da Educação (MEC), os programas de Residência Médica devem se credenciar junto à CNRM. Fica também estabelecido que, durante o período de realização do processo de formação, os residentes têm direito a uma bolsa, com valor mínimo estipulado por lei (Brasil, 1981).

Uebel, Rocha e Mello (2003) referem que, em 1983, depois da regulamentação da Residência Médica, passa a haver uma diferenciação no valor financeiro da bolsa do médico e dos demais profissionais, sendo o reajuste dos primeiros garantido, enquanto os demais têm suas bolsas *congeladas*. “Levando em consideração que o Brasil vivia uma época inflacionária, em dois anos, a bolsa dos residentes não-médicos desvalorizou de tal forma que, no início da década de 90, houve o término da residência multiprofissional” (p. 120).

O programa de Residência Médica do Murialdo desenvolve suas atividades com a denominação de Saúde Comunitária até 1983, quando se enquadra na Resolução da CNRM do MEC, de nº 07/81 (Brasil, 1981). Passa a se chamar “Programa de Residência Médica (PRM) em Medicina Geral Comunitária (MGC)”, nome da especialidade que se mantém até recentemente (Silva, 2002).

A partir de 1984, Ellis D'Arrigo Busnello, um dos idealizadores da Residência Multiprofissional no Centro de Saúde-Escola Murialdo, assume a Direção do Hospital Psiquiátrico São Pedro, implanta a Residência em Psiquiatria e o “Estágio Especializado em Saúde Mental”, desenvolvido sob a forma de Residência, com apoio financeiro da Secretaria de Estado da Saúde (Nunes, Machado & Bellini, 2003).

Este é um período de muita efervescência política no campo da saúde mental, com o questionamento do modelo asilar dos manicômios, concomitante à discussão da Reforma Sanitária em curso a partir de 1986. A inserção da Residência contribui com a contestação da estrutura vigente e com a proposição de mudanças no modelo de cuidado prestado aos usuários. Os residentes passam a ser partícipes do movimento político denominado “Movimento da Luta Antimanicomial”, que busca *abrir as portas* do hospital, permitindo o acesso da comunidade e a circulação dos pacientes ali internados, pelo reconhecimento de sua condição de cidadãos livres.

Moreira (2002) destaca a importância do papel desempenhado pela ESP/RS no Rio Grande do Sul,

não só no âmbito interno da Secretaria da Saúde, mas junto à sociedade civil organizada, no sentido de criticar a realidade da saúde e a necessidade de mudar radicalmente o modelo de atenção à saúde, tanto no que diz respeito à atenção primária, quanto à saúde curativa, (...) no sentido de contribuir para a implantação das propostas do Movimento da Reforma Sanitária. (p. 138)

Ocorre uma ampla disseminação das propostas da Reforma Sanitária, entre 1980 e 1986, com a aglutinação de forças dos movimentos sociais e políticos organizados. Culminam com a ocorrência, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), que define saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Inicia-se o processo de implantação de um sistema de saúde que contemple os ideais de acesso universal gratuito, equânime, voltado para a atenção integral, com responsabilidades compartilhadas entre os diferentes níveis do governo e com participação social, que se constituirá em 1990 no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990a).

Em setembro de 1986, acontece no Rio de Janeiro o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, promovido pela ABRASCO, reunindo cerca de 2.500 pessoas de diversas profissões da saúde, de todos os estados brasileiros. O tema central do congresso é a *Reforma Sanitária e Constituinte, Garantia do Direito Universal à Saúde*.

O relatório da plenária final do Congresso aponta para o avanço da Reforma Sanitária representado pela participação de todos os presentes. Todavia, ele indica que o processo de redemocratização do país não conquistou efeitos esperados sobre os setores sociais, sendo as políticas sociais ainda balizadas por critérios de eficiência econômica e como mera decorrência de investimentos do setor produtivo da economia, “enquanto a nossa riqueza continua a ser canalizada para o pagamento da dívida externa” (ABRASCO, 1986, p. 383). Revela ainda o sucateamento deliberado do setor público, que tem como objetivo qualificar o setor como ineficiente, convocando a mobilização e organização das forças sociais comprometidas com a luta pela implantação de uma Reforma Sanitária e pela garantia constitucional do direito à saúde para a reversão deste quadro e para impedir retrocessos no processo em curso.

Em 1986, acontece também a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, tendo como tema central a *Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária*. Inclui na agenda do movimento sanitário a discussão referente à política de gestão do trabalho e de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, com vistas à implantação do SUS. A principal discussão gira em torno da necessidade de articular os centros formadores de pessoal para a saúde e as instituições que prestam serviços, buscando formar profissionais atentos à realidade social para oferecer um serviço de qualidade (Ministério da Saúde, 1993).

Em relação à formação de especialistas para o Sistema de Saúde e mais especificamente sobre a formação no modelo Residências, esta Conferência aponta que “a extensão desta forma de especialização – a Residência – a outros profissionais deve ser utilizada sempre que suas características sejam adequadas à obtenção do produto final desejado” (Brasil, 1993, p. 167).

Em 1987, tem início a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), que se constitui como estratégia-ponte na construção do SUS, avançando na política de descentralização da saúde e do orçamento. Ele promove maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor, dando prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e possibilitando o início da desconcentração do poder do INAMPS na condução da assistência à saúde (Faria, 1997).

O Processo Nacional Constituinte, que se desenvolve de 1986 a 1988, culmina com a promulgação da nova Constituição Federal que, no capítulo destinado à Saúde, em seu Artigo 196, define Saúde como Direito Universal e Dever do Estado.

Ceccim e Ferla (2005) assinalam a preocupação gerada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira, estabelecida pela Constituição Federal – quando se coloca em cena a preocupação com a construção de um sistema de saúde único, de acesso universal, sob gestão descentralizada, orientado pelo atendimento integral e mediante controle social –, quanto à educação dos profissionais e com a integração dos sistemas de ensino e de saúde.

O atendimento integral, ainda que referido à estrutura organizacional no tocante à hierarquização e regionalização da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do Sistema de Saúde, requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e de prática e a incorporação da escuta ao andar da vida, tanto na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, como na orientação terapêutica ou de proteção das condições produtoras da própria vida. (Ceccim & Ferla, 2005, p. 22)

O tema da formação de profissionais para operar o Sistema de Saúde já se anuncia como um problema a ser enfrentado quando a formulação legal estabelece, desde a Constituição Nacional de 1988, em seu Artigo 200, a competência do SUS de “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde” e “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico” (Brasil, 1988). Estas atribuições são reforçadas na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a), como veremos no tópico seguinte.

Os anos 80 são, sem dúvida, muito especiais na história da saúde no Brasil e da universalização das políticas sociais. Contudo, ao mesmo tempo, havia um assujeitamento à agenda internacional, comandada pelo Banco Mundial, que ainda era bastante forte. Superar este impasse é uma tarefa que vem sendo conduzida até a atualidade, no sentido de buscar fundamentos teóricos que possam dar conta da sustentação de estratégias de intervenção que precisam ser constantemente repensadas, mantendo-se um campo plural, polimorfo, capaz de abarcar sempre novas questões no campo das políticas públicas.

2.3 ANOS DE 1990: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS E OS NOVOS DESAFIOS A ENFRENTAR

Os anos 90 são marcados pelo retorno das eleições diretas no Brasil, com a chegada de Fernando Collor de Mello à Presidência da República, após disputa em segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva. Esta eleição trouxe ao contexto político nacional a orientação neoliberal, vigente na política internacional, sob orientação dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento (Brasil, 2006a).

A reforma do sistema de saúde brasileiro é instituída em 1990, apoiada nas Leis 8.080/90 (Brasil, 1990a) e 8.142/90 (Brasil, 1990b), e sofre reflexos deste contexto.

A Lei 8.080/90 estabelece que a saúde passa a ser um direito de todos os brasileiros e um dever do Estado, definindo os princípios e as diretrizes que orientam a atenção à saúde em nosso país a partir de então: o acesso universal, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação comunitária. Porém, foi editada com cortes estabelecidos pelos vetos presidenciais referentes ao financiamento e ao controle social.

O veto demonstra uma posição claramente contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto, com os rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação, perdiam rapidamente sua voz. (Brasil, 2006a, p. 112)

A Lei Orgânica da Saúde (1990) determina a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, visando a dar conta da necessidade de interferência nos modos de formação de profissionais para o Sistema de Saúde proposto.

Ceccim, Armani e Rocha (2002) analisam que o Artigo 15, da Lei 8.080/90 estabelece claramente a atribuição dos órgãos do SUS em relação à ação educacional:

A ação educacional como atribuição dos órgãos de gestão do SUS fica explicitada com as demarcações deste Artigo: formulação e execução da política de formação e desenvolvimento (formulação e execução de programas que envolvam tanto a certificação/habilitação profissional, quanto a educação continuada) de recursos humanos para a saúde; realização de pesquisas e de estudos na área da saúde (produção de conhecimentos, informações e atualização técnico-profissional, por suposto). (p. 375)

Os autores avaliam ainda que o Artigo 27 da mesma Lei, além de reafirmar que os órgãos gestores devem formalizar e executar uma política de recursos humanos em que um de seus objetivos seja a organização de um sistema de formação (todos os níveis, inclusive pós-graduação, além de programas de aperfeiçoamento permanente), (...) coloca os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS. (Ceccim, Armani & Rocha, 2002, p. 376)

Um dos vetos feitos por Collor à Lei 8.080/90 refere-se justamente ao fato de as Escolas Públicas que formam recursos humanos para a saúde serem subordinadas ao SUS, como era previsto pelo Artigo 29.

Entretanto, o movimento sanitário, atento a este processo, retoma sua mobilização e “coloca o ‘bloco na rua’, (...) a pressionar o poder legislativo para uma tomada de posição, no que seria logo depois traduzido na nova Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, embora esta lei tenha recuperado os vetos apenas parcialmente” (Brasil, 2006a, p. 112).

O veto dos artigos referentes ao financiamento da saúde em nível municipal – que possibilitaria os repasses automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios e, também, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde – na avaliação de Merhy (1990), representa uma mutilação que

recuperou uma estratégia de organização técnico-assistencial da política de saúde que se baseava na centralização decisória no governo federal, no favorecimento da privatização do setor, com uma visão do setor público sob a forma de uma intervenção de baixo custo, que tenha a extensão de cobertura como sua meta estratégica. (p. 8)

A Lei 8.142/90 editada posteriormente dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b) e garante a participação em instâncias colegiadas na Conferência de Saúde e no Conselho de Saúde. Estabelece também a periodicidade da realização das Conferências Nacionais de Saúde e a forma de organização dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, a paridade da representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos e as diretrizes para os fundos de saúde (Brasil, 2006a).

Um fato que produz atravessamentos neste período é o fim da Guerra Fria, simbolizado pela queda do Muro de Berlim, com a reunificação da Alemanha. Esse

acontecimento mobiliza o redirecionamento das relações políticas internacionais, acenando para uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes. Isto torna evidente a redução da presença do Estado na condução das políticas sociais, caracterizando-o como um Estado mínimo, que se coloca apenas como regulador do mercado liberal (Brasil, 2006a).

Na área da saúde, a discussão das leis orgânicas da saúde é bastante polêmica, e coloca em enfrentamento na Comissão de Seguridade Social as forças sociais que se aglutinam em torno de diferentes propostas para o setor: “de um lado, os privatistas e, do outro, os que defendem o setor público. Em torno dessas questões, articulam-se representantes de profissionais, hospitais, sindicatos, universidades, setores administrativos dos ministérios, secretários de saúde, lobistas do setor privado” (Brasil, 2006a, p. 116).

A Lei 8.080/90 define que o SUS constitui-se pelas ações e pelos serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Estabelece no parágrafo 2º do Artigo 4º, que “a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar” (Brasil, 1990a), conforme disposto no Artigo 199 da Constituição Federal (Brasil, 1988), configurando a preeminência do setor público e a inclusão apenas complementar do setor privado. Estão ainda incluídas no âmbito do SUS as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

A “Nona”, como é chamada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema principal *A Municipalização é o Caminho* (Brasil, 1992a), é realizada na *agonia* do governo Collor, em Brasília – DF, em 1992. O movimento pelo direito à saúde e pela implantação do SUS continua presente na cena política, reunindo, em torno dos objetivos de uma sociedade estruturada em preceitos éticos e socialmente justa e equânime, diversos e heterogêneos coletivos.

Apesar das resistências instaladas no período do governo Collor e Itamar Franco, são configurados vários elementos legais que colocam o SUS em funcionamento. Com Collor ainda à frente do governo, é aprovada a Norma Operacional 91 (Brasil, 1991) referente à transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os municípios, tendo o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos. A norma exige a criação dos conselhos e dos fundos municipais de saúde, bem como a

apresentação de plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, programação, orçamento e apresentação de relatório de gestão local. Exige ainda a contrapartida de no mínimo 10% dos municípios e a elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS). Posteriormente, é editada a Norma Operacional Básica – SUS/1992 (NOB-SUS/92) que explicita procedimentos (como a metodologia de financiamento federal ou o processo de municipalização) e clarifica papéis (quem faz o quê em termos de planejamento, auditoria, controle e avaliação) (Brasil, 1992b).

Em setembro de 1992, após o *impeachment* de Collor – resultante de uma série de denúncias de fraudes administrativas – Itamar Franco assume com o desafio de enfrentar a inflação que alcança patamares assustadores (de janeiro de 1993 a junho de 1994 chegou a 50%) (Brasil, 2006a). O Plano Real é colocado em ação pelo então ministro Fernando Henrique Cardoso, reduzindo a inflação a 6,95% em agosto do ano de sua implementação (Brasil, 2006a).

No governo Itamar, é editada, ainda, a Norma Operacional Básica – SUS/1993 (NOB-SUS/93), que objetiva disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS (Brasil, 1993).

O processo de institucionalização do SUS neste período se dá sob muitos conflitos entre os entes federados e entre os servidores que resistiam à idéia de serem transferidos para estados e municípios. As normas operacionais são os principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde no Brasil e um dos pilares de sustentação do SUS (Scatena & Tanaka, 2001).

Entretanto, ao fazermos uma retrospectiva do governo Itamar Franco, constatamos que o fortalecimento do SUS enquanto modelo instituído se mostra evidente, construído nos embates da extinção do INAMPS (em 1993), da nova pactuação federativa no setor, da crise financeira da saúde e da crise fiscal do Estado (Brasil, 2006a).

É ainda neste governo, em 1994, que o então ministro Henrique Santillo propõe o início do Programa Saúde da Família (PSF) como um programa do governo federal, que visa a implementar a atenção básica, iniciando-se a transferência de recursos diretamente aos municípios.

Também neste período, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) indica que o termo “paramédico” seja eliminado dos documentos oficiais, sendo substituído por “profissional de saúde” (Brasil, 2006a).

Na 9ª Conferência Nacional de Saúde, é recomendada a realização da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde (2ª CNRHS), com o objetivo de aprofundar o debate e a reflexão sobre o tema e propor diretrizes para a política de recursos humanos para o setor saúde, tendo em vista que a efetiva implantação do SUS demanda o estabelecimento de políticas voltadas para a capacitação e para a formação de recursos humanos. É necessário compatibilizar os servidores oriundos de diversos vínculos contratuais, de modo a assegurar a operação adequada do sistema (Brasil, 1992a).

A 2ª CNRHS é realizada em 1993 com o tema central *Os Desafios Éticos Frente às Necessidades no Setor Saúde*. Tem como temas de discussão: os desafios éticos vinculados à saúde que devem ser enfrentados, os paradoxos da saúde da população brasileira, o modelo de atenção e as práticas de saúde na implementação do SUS, bem como a questão da regulação do mercado de trabalho, qualificação dos trabalhadores e melhoria das condições de trabalho (Brasil, 1994). Uma das questões pontuadas quanto à formação de recursos humanos é de que a mesma desconsidera “quem está formando? Para quem está formando? Para que está formando?” (Brasil, 1994, p. 14).

Entre as propostas apresentadas relativas às políticas de preparação e gestão de recursos humanos para a saúde, estão:

- a manutenção de programas de Residência Médica pelas unidades do SUS, com ampliação no número de vagas, e criação de residências para as demais categorias profissionais da área da saúde, conforme critérios e normas definidas pelos Conselhos de Saúde/Comissões Intersetoriais de Recursos Humanos. (Brasil, 1994, p. 27)
- a programação do ensino em conjunto com os profissionais dos serviços onde se desenvolvem aquelas atividades, de forma que a docência, nos serviços, possa ser feita também pelos profissionais da rede, estabelecendo para estes uma gratificação adicional. (Brasil, 1994, p. 27)

Em relação à mudança na atenção à saúde, vários projetos começam a se configurar como iniciativas para reverter o modelo flexneriano, propondo “um novo modelo científico biomédico e social que tivesse por finalidade fundamentar e projetar um novo paradigma educativo em função do indivíduo e da sociedade” (Machado, Caldas Jr. & Bortoncello, 1997, p. 147).

Programas como o *Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade* (UNI), financiado pela Fundação Kellogg, têm um conjunto de 20 projetos espalhados pela América Latina, sendo seis deles no Brasil

(Lins & Cecílio, 1998). Apesar das diferenças existentes entre as propostas, o Laboratório de Aplicação, Planejamento e Administração em Saúde da Universidade Estadual de Campinas (LAPA – UNICAMP) e o próprio Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, têm como denominador comum a proposição da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe multiprofissional na atenção em saúde.

Devemos lembrar que, de 1995 a 2002, estamos sob os dois mandatos governamentais de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Segundo Faleiros (2004), este período caracterizou-se por uma *reordenação estratégica do Estado*, com aprofundamento do neoliberalismo, mudanças nos fundamentos do próprio Estado – de diretrizes desenvolvimentistas para diretrizes de sustentação da competitividade (incluindo a estabilização econômica) – reduzindo-se, assim, a função e o papel do Estado em favor do mercado.

A política de saúde, nesta época, configura-se claramente como uma política de Estado e não de governo, tendo em vista a institucionalidade do SUS como política pública, já estabelecida anteriormente ao mesmo. Porém, ainda há riscos de redução ou extinção na correlação de forças com os segmentos defensores da ótica capitalista e neoliberal (Brasil, 2006a).

Destaca-se, neste período, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (Brasil, 2000), que vincula recursos à saúde, estabelecendo mecanismos de financiamento e correção dos valores de acordo com a variação nominal do PIB (Brasil, 2006a).

Esta emenda estimulou o aumento do número de municípios aderentes à municipalização e a conseqüente ampliação no número de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) implantadas, promovendo maior cobertura populacional do PSF (Brasil, 2006a).

A implementação do PSF cria uma demanda, por parte das prefeituras, de profissionais de saúde preparados para uma atenção diferenciada em relação àquela para a qual as universidades estão formando.

Aí, evidencia-se uma das contradições de formação de Recursos Humanos (RH) em saúde: se não mudar o sistema, não mudará a Universidade. Entretanto, a Universidade só muda se o sistema for diferente. O problema consiste no fato de que o sistema precisa de novos profissionais que não existem, então, ele também não tem possibilidades concretas de mudar. Cria-se um círculo vicioso de difícil solução. (Da Ros et al., 2006, p. 105)

Porém, o governo FHC, no que se refere à Educação, na análise de Neves (1999), consolida a tendência visível nos governos Collor e Itamar Franco de responder aos interesses do processo de globalização neoliberal em curso no mundo capitalista. Assim, o sistema educacional é redefinido com o objetivo de formar um novo trabalhador e um novo homem com vistas à superação da crise internacional capitalista.

Deste modo, o campo educativo, da escola básica à pós-graduação, é direcionado para uma concepção produtivista e mercantilista, cujo objetivo é desenvolver habilidades de conhecimento, de valores, de atitudes e de gestão da qualidade, definidas no mercado de trabalho, a fim de formar em cada indivíduo um banco de reserva de competências e habilidades técnicas, cognitivas e de gestão que lhe assegure empregabilidade (Frigotto, 2001).

Neste sentido, no campo da saúde, configura-se uma falta de convergência entre as necessidades do sistema de saúde e as propostas do setor educacional. Os currículos da formação de profissional de nível superior da área da saúde “têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde” (Pierantoni, 2001, p. 16).

Na sua origem, a questão central parte da observação de que as intervenções realizadas na área da saúde foram capazes de modificar, de forma irreversível, organizações estatais e reorganizar pactos federativos e sociais, mas não alcançaram, de forma similar, os responsáveis pela execução dessas políticas – os **recursos humanos** (RH). (Pierantoni, 2001, p. 3, grifo do autor)

A partir das demandas municipais por essa adequação, começam a se multiplicar experiências, visando a modificar a formação dos profissionais da saúde, sendo uma dessas ações a discussão sobre a criação e/ou reinvenção das RMS (Da Ros et al., 2006).

No Rio Grande do Sul, em 1999, a ESP/RS, sob a gestão de Ricardo Burg Ceccim, retoma a proposta de constituição de Residências Multiprofissionais – a qual a ESP/RS tinha sido pioneira na década de 1970 – e recredencia suas três Residências, marcando o estatuto de Residência Multiprofissional de caráter interdisciplinar, através da criação da Residência Integrada em Saúde, constituída em três ênfases (Medicina de Família/Atenção Básica em Saúde Coletiva, Psiquiatria/Saúde Mental Coletiva e Dermatologia/Dermatologia Sanitária) (Moreira, 2002).

A preocupação com a efetivação da regulamentação do proposto pelo Artigo 200 da Constituição Nacional, que se reflete na Lei 8.080/90, em seu Artigo 6º, está presente

nas Conferências de Saúde realizadas nos anos 90 (Brasil, 1992a, 1996a) e se refletem também no relatório da Conferência Nacional de Recursos Humanos de 1993. Esses documentos retratam a posição de um conjunto representativo de segmentos e atores sociais que discutem este tema, que continuará a se configurar como um desafio para a próxima década.

2.4 ANOS DE 2000 À ATUALIDADE: A INTEGRALIDADE COMO FOCO DO CUIDADO E DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A partir da década de 1990, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) produz importantes transformações nos modos de pensar a produção de cuidado em saúde no país, pois, como refere Roncalli (2003),

a saúde de uma população, nítida expressão das suas condições concretas de existência, é resultante, entre outras coisas, da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado no sentido de proporcionar qualidade de vida aos cidadãos é feita por intermédio das Políticas Públicas e, dentre as políticas voltadas para a proteção social, estão as Políticas de Saúde. (p. 28)

Porém, a concreta implantação de mudanças nos modos de produção de cuidado em saúde em nosso país tem exigido uma revisão nos modos de operar estes cuidados por parte dos trabalhadores do SUS. Este é um dos desafios que ainda necessita ser efetivamente enfrentado pelos gestores do sistema de saúde e pelas instituições formadoras.

Como já referimos, os preceitos básicos do SUS incluem – além da universalidade e equidade no acesso à atenção em saúde – um modelo assistencial com ênfase na integralidade das ações, com direito à informação, controle social, regionalização e hierarquização das ações. A implantação e a consolidação desses propósitos vêm desafiando profissionais de saúde, gestores e usuários na condução e no aperfeiçoamento do sistema como um todo, bem como na formação de profissionais identificados com essa perspectiva. Ela exige mudanças significativas nos modos de pensar a relação com os sujeitos a quem se dirige o cuidado e as formas de estabelecer esse cuidado, que até então estava orientado por uma perspectiva eminentemente clínica e biologicista.

O debate político e social sobre o tema mantém-se presente, no sentido de tensionar interesses e discutir os problemas que se apresentam para a consolidação do modelo proposto pela legislação, que, no cotidiano dos usuários, ainda está longe de se efetivar plenamente.

São recentes as ações mais efetivas na direção de constituir políticas de transformação nos modos de formar e desenvolver profissionais da área da saúde. Além disto, as características próprias das instituições de ensino há muito estão marcadas por uma evidente distância do sistema público de saúde, através da configuração de currículos voltados para uma lógica privativo-individualista, mantendo o modelo histórico de formação para o mercado privado.

Apontamos como importante, neste sentido, a aprovação na 11ª Conferência Nacional de Saúde, dos princípios da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH-SUS.

Esses princípios, cuja necessidade vinha sendo discutida ao longo da década anterior, constituem-se em *Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, no âmbito do SUS*, e pretendem “explicitar claramente as atribuições e responsabilidades dos gestores, de cada esfera de governo, para com a gestão do trabalho no SUS” (Brasil, 2003a, p. 33). Entende-se que os Recursos Humanos no setor saúde são de fundamental importância para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde disponíveis para a população, uma vez que “a utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção” (Brasil, 2003a, p. 17).

Em relação à formação de trabalhadores no modelo Residência, este documento preconiza:

regulamentar, manter, reestruturar e ampliar as residências já existentes na área da Saúde e criar novos programas adequados às necessidades do SUS e das equipes multi e transdisciplinares de saúde. As propostas de cada curso devem ser apresentadas e deliberadas pelos conselhos de saúde da área de abrangência (do município ou do estado), de acordo com as necessidades locais. (Brasil, 2003a, p. 61)

A experiência acumulada no país sobre projetos de mudança da formação dos trabalhadores para o SUS é enfática em afirmar a multiprofissionalidade e o caráter interdisciplinar do trabalho em saúde, propondo a noção de clínica ampliada (Campos,

2003) para dar guarida às histórias e aos projetos de vida que se expressam nos serviços de saúde. Todavia, o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina (Promed), proposto pelo Ministério da Saúde, em 2001-2002, ainda recoloca a escolha uniprofissional para propor a mudança na graduação.

Em 2002, o Ministério da Saúde financia a execução de 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, “com formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de trabalhar integralmente com todas as profissões” (Brasil, 2006b, p. 6).

Em 2003, no início do governo Lula, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e o Ministério da Saúde assume o papel já definido na legislação “de gestor federal do SUS na formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil” (Brasil, 2003b, p. 1).

Uma das importantes ações da SGTES neste momento é a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela [Portaria GM/MS nº 198](#), de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004a), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Isso acontece em função de que a SGTES surge com o intuito de transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, a implementação de processos formativos e de práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

Outro movimento importante é o estabelecimento de nova forma de contratualizar as relações entre os hospitais de ensino e o SUS, que anteriormente se davam através do repasse do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS). Esta forma de incentivo é avaliada como ineficiente para fomentar o incentivo às atividades de ensino e pesquisa nos hospitais que o recebem, sendo inclusive utilizado de maneira discriminatória ao incluir hospitais que não desenvolvem ações de ensino e excluir outros que de fato o faziam. Além disso, há o entendimento de que o FIDEPS não contribui efetivamente com a integração dos hospitais de ensino à rede de serviços, pois estes muitas vezes permanecem vinculado à lógica de prestadores de serviços ao SUS, sendo estes recursos incorporados ao custeio dos hospitais (Feuerwerker, 2004).

Os critérios para a certificação são estabelecidos conjuntamente entre os Ministérios da Educação e da Saúde e divulgados através da Portaria Interministerial nº 1000/MEC/MS, em abril de 2004 (Brasil, 2004c).

A SGTES segue trabalhando para propor ações de integração entre a Academia e os serviços de saúde na formação de trabalhadores. Porém, entendemos que, apesar das experiências de aproximação que têm sido propiciadas entre a Academia e os serviços, ainda temos um longo caminho a percorrer na efetiva consolidação de processos de ensino/aprendizagem orientados pela lógica da integração.

A Educação Permanente pressupõe que a aprendizagem deve promover e produzir sentidos, com a incorporação do aprender e ensinar ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Logo, os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho e ter como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, com o objetivo de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Brasil, 2003b).

Contudo, o processo de implantação da política de Educação Permanente tem enfrentado muitas dificuldades desde sua proposição em 2003. Sua formulação foi alterada recentemente pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2007a), que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Essa política tem buscado promover a articulação loco-regional entre a educação e o trabalho como um compromisso fundamental para formação em saúde para o SUS, através das Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES), que trouxe como avanço significativo a presença da Educação Permanente na agenda de gestão, de forma institucional .

Uma das mudanças instituídas pelo Pacto pela Saúde (Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006c) no que se refere à Educação na Saúde é a articulação e proposição de políticas de indução de mudanças na graduação das profissões da saúde, conforme já estabelecia o texto constitucional.

Ampliar o conceito de saúde implica articulação entre trabalho e educação e o reconhecimento da necessidade de abertura para diferentes olhares sobre os processos de vida.

Neste sentido, também as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)

representam um avanço, pelo fato de induzir maior articulação das Instituições Ensino Superior (IES) com a sociedade, e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da Saúde, as DCNs reforçam a necessidade de orientar a formação profissional em seu trabalho no Sistema Único de Saúde. (Brasil, 2007b, p. 9)

Em 2005, a Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro (Brasil, 2005b), institui parceria entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) para cooperação técnica na formação e no desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, com os objetivos de:

I - desenvolver projetos e programas que articulem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à formação de recursos humanos em saúde coerente com o SUS, com as DCNs e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES);

II - produzir, aplicar e disseminar conhecimentos sobre a formação de recursos humanos na área da saúde;

III - incentivar a constituição de grupos de pesquisa, vinculados às instituições de educação superior, com ênfase em temas relacionados à formação de recursos humanos da área da saúde e sua avaliação;

IV - incentivar a criação de cursos de especialização em avaliação da educação superior na área da saúde;

V - estimular a promoção de eventos para socializar experiências e divulgar estudos e produção técnico-científica relacionados à formação de recursos humanos da área da saúde.

Uma das ações resultantes dessa parceria é o lançamento concomitante do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 (Brasil, 2005c), que contempla naquele ano os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família. Em 2007, a Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019 (Brasil, 2007c) amplia o programa para os demais cursos de graduação da área da saúde. O texto divulgado pela SGTES, no site do Ministério da Saúde, na época do lançamento do programa, avalia que

o distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da Saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de

saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS, na medida em que a experiência internacional aponta que profissionais gerais são capazes de resolver custos relacionados a quatro quintos dos casos sem recorrer à propedêutica complementar, cada dia mais custosa. (Brasil, 2005c)

Como indicamos anteriormente, as Residências Multiprofissionais (RMS) já se constituem como um processo de formação em saúde para diferentes profissões, além da medicina, desde o final dos anos 70, especialmente no Rio Grande do Sul. Elas são apontadas pela NOB/RH-SUS (Brasil, 2003a) como uma estratégia para colocar em ação a modificação dos processos de formação de trabalhadores de saúde, aproximando-os do mundo do trabalho em saúde e da produção cotidiana de cuidados em saúde consonantes com os princípios que orientam o SUS.

Porém, é somente quando é constituída a SGTES, que esta se coloca, em âmbito nacional, como proposta de ampliação da formação para todas as chamadas *profissões da saúde* (Brasil, 2006b).

Apesar do trabalho intenso de articulação de diferentes entidades representativas da área da saúde para implementar a proposta das RMS, inicialmente há inúmeras resistências em diferentes setores no âmbito governamental, especialmente nos setores representativos das corporações médicas. Devemos lembrar, nesse sentido, que nos encontrávamos em plena discussão do chamado “Projeto de Lei do Ato Médico” (Brasil, 2002).

Em 30 de junho de 2005, a Lei 11.129 institui o Pró-jovem. No Artigo 13, cria a Residência em Área Profissional da Saúde, “definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica” (Brasil, 2005d).

Entretanto, apesar da configuração desse marco legal e do apoio financeiro liberado pela SGTES a 22 programas, aproximadamente, as Residências Multiprofissionais não têm sua certificação e titulação garantidas pelo MEC, uma vez que a CNRM não aceita a responsabilidade pelo credenciamento das RMS.

A articulação nacional em torno do reconhecimento dessa modalidade de formação, constituída por setores do governo, entidades representativas da área da saúde, residentes, preceptores, tutores e coordenadores de programas, resulta na publicação, em 12 de janeiro de 2007, da Portaria Interministerial nº 45, que 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 – CNRMS”, elencando suas principais atribuições (Brasil, 2007d).

A CNRMS inicia seus trabalhos em janeiro de 2008, realizando, a princípio, reuniões mensais e tendo como alguns pontos importantes de discussão e deliberação a implantação de um sistema informatizado para cadastramento dos programas. A elaboração de critérios para credenciamento e financiamento dos Programas de Residência deveria ser feita a partir da análise de um cadastramento nacional realizado no site do MEC e da capacitação dos avaliadores selecionados para a realização de visitas aos mesmos no segundo semestre de 2008. Porém, até o momento de escrita deste texto, as visitas aos 36 programas cadastrados pela CNRMS não se efetivaram.

No Rio Grande do Sul, estão em funcionamento atualmente seis programas de RMS e realizam formação em mais de uma Área de especialidade.

A Residência Integrada em Saúde da ESP/RS, organizada como tal desde 1999, possui quatro ênfases de formação (Atenção Básica em Saúde Coletiva, Saúde Mental Coletiva, Dermatologia Sanitária, Pneumologia Sanitária) e é desenvolvida em quatro serviços/instituições vinculados à Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), localizados em Porto Alegre (Centro de Saúde Escola Murialdo, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Hospital Sanatório Partenon) (ESP/RS, 2009).

O programa da ESP/RS possui legislação própria que institui a Residência Integrada em Saúde (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 1999) e regulamenta a concessão de bolsas aos residentes pelo Governo do estado do Rio Grande do Sul (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2002).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) mantém em funcionamento a Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC) desde 2004, inicialmente constituída de três ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva (Brasil, 2004b). Em 2008, é criada uma quarta ênfase em Oncologia e Hematologia (OH) (Brasil, 2008a) A turma de 2010 terá a ênfase em Terapia Intensiva transformada em Atenção ao Paciente Crítico (FUNDATEC, 2009).

De 2004 a 2007, as bolsas do programa do GHC foram financiadas através de projeto aprovado pelo Ministério da Saúde, com repasse de recursos do Fundo Nacional

de Saúde. A partir de 2008, o orçamento da RIS/GHC é agregado ao orçamento geral do GHC, havendo atualmente sustentação institucional para a manutenção do Programa.

No Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC), o Programa de Residência inicia em 2005, nomeado como “Residência Multiprofissional Integrada em Saúde: Cardiologia (RISC)” (Wottrich, Souza, Seelig et al., 2007). O financiamento se dá a partir de um convênio entre o Ministério da Saúde e o IC/FUC assinado em 21 de dezembro de 2004 (Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia, 2009).

A Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) constitui seu Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS) a partir de projeto aprovado em 2006 pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde (SGTES/DGES) e pela Câmara de Pesquisa e Pós-graduação da PUCRS. É financiado, no que tange às bolsas, pelo Ministério da Saúde. Sua primeira turma foi constituída em 2007 com as seguintes ênfases: 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 e Saúde Bucal (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul [PUCRS], 2007)

Em 2009, a PUCRS transforma o PREMUS em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, a partir da aprovação de novo projeto pela SGTES/DGES e pela Câmara de Pesquisa e Pós-graduação da PUCRS. Constitui-se em cooperação entre a PUCRS e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com financiamento das bolsas pelo Ministério da Saúde (PUCRS, 2009).

Uma proposta de Residência em Saúde Mental é construída em 2004 no âmbito da Política de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Porém, após a mudança de gestão municipal de Porto Alegre, a perspectiva de implantar um programa de formação que dê apoio ao processo de mudança do modelo de atenção em saúde mental se vê frustrada (Frichembruder, Silva & Cruz, 2006).

O grupo de profissionais que formulou o projeto mantém a execução da proposta e, com financiamento do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade de Rovira e Virgili da Espanha e a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, põe em ação a primeira turma da Residência Integrada em Saúde Mental em 2005. Este

programa, em sua primeira turma, teve a administração financeira a cargo da Fundação Universidade-Empresa de Tecnologia e Ciências (FUNDATEC), que recebe o repasse financeiro do Ministério da Saúde e desenvolveu-se em serviços de saúde mental da região metropolitana de Porto Alegre (FUNDATEC, 2004).

Em 2008, acontece a seleção da segunda turma do programa de Residência Integrada em Saúde Mental, neste momento vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Faculdade de Educação/Programa de Pós-graduação em Educação Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde) mediante Plano de Trabalho de Apoio às Ações de Saúde, conveniado com o Ministério da Saúde, através da Portaria SE/MS nº 510, de 23 de maio de 2007 (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008).

A terceira turma, com início previsto para 2010, segue vinculada à Faculdade de Educação através da manutenção do convênio com o Ministério da Saúde, conforme Portaria SE/MS nº 589, de novembro de 2008 (BRASILSUS, 2008), que aprova o Plano de Trabalho que institui a Residência Multiprofissional em Saúde Mental, nominada de Programa de Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva.

A Universidade de Santa Maria, em parceria com o Ministério da Saúde, constitui a primeira turma da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS), em 2009. A Residência está organizada nas ênfases de Gestão e Políticas de Saúde, Atenção Básica em Saúde da Família e Atenção em Rede Hospitalar (Ministério da Educação, Universidade Federal de Santa Maria, 2009)

Somente as Residências Multiprofissionais ligadas a Instituições de Ensino Superior (IES) recebem titulação de especialidade. Os demais programas, ligados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde ou a hospitais de ensino, não são reconhecidos formalmente como especialização, conforme previsto na Lei 11.129/2005. Essa situação coloca o governo em um impasse, pois “como pode o Governo justificar o alto investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica?” (Brasil, 2006b, p. 7).

A preocupação com o credenciamento dos programas e da titulação de seus egressos é discutida anualmente nos Seminários Nacionais de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (ocorridos em 2005, 2006 e 2008).

Além disso, em abril de 2008, é expedida a Portaria Interministerial nº 506 (Brasil, 2008b), que altera o Art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de

janeiro de 2007 (Brasil, 2007d), no que se refere à carga horária das RMS. Sob a alegação da necessidade de equiparar as cargas horárias entre as Residências Médicas e Multiprofissionais/em Área Profissional de Saúde, a carga horária – que anteriormente poderia ser entre 40 e 60 horas semanais – passa a ser de necessariamente 60 horas semanais. A redação nesta portaria, em seu Artigo 1º, passa a ser a seguinte:

Definir que a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituam-se em ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais. (Brasil, 2008b)

Essa deliberação passa a ser motivo de muitas discussões entre coordenadores de programas, tutores, preceptores e residentes, pois mais do que simplesmente incluir horas aos programas, implica discutir que objetivos temos com essa formação.

Em 2009, o MEC demonstra sua intenção de fomentar a modalidade de formação “Residência Multiprofissional”, inserida no contexto hospitalar, quando o III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais discute a implementação de Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Após este fórum, o MEC decide pelo financiamento de 800 bolsas para R1 em 2010, com o objetivo de estimular a interdisciplinariedade por meio das residências multiprofissionais em seus Hospitais Universitários – HU’s (Brasil, 2009a).

Os HU’s são convidados pelo MEC a apresentar projetos por instituição, envolvendo diferentes áreas de concentração e profissões de saúde. É proposto que “o desenvolvimento das atividades de aprendizagem deve oferecer aos residentes a vivência de linhas de cuidado, articulando os diversos níveis de atenção à saúde, possibilitando a continuidade e a produção da integralidade” (Brasil, 2009a, s/p). Entre os projetos apresentados, são aprovadas 500 vagas com destinação de bolsas para diferentes HU’s do país (Brasil, 2009b).

No Rio Grande do Sul, dois HU’s têm projetos aprovados: o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o Hospital Universitário de Pelotas. Estes programas já estão em fase de implementação, e têm seu início previsto para 2010.

Por outro lado, o Ministério da Saúde – que no período de 2006 a 2008 financiou a formação de 1487 profissionais pela RMS – informa às coordenações de programas que, a partir de 2010, o financiamento acontecerá através de inscrição em edital público,

com a concorrência dos programas já financiados e de novos programas. Este edital é lançado em 08 de dezembro de 2009.

O edital se coloca com o objetivo de

disciplinar a concessão de bolsas pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, criado com a finalidade de incentivar a formação de especialistas, na modalidade residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em campos de atuação estratégicos para o Sistema Único de Saúde – SUS e em regiões prioritárias do país, definidos em comum acordo com os gestores de saúde. (Brasil, 2009c)

Outro recente acontecimento em torno deste tema é a revogação da Portaria Interministerial nº 45/2007, em 13 de novembro de 2009, que é substituída pela Portaria Interministerial nº 1077 (Brasil, 2009d), alterando consideravelmente a composição e o funcionamento da CNRMS, sem que estes pontos tenham sido deliberados pela CNRMS, nem consultados em espaços ampliados e coletivos, como os Seminários Nacionais de Residências Multiprofissionais e em Áreas Profissionais da Saúde.

Este fato gera grande descontentamento por parte dos fóruns que estão envolvidos com os Programas de Residência, pois a Portaria nº 45 é construída e pactuada amplamente com todos os setores, movimentos sociais, governo e instituições formadoras. Diversos fóruns (como o de residentes, preceptores, coordenadores, das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde – FENTAS e de Educação das Profissões da Área da Saúde – FNEPAS) se mobilizaram no sentido de construir um movimento de rediscussão desta medida.

Os efeitos dos últimos acontecimentos da história das Residências Multiprofissionais em Saúde ainda não podem ser visualizados. Logo, não poderão ser acompanhados nesta tese. Fica como possibilidade para outros pesquisadores interessados pelo tema, pois esta linha está longe de um ponto final e está sujeita a muitas bifurcações.

2.5 O GHC: CAMPO ABERTO A EXPERIMENTAÇÕES

A contextualização histórica realizada aqui pretende situar que a emergência das RMS se dá como aposta em uma formação alinhada com o entendimento de que o

processo saúde/doença é complexo e não pode ser abordado apenas a partir de um olhar disciplinar. A institucionalização do 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 a noção de cuidado através de uma construção coletiva.

Por isso, é importante incluímos nesta *história da atualidade* alguns acontecimentos identificados no âmbito do GHC, que ajudam a problematizar esta investigação sobre a formação nas RMS.

A RMS surge no GHC como uma proposta institucional de adesão a disposição do Ministério da Saúde, através da SGTES, de interferir nos processos de formação de trabalhadores de saúde, por avaliar esta como uma necessidade no sentido do avanço dos propósitos do SUS.

O fato de termos profissionais formados por uma tradição médico-hegemônica no campo da saúde 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.

No momento de elaboração do projeto da RMS do GHC, o grupo encarregado diretamente da tarefa tinha clareza de que esta era uma proposta ambiciosa, pois exigia o enfrentamento de muitos instituídos na organização. 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 e comunitário – estão constituídos há séculos como verdades e, portanto, são de difícil enfrentamento.

Institucionalmente, sabíamos que não sairíamos desta experiência ilesos; aliás, *esperávamos* que não fosse assim. A proposta deveria produzir mudanças estruturais nas formas de conceber o processo saúde-doença e o cuidado em saúde na organização, de modo a contribuir efetivamente com transformações há muito desejadas e que encontram na constituição do SUS no Brasil um terreno muito fértil para se efetivar.

Portanto, esperávamos sim colocar em ação uma proposta de formação que produzisse *abalos* nos territórios vigentes, e abertura para novas composições que problematizassem os saberes e as práticas, mesmo que isso significasse inicialmente o enfrentamento de alguns poderes e lógicas instituídos e, portanto, aceitos como verdades inquestionáveis.

Assim, a RIS/GHC nasceu como uma proposta institucional coordenada por sua instância organizacional de ensino: a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC

(GEP/GHC). A demanda institucional era de que, diferentemente da formação médica – já tradicional no Grupo – não fosse constituída uma estrutura independente, nos moldes da COREME. Entendia-se que era preciso interferir no processo de formação, sendo esta uma aposta política institucional e não uma política independente, como orienta o MEC, às Residências Médicas, através da CNRM.

Entendíamos que constituí-la deste modo possibilitaria, por um lado, que o processo de formação ficasse mais vulnerável às políticas de governo, correndo o risco de desconstituir-se conforme interesses outros que não os de formação para o SUS. Todavia, por outro lado, apostávamos na legitimidade coletiva que a proposta ganharia, caso viesse ao encontro das aspirações de mudanças sonhadas por diferentes atores envolvidos (trabalhadores, gestores, movimentos sociais, coletivos de estudantes dos cursos da saúde).

Além disso, reconhecíamos que, se uma das perspectivas da definição das COREMES, como estruturas independentes da gestão institucional, era garantir maior estabilidade ao processo de formação estruturado pelas corporações de categoria, por outra, o tornava refratário às necessidades de mudanças na formação da Medicina, demandadas após a emergência do SUS. Este era justamente o efeito ao qual buscávamos nos contrapor, por entender que este modelo não respondia mais às necessidades do atual sistema de saúde.

Para a construção da proposta, foram chamados a compor a equipe da GEP alguns trabalhadores que até então desenvolviam seus trabalhos em outras estruturas da organização, bem como foram convidadas pessoas de outros serviços de saúde com experiência com formação de trabalhadores de saúde. É nesse momento que eu (psicóloga de formação), uma dentista, uma enfermeira e uma pedagoga, reconhecidas como pessoas envolvidas em diferentes instâncias com processos de formação de profissionais da saúde, além dos gestores da GEP, nos encontramos com a demanda de escrever um projeto de RMS a ser apresentado ao MS.

Nosso ponto de partida, em termos de proposta com a qual nos identificávamos, era a experiência da ESP/RS, com sua longa história como propositora de novidades no terreno da formação em saúde, como foi cartografado anteriormente.

Inicialmente, a RIS/GHC foi *desenhada* como a integração entre um Aperfeiçoamento Especializado Multiprofissional (Brasil, 1996b) constituído de três áreas de ênfases e as Residências Médicas já existentes na Organização. Assim, a

Portaria Institucional que cria a RIS no âmbito do GHC a apresenta como uma “modalidade pós-graduada de caráter multiprofissional, realizada em serviço, pertencente ao âmbito de regulação da educação profissional, acompanhada por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais de elevada qualificação profissional” (Grupo Hospitalar Conceição [GHC], 2004, p. 1).

Porém, como descrevo adiante, não foi possível realizar esta integração, devido às disputas corporativas de poder vigentes naquele contexto, tanto no âmbito do GHC como em todo o país. Por este motivo e pelo reconhecimento legal das RMS através da Lei 11.129 (Brasil, 2006) e da Portaria Interministerial nº 45 (Brasil, 2007), a proposta foi alterada e foi editada nova Portaria Institucional onde consta que “a denominação RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC – RIS-GHC, expressão de uso corrente nesta Instituição, refere-se à Residência Multiprofissional em Saúde no GHC” (GHC, 2007).

Desde o início, discutíamos a importância de ter clareza sobre qual racionalidade orientaria o processo ensino/aprendizagem, quais as concepções de sociedade e de sujeito, e que visão de mundo estaria presente na proposta. Afinal, o SUS tem sua proposta de organização do sistema de saúde pautado em determinados pressupostos que precisam ser levados em conta se quisermos que os trabalhadores que operam este sistema estejam em consonância com o mesmo. Assim, a proposta de formação precisa ir além de uma *capacitação* para trabalhar em serviços de saúde, deve interferir nos processos de subjetivação dos trabalhadores, produzindo outros modos de ser e fazer ainda não instituídos.

Os movimentos de maior convergência dos Ministérios da Saúde e da Educação – no sentido de colocar em ação o disposto constitucional de que a formação de profissionais para o SUS deve ser tomada como responsabilidade do sistema (Brasil, 1988) – começavam a ser visualizados a partir da constituição da SGTES no âmbito do MS, no início do governo Lula, como já apontado.

Na estrutura do GHC, isso começa a se destacar através de várias ações que buscavam construir uma política institucional de ensino na perspectiva do SUS. A questão que se colocava naquele momento era: como transformar uma organização com perfil assistencial em uma instituição de ensino que pudesse se constituir como referência para o SUS?

Com esta aposta, diversos movimentos foram executados, buscando transformar a lógica eminentemente assistencial assumida até então, qualificando a relação institucional com o ensino.

Esforços foram despendidos para conquistar a certificação como Hospital de Ensino, o que foi respondido positivamente em 17 de agosto de 2004, com a certificação do HNSC pela Portaria nº 1.704 (Brasil, 2004d). Posteriormente, o Hospital Cristo Redentor (HCR) e o Hospital Fêmeina (HF) foram certificados em 21 de outubro de 2005, pela Portaria Interministerial nº 2.092 (Brasil, 2005e).

Além disso, iniciou-se um trabalho, com apoio de consultores do MS, no sentido da constituição dos processos de trabalho através da concepção de Linhas de Cuidado para diferentes serviços que até então se organizavam de forma desarticulada. Buscava-se, com este modelo de gestão, colocar a pessoa como eixo central da atenção à saúde, a partir do entendimento de que isso implica trabalho em equipe, continuidade no cuidado, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade (GHC, 2009). Foram os casos do cuidado à mãe e ao bebê; cuidado aos queimados; neurocirurgia; dor torácica; trauma do idoso; cuidado em DST/AIDS; e atenção em saúde mental.

Inicialmente, este modelo de organização do processo de trabalho no cuidado em saúde foi visto com certa resistência pelos serviços, que temiam perder a autonomia com a qual os profissionais costumavam gerir os processos de cuidado. Romper com a lógica dicotômica que costuma operar nos serviços implica a constituição de redes de relações entre os serviços, tanto intra como extra-organizacional, as chamadas relações de referência e contra-referência. Porém, esta era uma lógica muito pouco exercida no âmbito do GHC.

A cultura organizacional vigente ainda sofria os efeitos da origem privada do Grupo, que, mesmo após ser assumido integralmente como fazendo parte da estrutura do MS, na década de 70, não tinha – por parte do conjunto dos trabalhadores – a identificação com o sistema público de saúde.

Quando começamos a discutir a formulação da proposta da Residência Multiprofissional como uma importante estratégia para a formação de trabalhadores para o SUS, alguns trabalhadores questionavam “por que fazer isso no GHC? Isso é coisa para o SUS” (entendido como os serviços extra-hospitalares e mais especificamente de atenção primária).

Como em outros serviços de caráter assistencial, havia a concepção dicotômica de que aquele era um espaço para realizar “atendimentos de saúde”, e que os espaços de ensino estavam ligados às instituições definidas como tal.

Assim, os trabalhadores não se reconheciam como formadores no processo cotidiano dos serviços, apesar de muitos deles conviverem diariamente com residentes de diferentes programas da medicina e estagiários de cursos de graduação da área da saúde (especialmente medicina, enfermagem, psicologia, farmácia, nutrição, fisioterapia e odontologia). As universidades de Porto Alegre e do Estado constituíam o GHC como campo de estágio curricular, além dos cursos técnicos de radiologia, técnicos de enfermagem, técnicos de nutrição, entre outros. Além deles, o Grupo recebia alunos de cursos de especialização que utilizavam as dependências do estabelecimento de saúde como espaço de realização de pesquisas e aperfeiçoamento profissional.

As atividades de ensino estavam a cargo de algumas pessoas identificadas como supervisoras de estágio ou como preceptores, no caso da medicina. Os demais – apesar de comporem, com certeza, no processo de formação de todos os estudantes dos diferentes níveis de escolaridade que habitavam os serviços – não se responsabilizavam por esta implicação. Quando questionados, argumentavam não possuir formação para o ensino.

Além disso, a estrutura física do GHC não oferecia espaços adequados para o ensino, na perspectiva formal. Não possuíamos salas de aulas e equipamentos de multimídia e informática que costumam estar presentes nos espaços destinados ao ensino no contemporâneo.

Os Programas de Residência Médica ocupavam salas de estudos nos andares dos Hospitais do Grupo, que se configuravam como *guetos* privativos, alguns inclusive batizados em homenagem a figuras ilustres da história do GHC, que ganhavam uma placa com seu nome na porta da sala. Apesar de certo privilégio por possuírem um *espaço próprio*, estes em geral não eram apropriados para o desenvolvimento de atividades de ensino, por serem pequenos e sem recursos além de cadeiras e (quando muito) um quadro verde ou um *flip chart*.

Aqueles que não conseguiam conquistar esses espaços precisavam disputar o concorrido *Mezanino*, sala em formato de auditório, que nos últimos dez anos havia diminuído consideravelmente de tamanho. Inicialmente, era um espaço para cerca de 300 pessoas e restringira-se a cerca de 70 lugares, com cadeiras fixas, que dificulta a

configuração de aulas com dinâmicas mais participativas. Além disso, este era um local de uso prioritário da diretoria do Grupo, em casos de reuniões com um número maior de pessoas e, portanto, muitas atividades de ensino eram desmarcadas às vésperas, a cada vez que uma atividade extra era agendada pela Gestão do Hospital.

Neste sentido, constituir uma estrutura mais adequada para o ensino passou a ser meta fundamental para a GEP/GHC a partir de 2003, com o apoio da Gestão. Considerávamos que seria muito difícil fomentar ações de formação sem oferecer minimamente locais adequados de encontro entre os formadores e os discentes, para discussão de casos, estudo teórico e problematização sobre o vivido no cotidiano dos serviços. Apesar da prática nos cenários cotidianos ser o forte de nossa oferta de processos de ensino e aprendizagem, fazia-se necessário criar espaços onde fosse possível refletir sobre o cuidado e o conhecimento que estava sendo produzido a partir dele.

Esta estrutura foi conquistada em parte em 2005, quando, a partir de recursos captados para o desenvolvimento de um espaço físico que acolhesse um *Centro Interdisciplinar de Formação e Pesquisa em HIV* no GHC, se viabilizou o compartilhamento das estruturas do Centro com a GEP/GHC.

Este espaço contou com a organização de duas salas de aula com capacidade para 20 pessoas e uma sala para 40 pessoas, equipadas com computadores, data show, aparelhos de televisão e acesso à Internet, além da manutenção de duas salas na área de internação (nas antigas instalações da GEP/GHC), que também foram equipadas visando a apoiar as atividades de ensino. Estas salas passaram a ser geridas pela GEP/GHC, através do agendamento prévio para uso, conforme sua disponibilidade.

Outras ações institucionais foram tomadas para o enfrentamento das queixas de despreparo dos trabalhadores para desenvolver atividades de ensino.

Uma delas foi a constituição de três cursos de especialização em parceria com a FIOCRUZ, objetivando oferecer especialização aos trabalhadores do Grupo, com vagas abertas também para a rede de serviços da região metropolitana de Porto Alegre. Dois cursos foram oferecidos para formação pós-graduada *lato sensu* – em Informação Científica e Tecnológica em Saúde e em Gestão Hospitalar – e um de Especialização Técnica em Informação e Saúde voltado aos trabalhadores de nível médio.

Estabeleceram-se também contratos de contrapartidas com as IES que constituíam o GHC como campos de estágios, negociando vagas em programas de

especialização *lato sensu* e *stricto sensu*, além da implantação de uma política de liberação dos trabalhadores para cursos de pós-graduação. Esta política viabiliza desde redução de carga horária (até 50%) até afastamento total com manutenção do salário, conforme avaliação do projeto quanto à pertinência da solicitação aos interesses organizacionais, bem como a formalização de compromisso de manutenção do vínculo com o GHC por um período, no mínimo, igual ao da liberação.

Por outro lado, a mudança das instalações da GEP/GHC para uma área do HNSC separada dos andares de internação, apesar de ter qualificado a estrutura física, gerou críticas negativas por parte de alguns atores, principalmente da categoria médica. O descontentamento principal derivava do conseqüente desmanche dos *guetos* anteriormente constituídos, sendo o novo espaço um signo da aposta em uma política institucional de ensino, que deveria agregar todas as ações já existentes e as futuras, em uma perspectiva de convergência com as propostas do MS e do SUS, em última instância.

Foi em meio a todo este processo de mudanças que, em julho de 2004, a primeira turma da RIS/GHC, com 30 residentes, se materializa em três cenários de práticas: Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), Serviços de Saúde Mental e Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

A escolha pelas áreas de ênfases para formação procurou aliar as necessidades do SUS e as condições mínimas dos serviços que seriam os cenários de formação, de acolher os residentes. Estas condições foram avaliadas a partir do interesse dos gestores e trabalhadores dos serviços em realizar um processo de formação e de um histórico prévio de trabalho em equipe multiprofissional, ou pelo menos tentativa de uma proposta de cuidado aberta ao ideal da integralidade.

Tínhamos clareza de que não dispúnhamos das *condições ideais*, mas a RIS/GHC sustentava uma dupla pretensão: formar profissionais com maior proximidade aos princípios do SUS e, ao mesmo tempo, produzir mudanças internas nas equipes de modo a também despertá-las para a necessidade de constituírem propostas de cuidado em saúde nesta direção.

Para uma das áreas definidas, a Saúde da Família e Comunidade (SFC) esta aposta já estava mais clara, pois desde o início de sua proposição o serviço contou com algum grau de composição multiprofissional em suas equipes e, naquele ponto, a maioria das 12 Unidades de Saúde (US) possuía experiências de compartilhamento de

saberes e fazeres no cotidiano, mesmo que a centralidade do cuidado ainda estivesse, em algumas delas, no tratamento médico. Além disso, possuía tradição na formação de médicos em Saúde da Família e Comunidade, 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, encontrávamos tentativas de planejamento conjunto do trabalho pelos componentes da equipe e um esforço em registrar o trabalho, permitindo a configuração de indicadores de qualidade do serviço. A equipe compunha-se basicamente por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, com o apoio matricial de fisioterapeutas que atendiam aos usuários em diferentes serviços. A inserção da RMS neste cenário de práticas provocou a contratação de um número maior de fisioterapeutas nos diferentes Hospitais do Grupo e a fixação deste profissional como componente das equipes no HNSC, HCR e Hospital da Criança Conceição (HCC). Apenas no HF esta não é a realidade atual.

Os serviços de Saúde Mental do Grupo, ao mesmo tempo em que recebiam a RMS, 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 HNSC foi transformado em um CAPS II e viabilizou-se uma área de internação no HNSC com leitos para atenção em saúde mental.

Tais mudanças ocasionaram a saída de dois serviços da estrutura hospitalar para espaços na comunidade, com a necessidade de reconfigurar as relações em diferentes âmbitos: entre os trabalhadores, entre estes e os serviços com os quais estabelecem interfaces na promoção do cuidado dos usuários, e com os usuários. Estes serviços passaram a atender a demandas regionalizadas, gerando mudança das formas de acesso e de todo o processo de trabalho para adequar-se ao funcionamento proposto para os CAPS. Muitas inseguranças e incertezas, mobilizadas por tantas diferenças ao mesmo tempo, produziram efeitos de estranhamento sentidos até hoje.

Uma cena registrada no diário de campo desta cartografia ilustra esta avaliação:

Era o dia da inauguração do novo espaço de cuidado em saúde mental que, transferido de dentro da estrutura hospitalar, passa a funcionar em uma casa próxima ao hospital. Encontro-me com algumas profissionais que compõem a equipe do futuro serviço e, ao cumprimentá-las, digo: “parabéns pela casa nova!”, considerando que deviam estar satisfeitas, pois a mudança implicava aumento dos espaços de atendimentos, de circulação dos usuários e de convívio da equipe. Porém, a resposta por parte de uma das profissionais foi: “estou de luto, não está vendo?” (referindo-se a estar vestida de preto). Manifesto minha surpresa, e a resposta é de que, com a saída do hospital, a troca com os outros serviços seria dificultada, não poderiam mais pedir que colegas de outros setores avaliassem um usuário que tivesse alguma questão fora do campo de conhecimento e intervenção aos quais pertenciam, o acesso aos medicamentos ficaria dificultada por estarem longe da farmácia, estariam longe do refeitório, enfim... Uma lista de queixas foi feita, sendo compartilhada pelos outros profissionais que ali se encontravam. Esta profissional manifesta ainda de que um dos residentes médicos havia adoecido naquela semana, pois “não se conformava em ter que sair do hospital”.

Esta cena manifesta um processo de resistência ao instituinte e de apego ao instituído, característicos das situações em que uma mudança se coloca em curso.

Do mesmo modo, os residentes da primeira turma da RIS tiveram que enfrentar algumas situações peculiares. Realizaram a formação em um tempo inferior aos dois anos pensados previamente – o ingresso se deu em julho de 2004, e a conclusão foi em fevereiro de 2006 (17 meses) –, por uma definição institucional de alinhar o ingresso e a conclusão das turmas da RIS com as Residências Médicas em cada ano. Isso não foi possível na primeira turma pelo atraso no repasse dos recursos financeiros para o pagamento das bolsas dos residentes.

Além disso, enfrentaram todas as dificuldades inerentes a uma proposta em implantação e que enfrentava fortes resistências por parte de alguns representantes da categoria médica, que mobilizavam ataques à RMS através de artigos em jornais e revistas corporativos, programas de rádio e televisão, e eventos públicos. A tentativa era de buscar adesões à concepção de que o processo de formação na modalidade Residência é exclusivo para médicos, desqualificando a extensão da mesma a outros

profissionais da saúde e ignorando que esta proposta emerge de uma concepção de cuidado em saúde diferente da consolidada na tradição médica.

Dallegrave e Kruse (2009) analisam algumas das manifestações deste período, discutindo os discursos que circulam em torno das RMS e as condições de possibilidades para que estes discursos se produzam:

Percebemos que há discursos, quase exclusivos da categoria médica, contra a proposta das RMS. Esta univocidade intenta manter o poder da corporação. São tramas que utilizam as palavras daqueles que falam a favor, mas carregam outra representação cultural. Esta outra representação 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). (p. 222)

Especialmente na ênfase em TI, os residentes viveram situações muito tensas e que se alinham à análise acima, como em um episódio em que os residentes médicos, inseridos no mesmo cenário de aprendizagem que a RMS, ao chegarem para seminário teórico coordenado por um médico de uma das unidades e se depararem com a presença dos participantes da RIS, retiram-se da sala por negarem-se a participar de espaços de discussão conjunto com outros profissionais de saúde. O argumento é de que aquilo se constituía em *ensino do exercício da medicina para não-médicos*, configurando infração ao Código de Ética da Medicina, pelo qual o coordenador do seminário poderia ser punido caso fosse denunciado ao Conselho Profissional da categoria.

Ou seja, a discussão de temas de saúde para os quais todos os profissionais que compõem o processo de trabalho em um mesmo campo precisam estar preparados – mesmo não se tratando de técnica ou procedimento restrito à categoria médica – é tomada como específica da medicina, não podendo ser compartilhada. Em última instância, *saúde é assunto para médicos e não para uma equipe multiprofissional de saúde*.

Na ênfase em SM, os seminários de campo – que inicialmente reuniam residentes das Residências em Psiquiatria e da RIS – também foram suspensos, pois os preceptores manifestavam seu receio de denúncias ao Conselho Profissional pelo mesmo motivo descrito acima.

Da mesma forma, foi solicitado ao então Gerente da GEP que a coordenação da RIS – que, com a mudança de espaço físico da GEP, estava alocada na mesma sala que

a COREME – fossa transferida de lá, pois havia pressão de forças internas e externas contra este compartilhamento de espaço, que era percebido como uma afronta.

Todos estes acontecimentos impuseram à RIS um início conturbado, mas pelo qual passamos com ganhos, segundo avaliação no final do processo desta turma, havendo manifestações de que ocorreu uma qualificação das equipes na troca entre os profissionais, através das discussões interdisciplinares dos casos. Apesar de os residentes apontarem que não esperavam “ter que construir a RIS” – tendo a expectativa de que encontrariam os serviços prontos para recebê-los –, eles entendem que houve muitos avanços de 2004 ao final de 2005, com a diminuição das resistências dos profissionais médicos, principalmente no ambiente hospitalar.

Porém, ainda estava presente a falta de envolvimento de muito profissionais dos serviços com a proposta de formação e com a idéia de que esta é uma política de governo, sem legitimidade institucional que garanta sua continuidade independentemente de quem esta à frente do processo de gestão institucional.

O processo de formação desenvolve-se nas dependências dos quatro hospitais do Grupo, nos serviços relacionados aos cuidados de cada ênfase (SFC, SM, TI e OH).

Até o hoje, foram concluídas cinco turmas e duas estão em andamento (Quadro 1). Neste período, tivemos várias mudanças na composição das turmas, com aumento de vagas para as profissões inicialmente incluídas e profissões que ingressaram posteriormente nas três ênfases (Quadro 2), a inclusão da ênfase em Oncologia e Hematologia em 2009 e a mudança na concepção da ênfase em TI, para Atenção ao Paciente Crítico (APC) em 2010.

Quadro 1: Vagas da RIS/GHC – Turmas 2004 a 2010

Anos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Vagas de Ingresso (R1)	30	30	33	49	51	62	64
Somatório das vagas de R1 + R2	-	60	63	82	100	113	126

Fonte: RIS/GHC

Quadro 2: Áreas de Ênfase e Profissões – RIS/GHC – Turmas 2004 a 2010

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

Fonte: FUNDATEC. Editais dos Processos Seletivos RIS/GHC (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009).

Os conceitos de campo e núcleo de saberes e práticas (Campos, 2000) atravessam a constituição da formação, nas quatro áreas de ênfases, com atividades de formação em serviço e teóricas organizadas de modo a proporcionar o exercício de tecnologias específicas dos núcleos profissionais, bem como atividades conjuntas com todos os componentes do processo de formação (GHC, 2009b).

Todas as áreas de ênfases possuem um calendário de Seminários de Campo e de Núcleo, organizados pelas equipes que compõem as ênfases, além dos Seminários Integrados, atividade que reúne os residentes de todas as profissões e ênfases, agrupados por ano de ingresso, para discussões relativas a metodologias de pesquisa, políticas públicas, seminários temáticos e discussão de “casos”/problemas de saúde.

Os Seminários Integrados são coordenados pela GEP e se constituem atualmente em um espaço que produz muitos questionamentos por parte dos residentes e dos coordenadores da atividade. Entendemos que este é realmente um dos espaços mais difíceis, pois coloca em cena todas as diferenças que marcam as ênfases e profissões, exigindo dos residentes abertura às mesmas, o que nem sempre é possível sem conflitos e enfrentamentos. Ao mesmo tempo, exige dos facilitadores da atividade um esforço constante de produzir aproximações das temáticas aos diferentes campos de formação, com os quais nem todos têm familiaridade. Ou seja, este é o espaço de maiores tensionamentos do processo de formação.

As queixas são desde o horário em que a atividade se realiza (das 18 às 21 horas), até a condução por parte dos facilitadores, passando pelos temas e metodologias de abordagens dos mesmos. Foram realizadas mudanças nas formas de compor a atividade ao longo do tempo, porém as queixas se renovam a cada ano, apesar dos esforços em qualificar a atividade, o que nos faz pensar que a principal dificuldade se relacione à convivência com muitas diferenças. É neste espaço que a integralidade, proposta na formação se defronta com fronteiras, muitas vezes, difíceis de transpor.

Participam das ações de acompanhamento do processo ensino/aprendizagem – através do exercício das atividades de preceptoria, tutoria, coordenação de atividades teóricas e orientação de trabalhos de conclusão de Residência – profissionais dos serviços contratados como trabalhadores do GHC e, eventualmente, convidados externos como docentes. Os preceptores possuem remuneração específica para o desenvolvimento de atividades de ensino.

O aumento da procura pelas vagas disponíveis nos processos seletivos da RIS/GHC pode ser considerado expressivo, desde o primeiro processo seletivo, conforme demonstrado abaixo (Quadro 3).

Quadro 3 – Inscritos ao 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).

A maturidade institucional da proposta pode ser pensada a partir da definição em 2007 de inserir o orçamento das vagas no orçamento geral do GHC junto ao MS, passando, então, os recursos a serem destinados diretamente, a partir de 2008, sem necessidade de aprovação anual de projeto por turma.

Além da afirmação da RIS/GHC, no âmbito institucional, houve muitos outros avanços no período de 2003 a 2009, na consecução da proposta de transformar o GHC em uma referência no campo da saúde para a formação de trabalhadores para o SUS. O *coroamento* de todo o esforço – e um novo desafio a enfrentar – está em vias de efetivar-se, com a implantação no âmbito do GHC de um Centro Federal de Ensino Técnico e Tecnológico e Pesquisa em Saúde (CFETPS/GHC), já aprovado pelo MEC e aguardando a criação através de decreto presidencial, com previsão de início de funcionamento para o segundo semestre de 2010.

Nos últimos anos temos dito que o GHC se transformou em um *canteiro de obras*, devido as muitas reformas e construções de novas estruturas físicas que estão acontecendo nos diferentes hospitais do Grupo. Podemos dizer que não *estamos em obras* apenas no visível. Há um processo de produção do novo em movimento para além das paredes e equipamentos, que pretende transformar modos de ser e fazer no conjunto da Organização.



Picasso (1955)

Para que a palavra possa dizer o que ela diz, é preciso que pertença a uma totalidade gramatical que, em relação a ela, é primeira, fundamental e determinante (Foucault, 1992, p. 296).

3 DAS RACIONALIDADES E SEUS EFEITOS SOBRE OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

O SUS, através de seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social, expõe suas intenções de estabelecer-se como sistema de saúde voltado a todos os habitantes do território brasileiro, através de ações em diferentes âmbitos de atenção e modalidades de cuidado e educação em saúde, de forma a atender às necessidades de saúde da população em suas várias formas de expressão, apostando na autonomia dos sujeitos para os quais o cuidado se destina. Logo, todos os atores envolvidos são fundamentais na definição das estratégias de organização do sistema.

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, como mapeado no capítulo anterior.

Na época de implantação do SUS no Brasil, em nível nacional e internacional, havia um movimento na direção contrária à proposta de um sistema de saúde com forte participação do Estado, apesar do movimento congruente na América Latina de defesa da descentralização e da participação da população, conforme expectativa já suscitada na Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 1970 (Mattos, 2001).

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 coloca em cena.

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

A racionalidade de que falo é a que orienta o pensamento moderno e que foi 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 se desenvolve nas ciências

naturais e, no século XIX, se estende 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 se coloca como 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 se não 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 se torna, 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 “neutro” – pois produzido com de práticas controladas, que não leva em consideração os elementos históricos, sociais, 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 (Barros & 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 vai produzir seus efeitos sobre o pensamento médico, nos séculos XVIII e XIX, alicerçando os conceitos da moderna medicina científica, que passa a conceber o corpo humano como uma máquina, estudada

em seus modos de funcionamento, e orientando seus procedimentos para o ajuste dos *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* (Capra, 1986) 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.

3.1 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, 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 essa 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, na qual *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 num mesmo modelo, com maior ou menor grau de fidedignidade” (Naffat Neto, 1991, p. 15). Como descreve Deleuze (2006), o “primado da identidade, seja qual for a maneira pela qual esta é concebida, define o mundo da representação (p. 15).

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) 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” (p. 74). Podemos dizer, assim, que de acordo com este fundamento, ao se buscar disciplinar a *realidade* excluindo toda 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 idéia de que ensinar é transmitir/inculcar e que aprender é reconhecer, reforçamos o exposto por Deleuze (1987) de que “ao aprofundamento dos encontros, preferimos a facilidade das *reconhecimentos*” (p. 27).

Segundo Elias e Axt (2004), a crítica de Deleuze e Guattari em relação a esta premissa é de que isso 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 esse 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), “enquanto a diferença é submetida às exigências da representação, ela não é nem pode ser pensada em si mesma” (p. 365), pois fica impedida de manifestar-se como produtiva, só podendo se tornar 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 necessário uma prática ascética que impeça o exercício de forças avessas ou estranhas ao pensamento e ao ser perfeito e natural funcionamento; é necessário um método que nos conduza ao conhecimento pleno da verdade (Schöpke, 2004).

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

O primeiro postulado analisado por Deleuze (2006) refere-se ao *Cogitatio natura universalis*, ou seja, o princípio que apresenta 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 que *todo mundo sabe ninguém pode negar*, pouco importa, afirma Deleuze (2006), “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” (p. 192), 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 determinado o pensamento puro e apresentado-o como uma potência compartilhada por todos os homens de modo natural. Esse postulado é contestado pelo autor, ao afirmar que “os homens pensam raramente e o fazem mais sob um choque do que no elã 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) 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” (p. 197). 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 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” (p. 197). 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).

Segundo Deleuze (2006), esses três postulados, que supõem “um pensamento naturalmente reto, de um senso comum natural de direito de uma reconhecimento como modelo transcendental, só pode construir um ideal de ortodoxia” (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).

Deleuze (2006) nos alerta, em *Diferença e Repetição*, para a existência de uma imagem do pensamento que é *pré-filosófica e natural*, considerada a partir do senso comum. Essa 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.

Podemos tomar como um 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.

A crítica de Deleuze e Guattari se refere à crença no objetivismo e no subjetivismo presentes na representação. Em contraponto a essa idéia, eles propõem os conceitos de *agenciamento maquínico do desejo*, que remete à construção cultural/social dos significados expressos pela linguagem, e *agenciamento coletivo de enunciação*, que aponta para a enunciação como uma forma individuada, prisioneira das significações dominantes (Elias & Axt, 2004).

No pensamento de Deleuze e Guattari, sendo o mundo *produção maquínica*, ou seja, em constante processo de fazer-se e desfazer-se, a linguagem produz as coisas ao mesmo tempo em que por elas é produzida. Esta premissa tem efeitos significativos sobre o processo ensino aprendizagem, aciona a produção de *diferença*, que por sua natureza anárquica e subversiva, se torna uma inimiga desta imagem dogmática do pensamento, perturbando a ordem estabelecida (Schöpke, 2004). “O grande objetivo de Deleuze é ‘libertar’ a *diferença* 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” (Schöpke, 2004, p. 23).

Por isso, Deleuze (apud Schöpke, 2004) defende a não-dissociação entre um saber teórico e de 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 inspirem maneiras de viver.

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

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. (p. 69-70)

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. 71)

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, 1979a, 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 lhe servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate” (Foucault, 1979a, p. 71).

Neste sentido, o pensamento não pode ser considerado dado *a priori*, mas 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, nos alerta Deleuze (1997),

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). (p. 39, grifos do autor)

Por isso, Deleuze (1997) refere que a *perda de tempo* é um fator importante no processo do aprender. 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 articula-se 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 memorização, da possibilidade de transmissão direta de conhecimentos/informações, do suposto controle do movimento do aprender por parte do professor (e também do aluno)? (p. 17)

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

3.2 APRENDIZAGEM COMO 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*.

A autora aponta, no estudo realizado em sua tese de doutorado, que inexitem na história da psicologia estudos que levem em consideração “uma psicologia da invenção no domínio de estudos da cognição” (Kastrup, 2007a, p. 15), 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 e 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) 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” (p. 24).

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* “que significa encontrar relíquias ou restos arqueológicos” (Kastrup, 2007a, p. 27), apontando para 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)

A concepção de aprendizagem inventiva interessa aos objetivos desta pesquisa ao problematizar a forma como nossa sociedade contemporânea concebe as relações entre sujeito e objeto e os efeitos produzidos nos processos de ensino/aprendizagem das RMS. Ao tomá-los como pólos presentes *a priori* no processo de conhecer, preocupando-se com a busca de leis e princípios invariantes como condição para o funcionamento do processo de conhecimento, se pauta pela lógica da representação, entendendo a cognição como processamento de informação (Kastrup, 2005).

Entendemos que a reconfiguração deste modo de conceber 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.

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-se muito além de uma noção corpo-máquina, o olhar sobre um sujeito que está implicado no processo de produção de saúde, exigindo-se 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 as 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.

Minha experiência como residente de um programa de RMS no final dos anos 1980 e como coordenadora de uma RMS na atualidade me faz pensar que esta proposta de formação multiprofissional tem pretendido estar atenta a essa demanda, oferecendo espaços de formação que se constituam com potenciais produtores de processos de subjetivação abertos a esses 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 em saúde 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 a espera de ser alcançado a partir do uso correto de determinados procedimentos no trabalho em saúde.

Tomar Kastrup (2005, 2007a, 2007b) como intercessora nos ajuda a problematizar os modos como temos pensado a aprendizagem nas RMS e a produção de subjetividade que decorre desse processo. Ao tomarmos a aprendizagem como invenção de 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 inventar problemas produzindo uma abertura para a *diferença*, para um *dever-outro* (Kastrup, 2005, p. 1276).

Os elementos presentes nas formulações aqui produzidas configuraram-se como *temas-problema* a serem colocados em análise nos próximos capítulos, através da discussão sobre três pressupostos das RMS: formação em serviço, trabalho em equipe e ampliação do conceito de saúde, que em seu agenciamento pretendem produzir interferências na formação de trabalhadores de saúde para o SUS.



Vasco Prado (1987)

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece (Larrosa Bondía, 2002, p. 21).

4 FORMAÇÃO EM SERVIÇO: ENSAIANDO MODOS DE SER E FAZER EM SAÚDE

As Residências em Saúde se caracterizam por ser uma formação pós-graduada, realizada em serviço, sob supervisão docente-assistencial. Concretamente, isso significa que, desde os primeiros dias de ingresso nos programas de Residências, os profissionais selecionados para a realização do processo de dois anos farão uma imersão em torno de 48 horas semanais em um (ou mais) serviço de saúde, de acordo com a área que constitui a ênfase de formação. Neste período, serão acompanhados cotidianamente, em todas as atividades desenvolvidas, pelos profissionais contratados, que se constituem em seus preceptores ou orientadores de serviço⁶.

Em cada uma das ênfases, os residentes se inserem a maior parte do tempo em serviços que têm como característica a atenção a uma determinada gama de problemas de saúde que configura uma *especialidade*, e complementarmente em outros serviços com os quais estes estabelecem relações de referência e contra-referência.

Assim, no caso da RIS/GHC, na ênfase em SFC, os cenários de aprendizagem são as 12 Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC (SSC/GHC), localizadas na região norte de Porto Alegre, responsáveis pela atenção à aproximadamente 125 mil pessoas moradoras dos territórios cobertos pelas Unidades. O SSC/GHC tem uma história de mais de 25 anos de experiência na construção de uma proposta de Atenção Primária à Saúde, sendo uma proposta implantada anteriormente à Estratégia de Saúde da Família (ESF) constituída pelo Ministério da Saúde em 1994. O processo de trabalho das equipes, apesar das diferentes características decorrentes da composição das equipes e do perfil da população atendida, é orientando

⁶ Na RIS/GHC, são definidos como preceptores os profissionais de saúde que desenvolvem atividades de orientação docente-assistencial, recebendo para tanto uma complementação financeira, sob a forma de Função Gratificada. São considerados orientadores de serviço todos os demais profissionais do serviço que não possuem designação formal de preceptoria, mas desenvolvem no cotidiano dos serviços atividades de orientação docente-assistencial por conta da dinâmica do trabalho em equipe. A Portaria nº 1.111/GM de 05 de julho de 2005, que “fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho” (Brasil, 2005f) define as funções de preceptoria, tutoria e orientação, que se diferenciam pela inserção ou não na equipe local de assistência e as responsabilidades nos processos de formação. A função de preceptoria no GHC se aproxima da função de tutoria definida por esta Portaria.

conceitualmente pelo modelo de Atenção Primária a Saúde (APS) desenvolvido por Starfield (2002).

As equipes do SSC/GHC desenvolvem práticas de atenção à saúde, gerenciais e sanitárias, com a participação das comunidades em que estão inseridas, assumindo responsabilidades pela população de um determinado território-processo delimitado, buscando resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância para estas populações, apresentando-se como *porta de entrada* do SUS para estas comunidades.

Na ênfase em SM, os espaços principais de inserção são dois Centros de Atenção Psicossocial – um voltado à atenção de usuários de álcool e outras drogas e outro para portadores de neuroses graves e psicoses (CAPS AD e CAPS II) –, além da Unidade de Internação em Saúde Mental do HNSC. São desenvolvidas ações individuais e coletivas de atenção aos usuários, através de atendimentos individuais e grupais, oficinas, acompanhamentos terapêuticos e atividades de inserção social.

A ênfase em TI constituía, até 2009, como cenários específicos de formação, as Unidades de Terapia Intensiva dos quatro hospitais do GHC (HNSC, HCC, HCR e HF). Em de 2010, amplia-se o foco da formação para a Atenção ao Paciente Crítico (APC), incluindo como cenário de práticas os Serviços de Emergência do HNSC e HCR. As atividades desenvolvidas são basicamente atenção aos usuários no leito e orientações aos familiares.

A ênfase em O/H insere-se nos Serviços de Oncologia e Hematologia do HNSC e do HCC, desenvolvendo ações ambulatoriais de atendimento individual e grupal aos usuários do serviço, bem como acompanhamento aos pacientes internados e seus familiares e participação em processos de planejamento e gerenciamento dos serviços.

A imersão nos cenários de práticas visa a possibilitar aprendizagem das diferentes tecnologias de cuidado, que Merhy (2002) descreve como leves, leves-duras e duras. Considera-se tecnologias duras aquelas tradicionalmente usadas para designar equipamentos ou algo de materialidade semelhante (aparelhos usados para diagnósticos e tratamentos – raios X, ressonância magnética) –, bem como sistemas computadorizados de registro de histórias clínicas ou outros arquivos sobre o usuário com os quais estamos trabalhando. As tecnologias leves-duras referem-se aos conhecimentos sistematizados e estruturados, como a clínica e a epidemiologia, que se expressam nas práticas clínicas dos diferentes profissionais que trabalham nos serviços de saúde, implicando relações entre os usuários e os trabalhadores, individual ou

coletivamente. A partir destas relações, definem-se formas específicas de intervenção que vinculam os conhecimentos estruturados da clínica com as necessidades dos usuários. As tecnologias leves, por sua vez, referem-se aos encontros que se dão entre trabalhadores e usuários, que sempre produzem efeitos nos envolvidos neste processo de cuidado.

Merhy (1995) considera que o modo de operar os serviços de saúde é definido como um *processo de produção do cuidado*. É um tipo de serviço que possui peculiaridades, pois se fundamenta na relação que se estabelece entre pessoas e, portanto, a eficácia dos *atos de cuidado* depende dos vínculos que se estabelecem entre os envolvidos.

Podemos, então, dizer que é através dos modos como se estabelece esta produção de cuidados que os objetivos de cura, promoção e/ou proteção da saúde se configuram como possibilidade, estando os trabalhadores de saúde completamente implicados neste processo. O trabalho em saúde é uma atividade que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, mas *com* pessoas, havendo *compartilhamento* entre o usuário e o profissional, sem o qual a tarefa de definição dos procedimentos terapêuticos e o sucesso de sua ação ficam prejudicados e, em muitas situações, inviabilizados.

Neste sentido, os processos de produção de cuidado constituem-se também em *processos pedagógicos de ensino/aprendizagem*. Logo, é crucial, como aponta Ceccim (2005), “o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional” (p. 163).

A Educação Permanente em Saúde é entendida como central em processos de formação em saúde por sua “porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde” (p. 162),

sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). (Ceccim, 2005a, p. 162)

A formação em serviço constitui-se assim como um ensaio deste processo de produção de cuidados (sejam de prevenção, promoção ou recuperação da saúde) junto a outros profissionais com maior experiência, nos diferentes cenários de práticas, atravessado pela perspectiva da Educação Permanente em Saúde (Ceccim, 2005a) como

“orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde” (p. 165).

Ensaio, “que é necessário entender como experiência de si no jogo da verdade, e não como apropriação simplificadora de outrem para fins de comunicação (...) um exercício de si, no pensamento” (Foucault, 1984, p. 13), supõe a problematização da racionalidade que orienta determinadas práticas, para produzir diferença.

E de que diferença se trata no caso das RMS? Daquela que possibilita interrogar o presente e as formas como são constituídas as práticas vigentes de cuidado, que permite interrogar através da crítica sistemática, da problematização das verdades instituídas, os acontecimentos que repetimos por aliança a determinada racionalidade, possibilitando a emergência de novas práticas virtualmente possíveis.

Ensaia-se, então, nos processos de produção de cuidado aciona uma série de efeitos heterogêneos. Por um lado, é uma oportunidade de *aprender a fazer, fazendo com*, ou seja, de ter alguém a acompanhar os primeiros passos de uma trajetória profissional que se inicia, caracterizando um certo *modelo* a seguir. Por outro, coloca em cena diferentes concepções e modos de fazer e aprender.

O fato de os residentes, na maioria das vezes, não terem muitas experiências anteriores de trabalho em saúde no SUS não significa que não tenham opiniões sobre as práticas estabelecidas como verdadeiras pelos *profissionais mais experientes*. Ao contrário, o maior tempo de inserção em um determinado serviço é algumas vezes visto como um obstáculo na abertura ao novo, para a produção de estranhamentos que produzam diferença, invenção.

Portanto, o argumento dos preceptores ou orientadores de serviço pelo uso de determinada tecnologia, ou quanto à maneira de operar o processo de trabalho ou de gestão, não gera necessariamente segurança frente ao desenvolvimento de uma ação de cuidado. Pelo contrário, pode mobilizar questionamentos referentes a determinados modos de fazer instituídos, que são pouco problematizados sobre sua pertinência naquela situação/contexto. Esta atitude está em consonância com o argumento de Ceccim (2005) de que,

para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral,

humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso (p. 165)

A maior ou menor disponibilidade de abertura para estas situações de tensão e as diferentes possibilidades de desfechos produzidas a partir das mesmas, relaciona-se aos modos como se entende o processo de aprendizagem, ou conforme refere Kastrup (2005, 2007a), as diferentes *políticas cognitivas* que orientam o processo de ensino/aprendizagem.

Caso o processo de formação esteja orientado por uma política que se configure como a possibilidade de aprender com um modelo, a aprendizagem que se espera decorrer da inserção neste processo de formação em serviço será alinhada àquela da lógica da representação. A intenção aqui é conseguir fazer o mais parecido possível com o modelo, podendo ser considerado *cópia fiel*. Afinal, aprende-se para conseguir um saber, para solucionar problemas pré-existentes, que nos são apresentados por algum agente externo.

Segundo Kastrup (2005), este é um tipo de política de aprendizagem, a de *reconhecimento*, que se polariza entre uma *atitude realista* – que espera que lidemos com o mundo como se ele pré-existisse – e uma *atitude idealista e individualista*.

Agimos como se tivéssemos um eu, como se fôssemos o centro, a fonte e o piloto do processo de conhecimento. O que prevalece é a crença de que o conhecimento é configurado pelos esquemas cognitivos, pelas regras e pelo saber anterior. Seja fundamentando o conhecimento nas formas de um mundo pré-existente, seja na forma do sujeito cognoscente, a atitude realista e a idealista/individualista apresentam-se como duas faces da mesma política da *reconhecimento*, que toma o conhecimento uma questão de representação. (Kastup, 2005, p. 7)

Os efeitos desta política de aprendizagem, no cotidiano de formação, para alguns que acompanham o processo e que trabalham com esta política cognitiva, é o de configuração do *residente ideal*: cordato, atento às orientações dadas, responsável, que dificilmente questiona o que é proposto por reconhecer que existe um conhecimento prévio estabelecido que deva ser *obedecido*.

Os residentes afiliados a esta lógica, por sua vez, buscam, na aquisição de uma titulação de especialista, o reconhecimento de que *aprenderam tudo o que lhes foi ensinado*, estando aptos a repetirem *o mesmo* em outros serviços nos quais se inserirem no futuro. De parte dos preceptores e orientadores, a sensação é de *missão cumprida*, de

ter conseguido ao longo dos dois anos *passar* para os residentes toda a experiência acumulada ao longo dos anos. Se há, por um lado um certo *alívio*, por outro há também a afirmação de certo vazio, que desconcerta pela quantidade de questões e incertezas que trazem à tona a cada saída e entrada de novos residentes.

Caso a política de aprendizagem que se encarne seja a da *invenção*, a experimentação, a descoberta, a *invenção com o outro* de maneiras possíveis de produzir ações em saúde, é o que será buscado. Neste caso, é mais comum termos em volta muitos curiosos, por vezes até desatentos às “pregações” sobre os modos corretos de desenvolver determinadas ações/procedimentos, questionadores, desafiadores, sempre querendo tentar *algo diferente daquilo que estamos acostumados a fazer há anos do mesmo jeito e que temos certeza que dá certo*. Ou seja, no caso das RMS, é muitas vezes aquele residente considerado, literalmente, o *criador de problemas*. Estabilidade não é o seu desejo; pelo contrário, ele está em busca do novo, da incerteza, daquilo que pode fazer funcionar outros modos de ser e viver, mesmo que não tenha certezas a seguir.

Geralmente, este residente *dá muito trabalho*, não é muito *fácil* de lidar, não se apega à estabilidade e, por isso, não é bem visto por aqueles que o acompanham no processo de formação e não se aliam à lógica da invenção. Como alerta Kastrup (2005),

somente entendendo a cognição como invenção podemos dar conta do fato de que algumas formas cognitivas, forjadas pelas nossas práticas concretas, resultam em subjetividades que encarnam o funcionamento inventivo, e outras resultam em subjetividades recognitivas, que se limitam a tomar o mundo como oferecendo informações prontas para serem captadas. As primeiras, que encarnam a política de invenção, exercitam a problematização, são afetadas pela novidade trazida pela experiência presente e tomam o conhecimento como invenção de si e do mundo. Ainda que as práticas cognitivas configurem regras, estas são tomadas como temporárias e passíveis de reinvenção. (p. 7)

Como desfecho nestes casos, podemos ter residentes concluindo o processo de formação, recebendo o título de especialista e seguindo com a sensação de que têm muito que aprender, estando ávidos para viver outras oportunidades de se experimentar. Não têm certezas de que o que aprenderam na Residência poderá ser *aplicado* em outros lugares, mas apostam que estão prontos a encontrar-se com o desconhecido e inventar *outros modos* de fazer *diferentes* dos que já fez.

Por parte dos preceptores, orientadores de serviço e de pesquisa que compartilharam com eles o caminho percorrido nos dois anos da Residência, fica uma sensação de alívio; *afinal, é mais uma turma que vai para o mundo* do trabalho ou da vida, com possibilidades de produzir interferências nos modos instituídos de cuidado em saúde que criticamos como ineficientes. Porém, também se manifesta uma inquietação com os próximos que virão e com as questões propostas, os desafios colocados, as novidades acionadas de novo, de novo, e de novo.

A aprendizagem não se submete a seus resultados, mas faz bifurcar a cognição, mantendo acessível seu funcionamento divergente. Aprender é, então, fazer a cognição se diferenciar permanentemente de si mesma, engendrando, a partir daí, novos mundos. A política da invenção é, assim, uma política de abertura da atenção às experiências não-recognitivas e ao devir. O desafio da implementação desta política é conceber práticas que viabilizem o desencadeamento de processos de problematização que não se esgotem ao encontrar uma solução. (Kastrup, 2005, p. 8)

Essas duas políticas de aprendizagem coexistem nos territórios da RIS/GHC. Temos alguns processos que seguem modelos estruturados, tanto na organização das atividades de formação teórica quanto na formação em serviço, em que estes dois elementos não são entendidos como interfaceados e produtores de efeitos um sobre o outro. Configuram momentos de aprendizagem distintos, um voltado para a teoria e outro para a prática, demarcando espaços diferenciados para a aprendizagem *do porquê* e *do como fazer*.

Entretanto, temos também processos em que os como e os porquês coexistem e co-produzem-se, constituindo territórios híbridos onde se transita da prática à teoria e da teoria à prática, possibilitando que uma seja afetada pela outra. Um dos exemplos em que isso se dá é a experiência do Currículo Integrado, que é desenvolvido na ênfase em SFC com os objetivos de “problematizar a prática de APS dos residentes nas suas unidades de atuação, discutir os problemas em sua complexidade que enfrentam na sua prática profissional, proporcionar (ao residente) diversas ferramentas para trabalhar a realidade partido de problemas” (Diercks, Pekelman, Medeiros et al., 2010, p. 02).

As Atividades de Formação Teórica de Campo propostas pelo PPP da RIS/GHC (GHC, 2009b), nesta ênfase, são organizados com a participação dos residentes da RIS e da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Tem como referencial norteador a teoria educacional de Paulo Freire (Freire, 1983; 2004), alguns elementos do Problem

Based Learning (PBL) (Mamede et al., 2001; Wood, 2003) e a teoria educacional pós-moderna (Ghiraldelli, 2001). Busca “integrar o conhecimento construído através da vivência na Residência, ou seja, construir conhecimentos através da análise de problemas dentro do território, compreender a realidade na sua complexidade, trabalhar a realidade a partir de um novo olhar dos problemas cotidianos” (Diercks, Pekelman, Medeiros et al., 2010, p. 7). Orientado por uma concepção crítico-reflexiva do processo educacional pretende articular teoria e prática com a “participação ativa do estudante e a problematização da realidade através do diálogo no exercício interdisciplinar” (Diercks, Pekelman, Medeiros et al., p. 7).

A metodologia mescla encontros de pequenos grupos de residentes com facilitadores do processo ensino/aprendizagem (definidos entre os preceptores da ênfase), nos quais se realiza a “reflexão a partir da realidade, com uma contextualização e análise política do campo de intervenção” (Diercks, Pekelman, Medeiros et al., p. 9).

A avaliação do grupo que coordena a atividade – de que o residente, “ao passar por esta experiência de aprendizagem associando-a com sua prática diária e em equipe na US, percebe a necessidade de desenvolver a sua autonomia, a sua singularidade e sua subjetividade enquanto profissional de saúde formado para a integralidade e complexidade do cuidado” (Diercks, Pekelman, Medeiros et al., p. 11) – nos permite identificá-la como uma proposta consonante com a *política de aprendizagem inventiva*.

Apesar de esta proposta estar em andamento apenas em uma das ênfases da RIS/GHC – pois as demais não conseguiram, até o momento, fazer grandes rupturas com a lógica da reconição – os efeitos nas outras ênfases se apresentam pela *reverberação* promovida nos encontros entre as diferentes ênfases. Em uma oficina de avaliação da RIS/GHC ocorrida em setembro de 2009, em vários momentos, a experiência do *Currículo Integrado* era lembrado como referência de uma ferramenta de aprendizagem participativa desenvolvida na RIS/GHC, despertando curiosidades naqueles que não participam deste momento.

É importante situar que a referência ao Currículo Integrado não pretende colocá-lo como *modelo a ser seguido*, pois existem outras metodologias de aprendizagem que propõem interface entre teoria e prática e participação dos atores envolvidos. Sua referência faz sentido na medida em que é uma proposta que vem se construindo desde 2001, no âmbito do GHC, tomando as problematizações surgidas nos serviços, produzindo mudanças que possibilitam *aprender a aprender* em serviço através da

“experimentação e compartilhamento de problematizações e práticas de pensamento em ato” (Ceccim, 2005b, p. 178). Assim como esta, outras podem emergir no contexto das diferentes ênfases.

Pela possibilidade de afirmação de experiências orientadas pela *política inventiva*, é que ousamos afirmar que a formação em serviço nas RMS é pura potência. A cada nova turma são outras apostas e nenhuma certeza além da necessidade de questionar as formulações que tomam a teoria e a prática como territórios separados, sem interferências e *coengendramento*, como as que costumam caracterizar os processos de graduação dos profissionais de saúde.

Durante a graduação, aprende-se que há um momento para aprender os *fundamentos* teóricos que orientam determinados modos de fazer (com o professor, ou nos livros e nas revistas científicas) e um momento para *a prática* o que aprendemos. Quando não se consegue que uma coisa *encaixe* na outra, ou seja, quando não conseguimos *reconhecer* nas experiências do cotidiano os conceitos ou modelos técnicos que aprendemos na teoria, as opções antevistas são de que *a teoria está errada* e precisa ser reescrita para novamente ser *testada* na *realidade*, ou de que *não aprendemos* e, portanto, precisamos estudar mais e melhor.

Romper com esta dicotomia e poder *aprender fazendo* ou *fazer-se aprendendo* é uma experiência que pode produzir muitos desassossegos àqueles que se agarram à necessidade de ter respostas (teorias) prontas para os acontecimentos que, como tal, são inusitados e exigem sempre uma nova resposta a cada emergência.

No cotidiano dos serviços de saúde, aprendemos que as perguntas vão ser diferentes a cada vez que pensamos ter construído uma resposta. Assim, o *domínio da técnica* e o desenvolvimento de *competências* não garantem necessariamente o *sucesso* quando se trata do cuidado em saúde. Neste campo, geralmente se aprende mais *com* do que *sobre* algo ou alguém. É preciso que a técnica, o procedimento faça sentido para quem cuida e para quem é cuidado, para que se alcance o objetivo, e isso vale tanto para a atenção primária/básica quanto para os serviços de *alta complexidade*.

Durante estes anos em que acompanho o processo de formação na RIS/GHC, muitas vezes ouvi histórias contadas pelos residentes e preceptores, que falam dessa *produção de sentido* nos diferentes cenários de aprendizagem: *o paciente que tinha conflitos com a família, que não queria levá-lo para casa após a alta, e que morre ao ser transferido para um leito da internação, por ter sido considerado em condições de*

alta pela equipe da UTI; aquele adolescente com câncer, sem alternativa terapêutica em relação à cura, que resiste bravamente, morrendo apenas quando sua mãe consegue aceitar a sua perda e se despedir dele; aquela adolescente, que após seis meses de internação na UTI, devido a complicações de uma síndrome que a deixou paralisada, é convidada e comparece a um seminário de ética para falar sobre como se sentiu durante a internação quando a equipe falava dela ao redor do leito, como se ela não estivesse ali; a senhora diabética que, apesar de todo o empenho e dedicação da equipe, não consegue controlar a doença, porque ela não aceita abrir mão de dividir com o único neto, que fica aos seus cuidados, os doces deixados pela mãe, pois acredita que isso entristeceria a criança que faz a divisão como demonstração de seu afeto pela avó; ou ainda aquele usuário psicótico, morador de rua, que se nega a usar a medicação prescrita pelo psiquiatra do CAPS, mas vem semanalmente ao estabelecimento de saúde, ocasião em que aproveita para tomar banho e mudar de roupas.

Apesar de um aparente consenso, na cultura ocidental, sobre a idéia de que o pensamento seria estruturado pela linguagem verbal, alguns pensadores contemporâneos problematizam esta assertiva. O pensamento, para autores como Deleuze, Guattari, Foucault, Bergson – para tomar apenas alguns de meus intercessores teóricos –, não se limitaria a uma linguagem verbal. Ele constitui-se tanto de componentes verbais – palavras – como de componentes não-verbais – imagens, sons, cheiros, sensações, impressões, intuições.

Associarmo-nos a esta concepção implica aceitar que existem outras maneiras de se transmitir vontades, desejos, idéias, que escapam à linguagem das palavras (os signos), e que, portanto, não podem ser reduzidas à análise lógico-lingüística. A forma de os signos nos tocarem podemos chamar de *afetos* ou *afecções*.

Mesmo que se parta do reconhecimento de que “as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação” (Larossa, 2002, p. 21), é preciso afirmar que das vivências, decorrem muitas aprendizagens para quem consegue ver sentidos nos diferentes modos de vida que as atravessam e não apenas fazer a avaliação dos resultados em termos da adesão aos planos terapêuticos formulados pelos profissionais.

Porém, nem todos terão esta oportunidade. Alguns estarão mais preocupados em manter-se neutros e justamente em *não se deixar afetar* pelos efeitos que os

acontecimentos produzem. Estes poderão saber muito da técnica e dos resultados esperados, caso esta seja seguida, mas pouco estarão dispostos a reformular a questão, quando a resposta não funcionar como o previsto. Aliás, não verão nisto um problema para si; este é um problema do *outro*, provavelmente consequência da não-adesão ao *prescrito, à palavra de ordem*.

Por isso, nunca temos certeza quanto ao *resultado* do processo de formação que se inicia a cada ano. Talvez nem devêssemos formular a questão deste modo, mas sim no sentido de *efeitos*. Eles dependerão das formas como cada residente que ingressa no Programa se implica com o vivido, como se permite ensaiar-se, no sentido de problematizar a si mesmo e o vivido (Larossa, 2002).

(...) pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece. (Larossa, 2002, p. 21)

O que é significativo para alguns pode não ser para outros; o que instiga alguns, é frustrante para outros. A interação entre estas diversidades e a maneira como cada um se sente acolhido em suas necessidades de aprendizagem nos processos de formação nas RMS pode fazer toda a diferença em termos do quanto o dia termina com a sensação de se ter ganhado ou perdido muito.

Por isso, Larossa (2002) nos alerta, ao discutir o modo como concebemos a palavra *experiência*, de que

nomear o que fazemos, em educação ou em qualquer outro lugar, como técnica aplicada, como práxis reflexiva ou como experiência dotada de sentido, não é somente uma questão terminológica. As palavras com que nomeamos o que somos, o que fazemos, o que pensamos, o que percebemos ou o que sentimos são mais do que simplesmente palavras. (p. 21)

Tomar a experiência como “o que nos passa, o que nos acontece” (p. 21), e não como o que se passa, o que acontece, o que toca, faz toda a diferença quando se trata dos processos de aprendizagem como os que estão propostos pelas RMS, pois apostamos que os residentes não apenas se apropriem das diferentes tecnologias de trabalho em saúde, mas em uma *produção de subjetividade* na qual a experiência com o SUS afete de algum modo, produza alguns afetos, inscreva algumas marcas, deixe alguns vestígios, alguns efeitos (Larossa, 2002), produzindo novas maneiras de aproximação ao sistema de saúde.

A formação em serviço, neste sentido, exige *exposição*, exige *arriscar-se*, pois como afirma Larossa (2002), “é incapaz de experiência aquele a quem nada lhe passa, a quem nada lhe acontece, a quem nada lhe sucede, a quem nada o toca, nada lhe chega, nada o afeta, a quem nada o ameaça, a quem nada ocorre” (p. 25).

A fim de destacar este caráter de perigo que a experiência carrega e sua *capacidade de formação ou de transformação*, Larossa (2002) cita Heidegger (1987):

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, “fazer” significa aqui: *sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo* [grifo meu]. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo. (p. 143)

Relacionando, ainda, o saber da experiência ao campo das paixões, Larossa (2002) refere que este saber se distingue do saber científico e da informação, bem como de uma práxis relativa à técnica e ao trabalho. Configurando-se como um saber que se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana, “o saber da experiência não se trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece” (p. 27).

A respeito disto, entendo que cabe problematizar a carga horária prevista para o desenvolvimento das propostas de RMS, que foi alterada em 2008, passando a exigir que a formação em serviço (20% da carga horária total) seja de aproximadamente 48 horas semanais. Tendo a Concordar com Larossa (2002), quanto a que não se pode confundir experiência com trabalho, pois “a experiência é cada vez mais rara por excesso de trabalho” (p. 23).

Minha tese não é somente porque a experiência não tem nada a ver com o trabalho, mas, ainda mais fortemente, que o trabalho, essa modalidade de relação com as pessoas, com as palavras e com as coisas que chamamos trabalho, é também inimiga mortal da experiência. (p. 24)

O argumento de Larossa (2002) aponta na direção de que experiência requer gestos de interrupção, requer parar para pensar, olhar, escutar e, mais que isso,

pensar mais devagar, olhar mais devagar, escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos,

falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (p. 24)

Por concordar com as considerações acima, entendo que esta lógica imposta de uma carga horária extensiva, dificulta uma experimentação intensiva, aliando-se à lógica de que a aprendizagem se dá por acumulação, em uma aproximação ao quantitativismo característico do *conhecimento científico* da modernidade.

O saber constituído na experiência não se assemelha a este conhecimento, que está fora de nós. Seu sentido se dá ao configurar-se “uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo)” (Larrossa, 2002, p. 27). Não é possível aprender com a experiência de outro; a experiência é sempre singular.

Por isso, podemos dizer que a *experiência* produz *processos de subjetivação*, a partir de *agenciamentos coletivos de enunciação* (Guattari, 1992). A subjetividade, neste sentido, se definiria – como foi proposto provisoriamente por Guattari (1992) – como “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como *território existencial* auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (p. 19, grifo do autor).

Neste processo de produção de subjetividade, os profissionais do serviço, que acompanham os residentes através das ações docente/assistenciais, têm fundamental importância, pois ao observar criteriosamente o processo singular de cada residente e subsidiar pedagogicamente o processo de aprendizagem, se oferecem como mediadores da produção de conhecimento. Isso implica, muitas vezes, mais do que conhecimento teórico e atitude técnica adequada, exigindo uma capacidade de acolhimento das mais sensíveis, capaz de dar suporte às novas configurações subjetivas emergentes.

É através deste suporte acolhedor que a definição dos momentos e tempos necessários para o desenvolvimento de autonomia na aproximação e no uso das diferentes tecnologias e da participação nos processos de decisão das equipes no cotidiano dos serviços se faz possível, mas algumas vezes não é desde esta perspectiva que os residentes são avaliados.

De certa forma, se poderia dizer que estas definições são freqüentemente pautadas na necessidade dos serviços (já que na maioria das vezes os residentes dividem

as tarefas de modo mais ou menos equitativo com os contratados dos serviços) e não nos processos singulares de cada um.

Durante esses seis anos, nos deparamos com alguns episódios de muito sofrimento por parte de alguns residentes em sua inserção em alguns espaços de formação, chegando em alguns casos ao limite da insuportabilidade e promovendo o abandono do Programa. Esses acontecimentos em geral foram avaliados desde o ponto de vista da “incapacidade” ou da “inadequação” do residente para ocupar um lugar naquele processo de trabalho, sem que se problematizasse de forma consistente o *processo de trabalho em si* e seus efeitos sobre a produção de subjetividade.

Outro elemento que contribui nesta discussão é a constante tensão existente em relação ao *lugar* ou *papel* dos residentes na composição dos serviços. É comum surgirem questionamentos em relação ao *quantum* de autonomia e responsabilidade pelos processos decisórios, relacionados à dubiedade identificada em seu *status* de residente: algumas vezes, ele é visto como profissional, considerando-se possuir graduação universitária; em outras, é visto como estudante, pela definição da Residência como ensino de pós-graduação *lato sensu* (Brasil, 2007d).

Este capítulo não pretendeu esgotar a discussão a respeito da formação em serviço nas RMS, mas apontar, com os argumentos que foram se produzindo ao longo do traçado desta cartografia, sua importância nos processos de ensino/aprendizagem das RMS, no sentido dos *efeitos* e das *afecções* que se produzem *em ato*, no cotidiano dos serviços, configurando algumas possibilidades de composição subjetiva aos trabalhadores de saúde inseridos nesta proposta de formação que tem como característica a *formação em serviço*.



Vasco Prado (1987)

As instituições vivas e criativas levam um bom tempo para serem instaladas; implicam a constituição de equipes dinâmicas que se conheçam bem, que tenham uma história em comum, tantos dados que não podem ser regidos por meio de circulares administrativas (Guattari, 1992, p. 197)

5 TRABALHO EM EQUIPE: UMA APOSTA NOS EFEITOS DA INTERCESSÃO NO BORRAMENTO DAS FRONTEIRAS DISCIPLINARES

No capítulo três desta tese, abordei a necessidade de repensarmos os modos como concebemos o processo de produção de conhecimento para abri-lo à diferença. Agora precisamos pensar em como temos configurado o trabalho em equipe na saúde e a inserção dos residentes neste processo. Partimos do entendimento de que trabalhar em equipe não significa a construção de pares homogêneos, mas ao contrário, de que é na diferença que se produzem novas composições subjetivas e, portanto, outros modos de trabalhar em saúde.

Como nos aponta Ceccim (2005c), as propostas que vinculam formação e trabalho em equipes são uma realidade inquestionável em nossa área, sendo inclusive consideradas como proposições de elevação da qualidade tanto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, quanto dos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS.

A RIS/GHC é composta atualmente por nove das 14 profissões definidas pelo CNS como profissões da área da saúde, estando as mesmas distribuídas da seguinte forma nas áreas de ênfases: *Saúde da Família e Comunidade*: Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social; *Saúde Mental*: Enfermagem, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional; *Atenção ao Paciente Crítico*: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Nutrição; *Oncologia e Hematologia*: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Serviço Social.

O Ministério da Saúde identificava em 2006 (Brasil, 2006) 11 profissões incluídas nos programas apoiados financeiramente por ele, sendo as maiores concentrações entre os profissionais da Enfermagem, Medicina e Serviço Social. Apenas um dos programas incluía profissões das chamadas Ciências Sociais. Neste momento, alguns programas, como a UFRGS e a ESP no RS, incluem profissionais do campo das artes e da educação em suas composições de programas.

A *realidade inquestionável*, quanto à formação e ao trabalho em equipe, apontada por Ceccim (2005c), apenas quer dizer que não cabe no contemporâneo pensar

espaços de formação e de trabalho em saúde que não tenham como premissa que este se dê em equipe e com compartilhamento de saberes entre diferentes profissões. Porém, esta proposição ainda enfrenta muitos desafios nos serviços de saúde brasileiros, transformando tal convicção em uma tarefa ainda difícil de ser posta em ação no cotidiano do trabalho em saúde.

Atualmente, grande parte dos serviços de saúde é organizada com composição multiprofissional e ao pertencerem a uma equipe, espera-se que façam um trabalho compartilhado, orientado para uma determinada população, com a previsão do uso de determinadas tecnologias, visando a alcançar objetivos acordados em um coletivo formado por trabalhadores e usuários. Entretanto, em muitas situações, estamos distantes de ver isso acontecer.

Entendemos que isso se dá em função de que, em geral, as profissões que hoje trabalham na saúde ainda estão fortemente marcadas por um modo de pensar o trabalho a partir dos conhecimentos teóricos e das experiências possibilitadas desde a racionalidade científica da modernidade, que se traduz em uma lógica disciplinar orientadora dos modos de pensar e fazer em saúde.

Assim, o Psicólogo de uma equipe se ocupa das questões referentes à *subjetividade humana* (compreendida na maioria das vezes como uma dimensão interna), o Médico se ocupa das questões do *corpo* ou da *mente* (entendidos apenas a partir de sua dimensão biológica), o Assistente Social se ocupa das questões sociais da vida dos sujeitos (compreendidos somente a partir das condições financeiras de acesso de bens e serviços), e assim por diante. Poderíamos descrever as especificidades de cada uma das profissões que operam em uma equipe.

Cada profissional traz seus conceitos, procedimentos diagnósticos, suas tecnologias terapêuticas, visando a operar o cuidado de um usuário que busca ajuda, muitas vezes já orientado pelo discurso produzido por esta mesma racionalidade e que, em decorrência, tem nos serviços uma referência para solucionar um determinado problema que ele também julga ser *psicológico, biológico ou social*.

Assim, se uma pessoa está triste, porque se separou da companheira e sente muita falta dos filhos que ficaram com ela, a ponto de não conseguir levantar da cama de manhã para trabalhar, precisa de um psicólogo, pois seu problema advém de seus sentimentos; se excedeu-se na bebida ontem, e hoje seu estômago está doendo, sente náuseas e dor de cabeça, precisa de um médico que lhe medique e faça seu estômago

voltar ao *normal*; se perdeu o emprego e não está conseguindo minimamente garantir a sobrevivência da família, precisa de alguém que o ajude a buscar alguma possibilidade de garantir ao menos a alimentação. É a cada uma destas *demandas* que muitos profissionais respondem, sem considerar o que a análise institucional chama de análise do *encargo* ou *encomenda*, ou seja, os “sentidos não explícitos, não manifestos, dissimulados, ignorados ou reprimidos, e que comporta uma demanda de bens ou serviços” (Baremblytt, 2002, p.149).

Esta forma de tratar os problemas gera equívocos, pois “a divisão em especialidades, profissões, só existe dentro da classe ou da equipe, mas não nos usuários (Baremblytt, 2002, p. 96).

Porém, se entendemos o trabalho em equipe como “uma tecnologia de organização do trabalho e produção de processos de subjetivação” (Pasche, 2006), temos que avançar no sentido de pensá-lo como efeito de ações que se fazem eminentemente no coletivo, pois a complexidade do campo da saúde impede que pensemos que uma única profissão ou profissional possa dar conta das problemáticas que se apresentam no cotidiano dos serviços. Sempre vamos acompanhar situações atravessadas por necessidades das mais diversas ordens, que são *objetos* de estudo de múltiplos campos de conhecimento, exigindo a articulação de saberes, o encontro entre as diferentes disciplinas e suas racionalidades.

Assim, o trabalho em equipe pressupõe uma abertura das disciplinas, que as torne receptivas a serem afetadas por outros modos de conhecer e operar sobre determinado *objeto* – neste caso, *a saúde* – produzindo diferença nos processos de trabalho e nos trabalhadores, exigindo que pensemos o trabalho em equipe a partir do pressuposto de reconhecimento de que “é na diferença que nós construímos subjetividades” (Pasche, 2006).

No processo de formação da RIS/GHC, constantemente temos nos colocado a pensar na impossibilidade de se continuar a propor o processo de conhecimento e a prática profissional a partir de fronteiras tão nitidamente delimitadas como pressupõem as atuais formas de constituir as profissões e a produção dos conhecimentos que as orientam.

Buscamos defender esta *miscigenação dos saberes*, através do que, na linguagem acadêmica, costuma traduzir-se por terminologias como *multi*, *inter*, *transdisciplinaridade*.

Segundo Passos (2002), a multidisciplinaridade é enunciada como resultado de uma maneira de articular diferentes disciplinas na tentativa de abranger a complexidade dos objetos exigindo, para cada face do problema, uma perspectiva disciplinar, um diagnóstico. Nesta estratégia, pressupomos a incapacidade de uma área do conhecimento de compreender integralmente o objeto, e buscamos nos relacionar com outras disciplinas a partir de um multiperspectivismo, no qual o olhar de cada disciplina compõe uma ampliação da compreensão sobre o objeto, porém não se pressupõe o comprometimento dos limites de cada uma das disciplinas envolvidas. Assim, no caso de uma equipe de saúde, a Medicina, a Psicologia, o Serviço Social, a Fonoaudiologia, ao comporem uma equipe que avalia um problema, saem desta avaliação do mesmo jeito que entraram.

O autor faz a crítica à esta proposição de equipes multidisciplinares, colocando que não seria outra coisa senão a tentativa de, no somatório das diferentes disciplinas e suas lógicas de diagnósticos, termos apreensão da complexidade do objeto. Neste sentido, a relação dos sujeitos que fazem parte de uma equipe multidisciplinar não comprometerá os limites de cada um dos saberes, tampouco comprometerá os limites do objeto. Na multidisciplinaridade, teríamos a manutenção desses limites, dos regimes identitários das áreas do conhecimento que estão ali articuladas e do regime de identidade do próprio objeto. Reproduz-se uma matriz multiplicadora de sistemas identitários, tanto para as disciplinas quanto para os objetos.

Parece-me ser este um dos problemas que se manifestam na formação em RMS, quando há um *apego* demasiado às ações e proposições teóricas consideradas do *núcleo* de formação dos profissionais envolvidos. Quando isso acontece, temos um trabalho que se mantém fragmentado, mas pretende-se integrado ao compor uma *colcha de retalhos*, que até pode aparentar certa conexão, mas mantém claros os limites que circunscrevem cada pedaço que a compõe.

Já na interdisciplinaridade, as disciplinas se encontram todas dirigindo seus olhares sobre o objeto no sentido de encontrar um diagnóstico único que permita uma intervenção comum. Teríamos uma maneira de pensar a relação entre as disciplinas pautada na articulação entre elas, sendo que esta articulação pressupõe a criação de uma *zona de interseção* entre as disciplinas em questão, que tende a tornar-se autônoma, gerando uma terceira disciplina. Neste caso, as fronteiras se desfazem até poderem construir uma nova delimitação.

Assim, tanto no caso da multidisciplinaridade quanto no caso da interdisciplinaridade, temos o respeito e a manutenção dos sistemas identitários que, ao invés de desestabilizarem as fronteiras entre as áreas de saber, as multiplicam (Passos, 2002).

Podemos pensar que esta composição é visível nos processos em que o *apego* é muito intenso ao que se considera *campo* de formação na proposta das RMS, quando se constituem defesas acirradas a determinado conjunto de conhecimentos e ações que acabam configurando novos campos disciplinares, passando a orientar todo o funcionamento das equipes a partir destes pressupostos. Podemos reconhecer aí os discursos em defesa da epidemiologia, ou da saúde coletiva, como pólos opostos na orientação do trabalho em equipe, como se uma perspectiva necessariamente tivesse que se submeter à outra, não sendo possível compor zonas de *intercessão* de uma em relação à outra.

A possibilidade de produzir esta interferência nos regimes identitários que configuram as disciplinas é apontado por Passos (2002) quando entramos no regime da *transdisciplinaridade*. Neste caso, a relação que se estabelece entre as disciplinas é de *perturbação*, de *intercessão*, de *interferência*. Assim, uma disciplina pode constituir para a outra um efeito *intercessor*.

Deleuze (1992) formula o conceito de intercessor como a potência de diferenciação que um *outro* produz sobre determinado regime identitário, desestabilizando o que nele havia de identidade. Assim, deixar-se afetar pelo outro como intercessor possibilita a abertura para a criação. Os intercessores, neste sentido, podem ser considerados quaisquer encontros que fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade e se abra para a criação.

No entanto, apesar da compreensão de que nenhuma disciplina isoladamente dá conta da complexidade dos aspectos e das relações que envolvem a concepção de saúde, as especialidades ainda se estruturam na contemporaneidade segundo essa lógica identitária, com muitas dificuldades no processo de superação das dicotomias presentes na formação e nos serviços de saúde e abertura para as interferências que poderiam se produzir no cotidiano. Em função disso, a proposição da integralidade como componente fundamental de formação e cuidado em saúde fica comprometida, não atendendo à necessidade de formação do profissional dessa área na interface com diferentes campos de saberes.

Ceccim (2005c) propõe o exercício de uma “ética *entre-disciplinar*” à estética multiprofissional do trabalho e educação da equipe de saúde” (p. 265). Assim,

no lugar interdisciplinar podemos encontrar não o cruzamento ou interseção entre os perfis profissionais, mas a produção de si e dos cenários de trabalho em saúde, onde cada fronteira pode percutir na outra como intercessão por sua mudança, resultando em alteridade e aprendizagem. Surge, então, a terceira margem, não a interseção da interdisciplinaridade, mas a emergência do *entre*. Não o desenho da interseção que constituiria uma terceira identidade, mas um lugar de efeitos, de *defasagem de si*, de *sensibilidade*. (Ceccim, 2005c, p. 265)

As RMS têm proposto a terminologia *área de ênfase*, diferenciando-a de especialidade, buscando caracterizar que a formação acontece na inserção dos profissionais em determinados serviços que possuem especificidades, mas que constituem um sistema que precisa operar como uma *rede quente* (Passos & Barros, 2004), ou seja, com “um funcionamento no qual a dinâmica conectiva ou de conjunção é geradora de efeitos de diferenciação” (p. 12). Os agenciamentos entre os diferentes pontos que a constituem – configurados pelos mais heterogêneos serviços que se organizam para dar respostas a determinadas necessidades presentes no campo da saúde e que, necessariamente se conectam com outros sistemas, constituindo o que costumamos chamar de intersetorialidade – precisam ser constantemente acionados para responder de maneira mais efetiva àquilo que se considera como encargo dos serviços de saúde.

Porém, como os processos de formação ainda estão fortemente marcados pela lógica disciplinar, estas conexões muitas vezes se burocratizam ou inviabilizam. Uma das formas em que esse aspecto se manifesta são as disputas que acontecem no encontro entre residentes de diferentes áreas de ênfases pela demarcação de diferentes graus de importância, complexidade, poder, identificados no campo em realizam a formação, sem o reconhecimento da importância do trabalho em rede.

Assim, ampliar o olhar dos trabalhadores de saúde, comprometendo-os com o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe e a valorização da rede de serviços que compõem o sistema, é um desafio que ainda está colocado e que precisa ser enfrentado pelas instituições formadoras. Mas como esse objetivo está sendo contemplados pelos Projetos Político Pedagógicos das RMS? Como eles têm se expressado nas práticas em serviço propostas pela formação? Como se colocam as possibilidades de borrar as fronteiras disciplinares durante este processo? Como os

residentes aproximam-se dos pressupostos do SUS? Do mesmo modo, como se apresentam as reproduções de modelos considerados inoperantes na organização do sistema vigente?

Na RIS/GHC, podemos dizer que há ainda uma configuração bastante tradicional de organização dos campos de atuação, com poucas experiências de interferências de uns sobre os outros, apesar de um dos pressupostos orientadores de seu PPP ser a integralidade. Entendemos que um dos motivos que aciona este modo de funcionar é a presença, nas equipes, de profissionais ainda pouco preparados para enfrentar esta premissa. Muitos de nossos trabalhadores não fizeram essa discussão em seus próprios processos de formação, tendo muitas dificuldades de visualizar outros modos de operar além daqueles que estão há muito instituídos, demandando processos de educação permanente que interfiram nos modos constituídos de ser e fazer. Ainda é vigente uma concepção de que gestão, participação, clínica e educação são práticas independentes umas das outras, o que dificulta o compromisso com a formação de outros trabalhadores.

Como refere Ceccim (2005a),

tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (*expertises*) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento/da expertise. (p. 164)

Em decorrência dessa fragmentação, muitos trabalhadores ainda compreendem que a definição da organização como *100% SUS*, corresponde apenas ao princípio de *universalidade de acesso*. Não se compreende a experiência de formação como necessariamente *SUS implicada*, ou seja, como um processo 100% orientado pelos princípios do SUS.

Decorre deste entendimento, por exemplo, a pouca participação dos profissionais nas discussões políticas referentes à área da saúde e mesmo a participação nos espaços constituídos formalmente como de participação social, como conferências e reuniões de

Conselhos de Saúde ou de gestão dos serviços. Como efeito, temos o pouco incentivo dado à participação dos residentes nestes mesmos espaços e uma configuração dos residentes como avessos aos processos participativos, o que se manifesta na dificuldade de organização política dos residentes, tanto interna à organização como externa a ela.

Cabe, neste sentido, perguntar se essa postura ou opção está sendo problematizada na construção de conhecimento ou de educação permanente na área da profissionalização em saúde. Se o princípio da integralidade diz respeito à necessidade de flexibilização dos domínios e das fronteiras de saberes correspondentes ao que é saúde, a formação do profissional dessa área deve considerar a complexidade que envolve esse conceito na contemporaneidade expandindo-a para além dos limites específicos daquilo que caracteriza, a princípio, a *ênfase* de formação.

Para a área da saúde, essa premissa é condição para o desenvolvimento tanto da clínica (concebida em seu caráter ampliado), quanto da gestão, pois envolve os diferentes espaços de escuta, os atos de cuidado, de promoção e proteção da saúde, além dos modos como são concebidos os processos gerenciais dos serviços que se visibilizam nos modos como os serviços se organizam para realizar o trabalho em saúde.

Considerando que, nos processos de formação em serviço, são produzidas diversas interferências nos modos como pessoas e grupos se produzem enquanto sujeitos, entendo que precisamos nos debruçar sobre os modos como estamos organizando o trabalho em equipe nos serviços em que temos inserido profissionais em formação através das RMS.

Ao introduzirem como um elemento importante de seus objetivos a “formação em equipe”, as RMS apontam para a necessidade de produção de efeitos no sentido da afetação pelo outro, ou seja, pelos profissionais, pelos usuários dos serviços e pelos gestores da saúde, na produção da lógica do cuidado. Pretende-se, portanto, interferir nos processos de subjetivação, promovendo a invenção incessante de outros modos de falar, ver e julgar o que se aprende como verdadeiro, para provocar novas composições e perspectivas que favoreçam o movimento e afirmem sua potência de invenção.

As RMS emergem, nos diferentes cenários históricos em que a proposta foi posta em ação, em um campo carregado de tensões entre diferentes poderes em disputa, exigindo dos envolvidos movimentos de avanços e recuos. O objetivo central desta tese é justamente cartografar as possibilidades de emergência de um efeito *trabalhador-inventor* nesse *novelo* ou *meada* que constitui o sistema de saúde brasileiro como um

dispositivo (Deleuze, 1990) que se engendra tendo como um de seus pressupostos a integralidade, constituída em articulação com as noções de trabalho em equipe multi/inter/transdisciplinar.

Foucault (1979a), em sua discussão sobre o termo *dispositivo*, demarcou três questões importantes relativos à sua compreensão. Em primeiro lugar, que este termo é entendido como:

Um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. (p. 244)

Em segundo lugar, explicitou que estava demarcando também “a natureza da relação que pode existir entre estes elementos heterogêneos” (idem, p. 244), referindo que, entre o dito (o discursivo) e o não-dito (o não-discursivo) presente nestes elementos, existe um tipo de jogo que os faz mudar constantemente de posição, de funções.

Em terceiro lugar, entende o dispositivo como “um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência” (idem, p. 244).

Deleuze (1990), tomando Foucault como referência, descreve o dispositivo como um conjunto de linhas que atravessam o sujeito, linhas que formam “um emaranhado”, que são múltiplas, podendo ser paralelas ou se romperem entre si, linhas que se encontram e fazem bifurcar ao se encontrarem, “às vezes se aproximam, às vezes se afastam umas das outras” (p. 155). Ele considera que desenredar as linhas de um dispositivo é

construir um mapa, cartografar, percorrer terras desconhecidas, é o que ele [Foucault] chama de *trabalho de terreno*. É preciso instalarmo-nos sobre as próprias linhas; estas não se detêm apenas na composição de um dispositivo, mas atravessam-no, conduzem-no, do norte ao sul, de este a oeste, em diagonal. (p. 155)

Neste sentido, para Deleuze (1990), “em todo dispositivo nós temos que desembaraçar as linhas do passado recente das do futuro próximo: a parte do arquivo da parte do atual, a parte da história daquela do devir, *a parte da analítica e a do diagnóstico*” (p. 160), pois o sujeito ao ser atravessado por novas linhas, novos pensamentos, que muitas vezes se instalam e passam a fazer parte do sujeito,

transforma-se em *outro* e o atual em parte do arquivo deste novo em *devenir*. Este novo causa estranhamento, perplexidade e mesmo medo, mas também pode causar alívio e sensação de liberdade diante de novos olhares e possibilidades.

Assim, se pensamos o SUS como dispositivo, é importante pensarmos em como o trabalho em equipe pode interferir no processo de formação das RMS, engendrando novos trabalhadores, mais afinados com os enunciados em seu discurso sobre o trabalho em saúde que ele propõe, pois as "diferentes linhas de um dispositivo se dividem em dois grupos: linhas de estratificação ou de sedimentação, linhas de atualização ou de criatividade" (Deleuze, 1990, p. 161) e é na trilha destas últimas que queremos seguir.

No início dos anos 80, Beto Guedes lançou um CD que continha uma música de muito sucesso por tratar-se de uma letra ecológica que convocava a todos para cuidarem do planeta. O refrão desta música dizia: "vamos precisar de todo mundo, um mais um é sempre mais que dois". Nesta época, eu estava me preparando para o vestibular, ainda não havia definido exatamente o que iria cursar, mas hoje, ao escrever sobre a importância do trabalho em equipe multiprofissional para a formação de trabalhadores de saúde que pretendem operar o SUS, é ela que me vem ao pensamento.

Considero que, não necessariamente *um mais um é sempre mais que dois*, mas entendo que, para o trabalho em equipe se efetivar, se realizar como uma produção coletiva é preciso transformar um agrupamento de diferentes singularidades reunidas em uma equipe de trabalho, em algo diferente da soma de todos os componentes.

Se pensarmos a organização do trabalho em equipe como uma tecnologia, mas também como um efeito de processos de subjetivação que acontecem à medida que ele se desenvolve, precisamos considerar a diferença como elemento fundamental desta composição. Como tecnologia, ela pressupõe a conexão de diferenças para a construção de uma proposta coletiva de trabalho, conexão que, após a emergência do SUS, é condição *sine qua non* para a colocação em ato de uma proposta mais eficaz de organização do trabalho em saúde.



Escher (s/d)

A cura não é uma obra de arte, mas deve proceder do mesmo tipo de criatividade (Guattari, 1992, p. 200)

6 CONCEITO DE SAÚDE NO SUS: O COLETIVO COMO PLANO DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

Os conceitos de saúde e doença não são entendidos do mesmo modo por todas as pessoas, sendo dependentes dos contextos históricos, sociais, políticos e econômicos em que se inscrevem, pois se relacionam sempre com os valores forjados em diferentes concepções científicas, religiosas e filosóficas (Scliar, 2007).

Assim, a humanidade sempre produziu suas explicações e formas de enfrentamento dos processos resultantes deste binômio, de acordo com suas possibilidades de explicá-lo. Na antigüidade, as teorias explicativas estavam orientadas por componentes místicos, sendo a doença considerada um fenômeno sobrenatural, resultante de forças alheias ao organismo. No judaísmo, as doenças eram explicadas por sua ligação entre pecado e castigo, como aponta Scliar (2007): “a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade proclamava o pecado, quase sempre de forma visível, como no caso da lepra” (p. 30). Já nas culturas tribais, o feiticeiro era o encarregado de expulsar o mal que se apoderava das pessoas, produzindo adoecimento.

A medicina grega coloca em cena uma importante mudança nas formas de compreensão das doenças, pois apesar de vincular saúde e doença a diferentes divindades, traz também o entendimento de que a cura é obtida através do uso de plantas e outros métodos naturais. É neste contexto que se produz uma visão racional da Medicina, através do *corpus hipocraticus*, que passa a entender a doença a partir de *causas naturais*, considerando a origem supostamente divina, como reflexo da ignorância humana (Scliar, 2007). Hipócrates entendia o humano como uma unidade organizada e a doença como uma desorganização dos elementos que compunham o equilíbrio entre os *humores* do corpo. Desta concepção, emergiu a teoria dos miasmas, na qual a doença é vista como causada por fatores internos ao humano, seja de sua constituição física ou hábitos de vida, que, ao produzirem desequilíbrio humoral, geram as doenças.

A concepção de doença como resultante de pecado e a identificação da cura com a fé se mantiveram presentes na Europa ao longo da Idade Média; o cuidado dos doentes e a administração dos hospitais (desenvolvidos para o abrigo e conforto dos doentes) ficavam a cargo das instituições religiosas. Porém, as idéias hipocráticas relativas à importância de viver em harmonia com a natureza também estavam presentes (Scliar, 2007).

Com o advento da modernidade, ocorrem muitas mudanças nestas concepções, com o avanço dos entendimentos que postulavam as causas das doenças em agentes externos. A afirmação do dualismo cartesiano, que separa mente-corpo, passa a conceber o corpo como uma máquina, cujo mau funcionamento pode produzir *avarias*, caracterizadas como doenças.

O avanço da racionalidade científica moderna possibilita a descoberta de Louis Pasteur dos micróbios (vírus e bactérias) como *agentes etiológicos*, ou seja, causadores das doenças, acionando a introdução de vacinas e soros com capacidade de prevenir ou interferir no processo de adoecimento. Esses conhecimentos impulsionam os estudos epidemiológicos que defendem que,

se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números – os sinais vitais –, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística. (Scliar, 2007, p. 34)

A estatística nasce ligada ao desenvolvimento do Estado como centralizador das decisões sobre a vida dos povos, produzindo o que Foucault (1977) definiu como *biopolítica*: “a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios de um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças” (p. 89). Não pretendo me aprofundar nesta formulação foucaultiana, mas é importante trazê-la à tona, em função dos efeitos produzidos pelo fortalecimento da idéia do Estado, como responsável pelas vidas de um determinado território, em relação aos modos como concebemos hoje as políticas públicas de saúde.

A epidemiologia demonstra que as doenças possuem múltiplas causas em sua determinação, buscando esclarecer melhor a determinação e a ocorrência das doenças em termos individuais e coletivos, através da correlação entre as diferentes formas de adoecimento e morte e as situações de vida (como os efeitos da urbanização e

proletarização, por exemplo). A Inglaterra é considerada a pioneira no desenvolvimento de estudos estatísticos de saúde; em 1848, promulgou uma lei “criando uma Diretoria Geral de Saúde, encarregada, principalmente, de propor medidas de saúde pública e recrutar médicos sanitaristas” (Scliar, 2007, p. 35). Assim, dá início oficialmente ao trabalho de saúde pública na Grã-Bretanha que, mais tarde (anos 1940), se configura como parte do *Welfare System*, no Serviço Nacional de Saúde, “destinado a oferecer atenção integral à saúde a toda população, com recursos dos cofres públicos” (Scliar, 2007, p. 36).

Nesta época, ainda não existia um conceito de saúde aceito universalmente, mas em 7 de abril de 1948 (a partir de então, comemorado como *Dia Mundial da Saúde*), a OMS – Organização criada após a segunda guerra mundial – divulga, em sua carta de princípios, um conceito de saúde: “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças”. Este conceito carrega as aspirações dos movimentos sociais do pós-guerra e expressa o desejo de que saúde seja considerada o direito a uma vida plena, sem privações.

A amplitude do conceito de saúde da OMS sofreu críticas de natureza técnica e política. As primeiras dizem respeito a que sua formulação coloca a saúde como algo inatingível, dificultando sua operacionalização nos serviços de saúde; as segundas são relativas à possibilidade de que a abrangência do conceito desse margem a que o Estado cometesse abusos, intervindo na vida dos cidadãos com o pretexto de promover saúde.

Em função disso, Christopher Boorse, filósofo da medicina, criou, nos anos 1970, a *Teoria Bioestatística da Saúde (TBS)*, formulando o conceito de saúde como “ausência de doenças”. Segundo Almeida Filho e Jucá (2002), em texto de 1977, Boorse produz comentários quase irônicos aos conceitos positivos de saúde: “corretamente associa-os às propostas da medicina preventiva e medicina comunitária e, mais corretamente ainda, descobre que isso ocorre mais no plano retórico e no plano das práticas, porque nessas tendências ou movimentos o que se busca prevenir é a doença” (p. 882).

Na teoria de Boorse (TBS), a subjetividade não é vista como um elemento importante no entendimento dos processos saúde-doença, pois considera os humanos como meros organismos biológicos. Porém, “a hipótese de que o conceito de doença porta componentes não-físicos, não-químicos e não-biológicos tem sido um dos

principais temas da antropologia médica contemporânea” (Almeida Filho & Jucá, 2002, p. 887).

O conceito de saúde que emerge na construção do SUS, entendendo-o como ligado aos modos de vida, é relativamente recente, se considerarmos que este é um debate que no Brasil começa a se fortalecer a partir da década de 1970. É em defesa da ampliação das maneiras de compreender o que é saúde e as ações necessárias para dar conta desta nova concepção, que se organiza o chamado *Movimento de Reforma Sanitária*, que em nosso país reuniu em torno de seus ideais, trabalhadores dos serviços de saúde, acadêmicos e intelectuais, representantes da Igreja, políticos e participantes de movimento civil organizado, como apresentamos no capítulo dois desta tese. É pela força instituinte deste movimento que, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde delibera pela defesa de um sistema de saúde público, em que a saúde seja considerada *direito de todos e dever do Estado* (Brasil, 1986).

É a partir da promulgação da nova Constituição Brasileira, em 1988, que a saúde no Brasil se estabelece como

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988)

A partir de 1990, a saúde passa a ser concebida para além de direito fundamental do ser humano, que deve ser garantido pelo Estado, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a reduzir os riscos de doenças e de outros agravos, e do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, sem excluir a responsabilidade das pessoas, das famílias e da sociedade em geral com a sua manutenção. Ampliando, considera-se que saúde está diretamente relacionada a fatores determinantes e condicionantes como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, sendo que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, 1990).

Esta formulação fala de uma expansão do conceito de saúde para além dos limites do binômio saúde/doença, tratando saúde como condições de vida. Trata-se de pensá-la não mais como um estado individual, mas como uma condição produzida coletivamente.

Interessa-nos discutir nesta tese o conceito de saúde assumido pelo SUS, pois entendemos que o mesmo tem efeitos sobre a organização do sistema como um todo, sobre os modos como pensamos a produção dos processos de trabalho em saúde e, conseqüentemente, a formação dos profissionais que irão operar o sistema de saúde.

Ao problematizar o conceito de saúde entendido como ausência de doenças, Almeida Filho e Jucá (2002) fazem uma afirmação que nos mobiliza, colocando o pensamento em funcionamento, no sentido de pensar como os profissionais em formação nas RMS têm produzido a orientação de suas práticas de cuidado em saúde, a partir da formação em serviço, inseridos em equipes de saúde, no SUS:

As condutas dos profissionais de saúde são orientadas a partir de percepções silenciosas, sempre reveladas em atos. Dizem respeito, na realidade, a uma experiência diária, culturalmente constituída, na qual os profissionais se encontram imersos, e que se manifesta sob a forma de posições e decisões assumidas desde o âmbito clínico até o espaço mais amplo de formulação de políticas de saúde. No que concerne aos processos de vida, saúde, doença, sofrimento, morte, não se pode, como pretendeu Boorse, recalcar a clínica ou colocar a política entre parênteses.

Esta afirmação nos remete à questão de que não existe separação entre clínica e política, tendo em vista que toda ação estará implicada em determinada concepção de sujeito e de saúde e dará visibilidade a determinados padrões de exercício do poder que se apresentam em um determinado contexto, nos trazendo a necessidade de problematizar:

modos de produção, modos de subjetivação e não mais sujeitos, modos de experimentação/construção e não mais interpretação da realidade, modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar em sua função autopoietica, sem o risco constante da experiência de crise. (Passos & Barros, 2004, p. 9)

Ou seja, a clínica definida “em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente” (Passos & Barros, 2004, p. 9).

A integralidade, pensada no SUS como uma *imagem objetivo* (Mattos, 2001), como o enunciado de características consideradas desejáveis a serem desenvolvidas no sistema de saúde, vinculadas ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária, coloca em cena a expectativa de que as organizações/equipamentos e os operadores do sistema de saúde possam buscar formas de pensar e agir que visem à transformação de certos

modos instituídos na atenção à saúde, apontando para a conformação de uma nova composição.

A integralidade pressupõe *articulação* das ações e dos serviços. Põe em questão, neste sentido, a própria formulação inicial de organização do sistema de saúde brasileiro que foi pensado a partir de uma estruturação em diferentes *níveis de atenção*, pois, ao constituir-se desta maneira, o sistema acaba se configurando em estratos – como se fossem camadas que se sobrepõem, mas não se tocam – expressos na organização através dos níveis primário, secundário e terciário, em uma estrutura piramidal.

Por um lado, esta estratificação pensava garantir mudanças nos modos vigentes de organização do cuidado em saúde – que tinha no hospital o centro para onde convergiam todos os problemas de saúde, entendidos como processos de adoecimento –, inserindo a idéia de que as pessoas se beneficiariam se pudessem estabelecer referências de cuidado o mais próximo possível do lugar onde vivem; por outro lado, acabou cristalizando a concepção de porta de entrada do sistema em um único lugar (Atenção Primária), não correspondendo às expectativas da população. Esta ainda possui uma aproximação muito intensa ao conceito de *saúde como ausência de doenças*, tendendo a buscar os serviços sempre que *se sente doente*, não respeitando as estratificações desenhadas na organização do SUS, não reconhecendo-as como resolutivas, pois nem sempre conseguem dar resposta imediata ao desejo de cuidado dos usuários.

Ao discutir o tema dos modelos tecno-assistenciais em saúde, Cecílio (1997) refere que boa parte da literatura sobre o assunto apresenta uma visão que poderia ser denominada de *racionalizadora e técnica*, pois “as pessoas reais, com suas angústias e sofrimentos passam a ser vistas, no jargão tecnocrático presente nesta literatura, como “usuários” do sistema, espécie de “agentes” dotados de comportamentos previsíveis, que deverão ser enquadrados a partir desta racionalidade exterior” (p. 470).

Cecílio (1997) aponta algumas possibilidades de intervenção na assistência à saúde, de acordo com o que acontece no cotidiano, “testando, na prática, novas possibilidades de construção do SUS que queremos” (p. 470). As RMS têm, a meu ver, também esta função de colocar em ação novos modos de fazer funcionar os serviços e de estabelecer conexões entre eles.

Em discussão ocorrida no âmbito da formação dos preceptores da RIS/GHC, um profissional de saúde de um serviço de emergência de uma organização de saúde de Porto Alegre apresentou o dado de que somente 30% dos atendimentos realizados por

este serviço constituem-se efetivamente como situação de *urgência/emergência*. Os demais (70%) seriam situações que deveriam estar sendo atendidas em outros pontos da rede de atenção em saúde.

Em conformidade com esta informação Cecílio (1997) aponta que todos os levantamentos realizados a respeito do perfil de morbidade da clientela atendida nos pronto-socorros mostram que a maioria dos atendimentos é de patologias consideradas mais “simples”, que poderiam ser resolvidas no nível das unidades básicas de saúde. Por exemplo, pesquisa realizada pela equipe do Hospital Municipal de Volta Redonda (RJ), no primeiro semestre de 1996, revelou que, no mês de fevereiro/96, 66,5% das consultas em Pediatria e 52,5% daquelas em Clínica Médica realizadas no Pronto-socorro não podiam ser consideradas como de urgência/emergência. Ou seja, há uma “distorção” no atendimento tanto quantitativo, como qualitativo. Tal “distorção” também é detectada nos ambulatórios hospitalares e nos ambulatórios de clínicas especializadas. (p. 471)

Porém, diariamente somos *bombardados* pela imprensa com notícias sobre a superlotação dos serviços de emergência dos grandes hospitais de Porto Alegre, que são avaliados como insuficientes e com falta de condições de responder à demanda. Isso nos provoca a pensar que, para colocar em ação uma *atenção integral*, teríamos que propor uma linha transversal que produzisse conexões e permitisse que o sistema se reconfigurasse em diferentes pontos de uma mesma rede que, somente postos em relação, produziriam um menor efeito de fragmentação do cuidado.

A integralidade da atenção exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir proteção, promoção e recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um, em todos os níveis de complexidade do sistema. Todavia, não parece ser essa a idéia que se apresenta quando se fala em *articulação* no cotidiano dos serviços de saúde. Correndo o risco nefasto da generalização, percebo que cada ponto do sistema ainda é entendido como tendo tarefas muito específicas, que devem ter início e fim claramente delimitados. A *articulação*, nesse caso, manifesta-se através de mecanismos usados burocraticamente como formas de “encaminhamento” entre esses diferentes pontos.

É assim que se visualiza o uso do chamado documento de “referência e contra-referência”⁷. Pensado para funcionar como um facilitador da comunicação entre profissionais que trabalham em diferentes *níveis*, para a composição da *rede de atenção*,

ele muitas vezes converte-se em mero instrumento de transferência de responsabilidades para com o usuário entre os serviços, inviabilizando um funcionamento mais ágil e resolutivo do processo de cuidado.

Assim, como é possível haver continuidade? Esta pressupõe movimentos em direção à circularidade, ao desmanche das noções de dentro e fora. Um usuário que vive em um território e possui vínculos com uma equipe de saúde de atenção primária e que, em um determinado momento de sua vida, necessita de cuidados de um serviço “mais especializado”, deixa de ter como referência a equipe que o acompanhou até aquele momento? Da mesma forma, uma equipe “especializada” deixa de ter responsabilidades sobre o usuário quando o problema pontual que os colocou em contato é resolvido ou chega ao seu limite? Idealmente não, mas diariamente visualizamos as dificuldades vividas pelos trabalhadores do sistema de saúde em acompanhar as diferentes demandas dos usuários de forma sistemática.

Podemos dizer, ainda, que as ações se dicotomizam em *preventivas* e *curativas*, entendidas como mais ou menos “complexas”, conforme se aproximam ou se distanciam desses dois pólos, considerados opostos. Então, as ações desenvolvidas na atenção primária, compreendidas como mais voltadas para o campo da prevenção, seriam pouco complexas. Por outro lado, as ações desenvolvidas no âmbito hospitalar, voltadas para a cura ou reabilitação são entendidas como muito complexas.

Essa concepção sustenta a representação do hospital como o lugar de maior resolutividade em relação aos problemas de saúde, por caracterizar-se pelo uso de tecnologias e procedimentos vistos como mais eficientes no cuidado destes problemas. A superlotação de serviços de urgência e emergência dos hospitais pode ser um bom analisador de como essa lógica opera. Seja por falta de investimento dos gestores em serviços mais próximos para as populações ou pela dificuldade de reverter a lógica instituída, de dar maior credibilidade ao uso do que Merhy (2002) chama de tecnologias duras – representadas pelos equipamentos e medicamentos que estão disponíveis em maior número nos ambientes hospitalares –, estes são espaços que costumam evidenciar a produção de demandas no próprio modo como o sistema se organiza.

Preocupa-me, nesta discussão, dar visibilidade a que estamos formando os *novos profissionais de saúde para o SUS*, nas RMS, muitas vezes ainda imersos nesta lógica,

⁷ Documento usado para informações sobre os motivos de encaminhamento, que deverá acompanhar um usuário sempre que este for encaminhado de um serviço de referência a outro.

mesmo tendo clareza de que a formação dos profissionais da saúde precisa ser revista, voltando-se para a visão integral dos problemas da população, considerando o contexto em se inserem e a diversidade de pessoas e coletivos que estão sob a assistência ou cuidado nos serviços de saúde. Neste sentido, precisamos insistentemente colocar em análise até que ponto o trabalho em saúde tem sido sustentado pela noção de integralidade da atenção e o quanto esta noção tem se feito presente no cotidiano das propostas de formação de trabalhadores para o SUS, especialmente nas RMS.

Os trabalhadores da saúde estão, enquanto trabalham, em um processo constante de produção de si e do mundo, não podendo ser tomados apenas sob o constructo de *recursos humanos em saúde*, da mesma forma com que são tomados os recursos materiais e financeiros para organizar o trabalho e as respostas assistenciais do setor. Embora a formação e o desenvolvimento venham sendo entendidos como subordinados à técnica, à ciência régia (aos paradigmas científicos) ou à capacitação operacional, sua condição de componente da educação – educação formal e educação permanente – obriga-nos a refletir sobre a produção de competências, mas também sobre a produção de subjetividade dos trabalhadores.

Neste sentido, gostaria de retomar uma afirmação feita neste texto, sobre a necessidade de pensarmos o conceito de saúde em sua dimensão coletiva, em função de que implica também pensar o processo de produção de si como engendrado no coletivo.

No trabalho em saúde, estamos o tempo todo estabelecendo relações: entre usuários, entre profissionais e usuários, entre profissionais de diferentes categorias, entre os diferentes serviços que constituem o sistema de saúde, entre os gestores e os trabalhadores e usuários. Se as relações são entendidas como agenciamento, como modos de funcionamento de um plano coletivo, que surge como plano de criação, de coengendramento dos seres, este plano coletivo e relacional é também o plano de *produção de subjetividades*.

Subjetividade não está sendo tomada como sinônimo de indivíduo, de sujeito ou de pessoa, pois inclui sistemas que são pré-individuais/pré-pessoais (perceptivos, de sensibilidade, etc) e extrapessoais ou sociais (maquínicos, econômicos, tecnológicos, ecológicos, etc). Como considera Guattari (1992), “em certos contextos sociais e semiológicos, a subjetividade se individua: uma pessoa tida como responsável por si mesma, se posiciona em meio a relações e alteridade regidas por usos familiares,

costumes locais, leis jurídicas” (p. 10), porém, em outras condições, “a subjetividade se faz coletiva, o que não significa que ela se torne por isso exclusivamente social” (p. 20).

Assim, mesmo quando se individua, a *subjetividade* não pode ser pensada como privativa de uma pessoa ou sujeito. Do mesmo modo, não se pode estabelecer equivalências entre coletivo e um conjunto de pessoas, pois *coletivo* precisa ser entendido aqui como “uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao socius, assim como aquém da pessoa, junto a intensidades pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos” (Guattari, 1992, p. 20).

Partindo do paradigma ético-estético para entendermos a produção de subjetividade, deve-se admitir que

cada indivíduo, cada grupo social veicula seu próprio sistema de modelização da subjetividade, quer dizer, uma certa cartografia feita de demarcações cognitivas, mas também míticas, rituais, sintomatológicas, a partir da qual ele se posiciona em relação aos seus afetos, suas angústias e tenta gerir suas inibições e pulsões. (Guattari, 1992, p. 21-22)

Se tomarmos os trabalhadores em formação na RMS como *obra aberta*, podemos entendê-los como em processo de individuação o tempo todo, assim como todos os seres vivos, com muitos potenciais a desenvolver. Pensando o processo de individuação a partir de Simondon (1964) todos temos *reservas de devir*, potenciais a desenvolver, sendo que o que chegamos a ser ou fazer são uma pequeníssima parte do que podemos chegar a ser ou fazer.

Simondon (1964) chama a atenção para que o ser enquanto ser, será sempre mais que um; será o individual mais o pré-individual que o compõe. Nesta perspectiva, tudo que vem antes dos indivíduos, não é visto como falta ou imperfeição, mas como fonte, reservatório, central de abastecimento, potência. Contudo, pensar nesta lógica implica reverter o princípio proposto por Aristóteles de que algo realiza sua natureza quando alcança a condição de repouso, ou seja, a idéia de um equilíbrio estável.

Em Simondon (1964), a estabilidade é pensada a partir da termodinâmica e, portanto, não significa um ideal a alcançar, mas a morte. O autor propõe que se possa pensar em termos de um equilíbrio dinâmico – a metaestabilidade – no qual não se trataria de conjugar a oposição mudar ou manter, mas de mudar para se manter. Ou seja, é preciso operar com a idéia de que o ser vivo traz em si uma autonomia inventiva (autopoiesis) que exige dele um constante movimento para que se mantenha vivo.

Por isso, fez muito sentido escutar de um residente, em determinado momento do processo de formação, a consideração de que não basta saber que a RIS não trará respostas prontas, apenas produzirá questões, e que: “precisamos construir novas questões, fazer a diferença”. Entendo que as propostas de implantação de RMS, em consonância com os pressupostos do SUS, estão na contramão das propostas que dicotomizam coletivo e individual tão presentes no contemporâneo. Se pudermos interferir neste processo de formação de trabalhadores para o sistema de saúde no sentido de produções de subjetividades que se aproximem de modelos menos individualistas e privatistas, em que possamos pensar as dimensões coletivas e individuais como coengendradas, estaremos contribuindo para a construção de um SUS que atenda às necessidades de saúde da população e não apenas as doenças que emergem em determinados momentos de uma vida. Assim, poderemos construir não soluções que durem *para sempre*, mas que estejam abertas a experiências e aos processos que se desenvolvem, e orientando a tomada de decisões a partir de princípios ético-políticos a favor da vida como *vontade de potência* (Nietzsche, 2008), como movimento que impulsiona a criação, a não-aceitação do que já foi alcançado, estando sempre se movimentando em direção ao novo.



Vasco Prado (1987)

As mapas não devem ser compreendidos só em extensão, em relação a um espaço constituído por trajetos. Existem também mapas de intensidade, de densidade, que dizem respeito ao que preenche o espaço, ao que subteme o trajeto (Deleuze, 1997b, p.76)

7 ENCERRANDO O PERCURSO, RETOMANDO O CAMINHO

Dizer que chegamos ao fim de uma tese de doutorado é apenas uma forma de darmos uma pausa em um processo que, apesar de ainda em movimento, precisa ser colocado em discussão com alguns pares que escolhemos como interlocutores, para poder continuar funcionando.

Esta cartografia constitui-se, então, no *mapa possível* de ser desenhado até este momento em que sou *forçada* – pelo tempo acadêmico que se impõe, pelo cansaço produzido na aventura da escrita, pela mobilização de afetos que faz enquanto escrevo, pedindo passagem para se expressar –, a apresentá-la à banca de avaliação e aos possíveis leitores que também estão implicados no tema. Como tal, é um mapa aberto, flexível, desmontável, sujeito a ajustes e modificações constantes, como pensava Guattari (1995) a respeito da cartografia.

Para permitir sua escrita, precisei revisitar muitas marcas que me compõem, algumas mais antigas, outras forjadas recentemente. Ao retomar *a história* das RMS desde a década de 1970, escolhendo entre tantos elementos aqueles que eu registraria como significativos para a emergência desta proposta de formação de profissionais de saúde, retomo também a minha implicação com esta história.

Enquanto escrevia este capítulo, fui me dando conta da quantidade de forças que compõem uma determinada configuração subjetiva e cheguei a paralisar por algum tempo minha capacidade de escrever. Deparei-me com os efeitos da racionalidade cartesiana em mim, temendo não ser *fiel à história*, e ser cobrada por isso pelos futuros leitores da tese. Felizmente, nem tudo é captura, e entre um e outro momento em que precisava deixar o texto *decantar*, era tomada pelo *efeito Foucault*, que me ajudava a pensar que esta é uma história que só é possível ser contada a partir da perspectiva de quem a conta. Por isso, fui logo fazendo um alerta aos leitores, no início da mesma: não esperem verdades; escrevo uma versão dos fatos.

Esta versão pretendeu dar visibilidade a que a formação no campo da saúde está atravessada tanto por forças afins da mudança, do movimento, como por outras que visam à manutenção de determinados *status quo*, não estando dispostas a abrir mão de

poderes instituídos. Estamos em um campo de poderes em disputa onde não há *bons* ou *maus*, mas interesses em confronto.

Neste sentido, apesar de visualizarmos no território contemporâneo da saúde, a manutenção da lógica disciplinar operando com força sobre os processos de formação, presenciamos também movimentos de abertura para as interferências entre as disciplinas, possibilitando que se coloquem em cena experiências que se dispõem aos efeitos intercessores que o encontro com outros profissionais em formação pode produzir, como o Pró-saúde na graduação e as RMS na Pós-graduação, por exemplo.

Porém, é evidente que não basta colocar diferentes profissionais ou estudantes de graduação em um mesmo espaço ou serviço de saúde para que este efeito se produza. É necessário que sejam revistas as ferramentas conceituais que sustentam as propostas de ensino/aprendizagem que se configuram em *políticas de aprendizagem* mais ou menos abertas à diferença e à ruptura com a lógica da representação que, com muita frequência, captura os processos de formação.

Afirmamos nesta tese, acompanhando Virgínia Kastrup, que a política de aprendizagem presente na condução de um processo de formação tem efeitos sobre os processos de produção de subjetividade dos *aprendizes* e *ensinantes* envolvidos com o mesmo, e que este é um ponto que precisamos atentar nos processos de formação em RMS. Se efetivamente pretendemos interferir nos modos como os trabalhadores *aprendem* os processos de cuidado em saúde, precisamos problematizar e produzir alterações nas maneiras como temos organizado muitos dos programas atualmente em vigência, pois ainda tendemos mais a buscar a reprodução de um modelo instituído do que a promover novas formas de pensar e fazer em saúde. Precisamos todos *aprender a aprender* sob a perspectiva de outras racionalidades, menos apegada a modelos. Entendo que estamos a caminho, fazendo *ensaios*, mas não há caminhos prontos; estamos fazendo-os ao caminhar.

Sabemos que é impossível ter controle sobre os processos decorrentes de uma proposta de formação, mas podemos fazer algumas apostas, pensar o processo educativo como máquina de guerra, como dispositivo que aciona produção de diferença, que produza efeitos sobre este os envolvidos no sentido da alteração de modos de pensar. Algumas apostas que temos feito parecem estar abrindo clareiras no percurso que seguimos, mesmo que não tenhamos bússolas que nos apontem o lugar exato em que chegaremos. Trabalhei com três delas nesta tese: a formação em serviço, o trabalho em

equipe e a ampliação do conceito de saúde que se impõe a partir da concepção da integralidade presente na emergência do SUS.

A formação em serviço tem sua força colocada justamente na possibilidade de ensaiar outros modos de fazer no cotidiano dos serviços, na relação que se estabelece entre os profissionais que convivem no campo, os usuários que procuram os serviços ou que são interpelados pelo mesmo, e os gestores e os modos de conceber a organização do processo de trabalho em saúde. A partir desta *mistura*, e dos atravessamentos que a compõem vão se desenhando ações de saúde, tecnologias de cuidado e políticas de gestão.

Os serviços se configuram, assim, como *oficinas de invenção de trabalhadores*, no sentido de que ali se encontram linhas mais ou menos duras e linhas fortemente cristalizadas, que se misturam, em um processo de afetação mútua, produzindo ações, formas de pensar, perceber, ouvir, enunciar, desejar. No movimento coletivo incessante dessas linhas, são engendrados novos territórios existenciais, possibilitando outras experimentações.

Garantir espaços de inserção nos serviços, para a realização de processos de formação nos diferentes âmbitos da formação em saúde (Graduação, Especialização, Mestrado, Doutorado) é, portanto, fundamental se desejamos produzir fissuras na lógica dicotômica que separa teoria e prática, estabelecendo espaços restritos onde se “teoriza” e outros onde “se faz”, como se não fosse imprescindível que esses dois componentes da aprendizagem estivessem sempre em conexão, um produzindo o outro.

Da mesma forma, consideramos a importância de reforçar projetos que proponham o trabalho em equipe, pois esta estratégia de interferência das diferentes profissões, umas sobre as outras, permitem formulações de conceitos, ações de saúde, políticas de gestão que emergem *entre* as disciplinas (em sintonia com o proposto por Ceccim, 2005c), sem necessidade de serem nomeados como multidisciplinares ou interdisciplinares, pois se constituem justamente no efeito de uma disciplina em seu contato com outra(s), não podendo pertencer a nenhuma delas, nem gerando uma nova identidade. Assim, importa pouco a quantidade de disciplinas dos processos de formação, desde que os envolvidos se disponham à interferência por outros saberes circulantes, na promoção de outros modos de ser e fazer, menos apegados às fronteiras impostas pelas disciplinas.

Este continua sendo um movimento muito lento nos processos de ensino/aprendizagem que acompanhamos. Vemos muitas equipes que reúnem diferentes profissões, configuram-se como multiprofissionais e até produzem interfaces buscando ampliar suas perspectivas sobre um mesmo objeto, mas geralmente pouco se visualiza efeitos na direção da composição de diferenças nos modos de pensar e fazer produzidos na intercessão que se efetuou neste encontro. Assim, apesar de a inserção em equipes ser uma aposta que entendemos como potencializadora de mudanças, precisamos promover desestabilizações nas convicções impostas pelos núcleos profissionais de que a transmissão de conhecimentos e habilidades baseados nos últimos avanços técnico-científicos é suficiente para uma prática profissional efetiva.

A emergência do SUS amplia o conceito de saúde e conseqüentemente exige que as práticas profissionais colocadas à disposição dos usuários também se ampliem, e que o olhar dos profissionais avance para além dos *problemas individuais*, podendo compreender saúde/doença como processo de produção coletiva, no qual compõem elementos específicos do campo da saúde, mas também outros que se delineiam fora dele e no qual estão envolvidos muitos atores e não somente usuários e trabalhadores de saúde.

Por isso, a importância de se ter clareza sobre a racionalidade que orienta o processo ensino/aprendizagem nas RMS. A partir de que concepção de saúde, de sociedade, de relação estabelecida entre sujeito e objeto, em suma, da visão de mundo que orienta seus Projetos Político Pedagógicos, enunciam-se determinadas apostas feitas na produção de profissionais de saúde e nos importa saber que elas estejam em consonância com os princípios do SUS.

As RMS – mais que um espaço de absorção de informações, conhecimentos, modelos, que resulte em especialistas – precisam se oferecer aos futuros profissionais do SUS como um tempo de *ruminar*, de *dar tempo* para a reinvenção de si e do mundo, através da crítica ao modelo de racionalidade moderna que orienta a atenção em saúde e os processos de ensino/aprendizagem na saúde.

A partir do acompanhamento do programa que se apresenta como caso-pensamento para esta tese, a RIS/GHC, podemos dizer que, apesar de ser uma proposta ainda recente (seis anos), já produziu inúmeras interferências nos instituídos da estrutura organizacional e que estes efeitos são irreversíveis. Mesmo que a proposta se inviabilizasse política ou financeiramente, houve rupturas em relação aos modos de se

pensar o cuidado em saúde e a potência do trabalho em equipe, que continuarão reverberando mesmo que o processo de formação se encerre.

Muitos dos envolvidos no processo de formação (residentes, preceptores, gestores) foram tocados pelo *devoir D. Quixote* em sua potência de crítica a uma determinada lógica instituída, em sua força sonhadora e lutadora para manter vivas as forças que promovem experiências de cuidado e de formação em saúde consonantes com a invenção de novos fazeres e saberes em saúde.

Neste sentido, talvez possamos no momento de encerrar esta tese, dizer que o título da mesma melhor se colocaria se pudesse expressar a necessidade de mantermos vivo o sonho de produção de propostas de formação que contemplem a produção de diferença mais do que um movimento linear, de um sonho ou aventura à oficialização de uma modalidade de formação, pois as propostas de RMS produzem sua potência na medida em que conseguem colocar em movimento sua capacidade de *devoir*, de transformação das formas de pensar a formação de trabalhadores de saúde, em consonância com o presente e com formas de ser e viver que emergem em cada novo momento.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. (1986, julho/setembro). 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Registro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2(3), 382-4. Recuperado em 24 de maio de 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v2n3/v2n3a13.pdf>.
- Abreu, O. (2004, julho/dezembro). O procedimento da imanência em Deleuze. *ALCEU*, 5(9), 87-104.
- Almeida Filho, N., & Jucá, V. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):879-889.
- Alvarez, J., & Passos, E. Cartografar é habitar um território existencial. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Orgs.). (2009) *Pistas do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Arouca, A. S. S. (1975). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP.
- Baptista, T. W. de F. (2007). História das políticas públicas no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In G. C. Matta & A. L. de M. Pontes (Orgs.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Barembliitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. (5a ed.). Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari.
- Barros, L. P., & Kastrup, V. (2009). Cartografar é acompanhar processos. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Guedes, B., & Bastos, R. (1981). O sal da Terra. In *Contos da lua vaga*. Rio de Janeiro: Emi Songs/Tapajós. CD.
- Bezerra Jr., B. C., & Sayd, J. D. (1993). *Um mestrado para um momento preciso. Série Estudos em Saúde Coletiva*. (Vol. 47, pp. 1-39). Rio de Janeiro: UERJ/IMS.
- Birman, J. (2005). A physis da saúde coletiva. [Versão eletrônica] *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 15(Supl. 0), 11-6. Recuperado em 10 de novembro de 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300002&script=sci_arttext.
- Bornheim, G. (Org). (1997). *Os filósofos pré-socráticos*. São Paulo: Cutriz.

- Brasil. (1975). Ministério da Saúde. *V Conferência Nacional de Saúde. Relatório final*. Brasília. Recuperado em 18 de maio de 2009, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf_nac_rel.pdf.
- Brasil. (1977). *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.
- Brasil. (1981). *Lei nº 6.932*, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Recuperado em 05 de outubro de 2008, de <http://www.guiatrabalhista.com.br/legislacao/l6932.htm>.
- Brasil. (1986). Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final*. Brasília, 1986. Recuperado em 03 de março de 2008, de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
- Brasil. (1990a). Ministério da Saúde. *Lei nº 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde*, 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. (1990b). *Lei nº 8.142*, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperado em 03 de março de 2008, de <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Lei%208146.doc>.
- Brasil. (1991). *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução nº 273*, de 17 de julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Brasília. Recuperado em 10 de novembro de 2009, de http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf.
- Brasil. (1992a). Ministério da Saúde. *IX Conferência Nacional de Saúde: municipalização é o caminho. Relatório Final*. Brasília, 1992. Recuperado em 03 de março de 2008, de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf.
- Brasil. (1992b). Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92)*. Brasília. Recuperado em 10 de fevereiro de 2010, de http://siops.datasus.gov.br/documentacao/portaria%20234_07_02_1992.pdf.
- Brasil. (1993). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 545*, de 20 de maio 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília. Recuperado em 10 de fevereiro de 2009, de http://siops.datasus.gov.br/documentacao/portaria%20545_20_05_1993.pdf.

- Brasil. (1994). Ministério da Saúde. *Cadernos Recursos Humanos em Saúde*, 2(1). II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1996a). Ministério da Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 21 de setembro de 2009, de <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>.
- Brasil. (1996b). *Lei Federal nº 9.394*, de 20 de dezembro de 1996, que dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil. (1998). *Parecer 908/98*, da Comissão de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação, de 02 de dezembro de 1998, que dispõe sobre curso de pós-graduação. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil. (2000). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Emenda Constitucional nº29*, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília. Recuperado em 29 de maio de 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm.
- Brasil. (2002). Senado Federal. *Projeto de Lei do Senado nº 268*, de 2002. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília. Recuperado em 24 de fevereiro de 2009, de <http://www.senado.gov.br/sf/publicacoes/diarios/pdf/sf/2002/12/11122002/25485.pdf>.
- Brasil. (2003a). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde (2a ed. rev. atualiz.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2003b). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a educação permanente em saúde*. Pólos de educação permanente em saúde. Brasília. Recuperado em 12 de fevereiro de 2010, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_tripartite.pdf.
- Brasil. (2004a). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 198/GM/MS*, de 13 fevereiro de 2004. Brasília. Recuperado em 12 de fevereiro de 2010, de <http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/documentos/portaria198.pdf>.
- Brasil. (2004b). Grupo Hospitalar Conceição. *Residência Integrada em Saúde – 2004*. M. L. Lenz et al. (Orgs.). Impresso.
- Brasil. (2004c). *Portaria Interministerial nº 1005/MEC/MS*, de 15 de abril de 2004. Estabelece os critérios para a certificação e reconhecimento dos Hospitais de Ensino. Recuperado em 29 de março de 2009, de

<http://www.femerj.org.br/Boletim/Federal/Ministerio%20Saude/GM/2004/Junho/PORTRARIA%20INTERMINISTERIAL%20N%BA%201000.pdf>.

Brasil. (2004e). *Portaria Interministerial nº 1.704*, de 17 de agosto de 2004. Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Recuperado em 29 de março de 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_1704.pdf.

Brasil. (2005a). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS* (NOB/RH-SUS) / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. (3a ed. rev. atualiz.). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2005b). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial nº 2.118*, de 03 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Recuperado em 20 de outubro de 2009, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2118.pdf>.

Brasil. (2005c). Ministério da Educação/Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 2.101*, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília. Recuperado em 7 de outubro de 2009, de <http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/3454/portaria-interministerial-ms-mec-n-2101-de-3-de-novembro-de-2005>.

Brasil. (2005c). Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde*. Recuperado em 7 de outubro de 2009, de http://portal2.saude.gov.br/portal/sktes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848.

Brasil. (2005d). *Lei, nº 11.129, 30 de junho de 2005*. Institui o programa Nacional de inclusão de jovens- Pró-jovem; 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 de 2005.

Brasil. (2005e). *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 Fêmima – RS como Hospitais de Ensino. Recuperado em 21 de novembro de 2009, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2092.htm>.

Brasil. (2005f). *Portaria nº 1.111/GM* de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Ministério da Saúde. Brasília.

Brasil. (2006a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2006b). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006c). Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de outubro de 2009, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>.
- Brasil. (2007a). Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1996*, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implantação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 de outubro de 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf.
- Brasil. (2007b). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 12 de agosto de 2009, de http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf.
- Brasil. (2007c). Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Portaria Interministerial MS/ME nº 3.019*, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 25 de setembro de 2008, de <http://www.cfn.org.br/novosite/conteudo.aspx?IDMenu=222&IDConteudo=226>.
- Brasil. (2007d). Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. *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. Recuperado em 01 de outubro de 2009, de <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2525314.xml>.
- Brasil. (2008a). Grupo Hospitalar Conceição. *Residência Integrada em Saúde – 2008*. Fajardo, A., & Pasini, V. L. (Orgs.). Impresso.
- Brasil. (2008b). Gabinete do Ministro. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 506*, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Recuperado em 3 de maio de 2009, de http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf.

- Brasil. (2009a). Site do Ministério da Educação. *Informações sobre a implementação dos Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde discutidas no III Fórum de Dirigentes dos Hospitais Universitários Federais*. Recuperado em 12 de outubro de 2009, de http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/esclarecimentos_residmultiprof.pdf.
- Brasil. (2009b). Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior/Diretoria de Hospitais Universitários e Residências e Ministério da Saúde /Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Exercício 2007/2009*. Brasília. Recuperado em 23 de novembro de 2009, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_b_relatorio_atividades_cnrms_261109b.pdf.
- Brasil. (2009c). *Diário Oficial da União, nº 234*, terça-feira, 8 de dezembro de 2009. Sessão 3. Recuperado em 13 de dezembro de 2009, de http://portal2.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_n_24_08_dez_2009.pdf.
- Brasil. (2009d). Gabinete do Ministro. *Portaria Interministerial nº 1.077*, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília. Recuperado em 14 de novembro de 2009, de http://www.ilape.edu.br/ARQUIVOS/POR-2009-1077-Interm_.pdf.
- BRASILSUS. (2008). *Portaria SE/MS nº 589*, de 28 de novembro de 2008. Recuperado em 18 de dezembro de 2009, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/secretaria-executiva/15534-589>.
- Buckley, W. (1971). *A sociologia e moderna Teoria dos Sistemas*. São Paulo: Cultrix.
- Campos, G. W. de S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-30. Recuperado em 25 de junho de 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=&nrm=iso.
- Campos, G. W. de S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In G. W. S. Campos, *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo, Cultrix, 1986.
- Ceccim, R. B. (2005a). Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 161-177.
- Ceccim, R. B. (2005b). Réplique. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 161-177.

- Ceccim, R. B. (2005c). Equipe de saúde: a perspectiva *entre-disciplinar* na produção dos atos terapêuticos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO.
- Ceccim, R. B., Armani, T., & Rocha, C. F. (2002). O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 7(2), 373-83.
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2005). Residência integrada em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Cecílio, L. C. O. (1997, julho/setembro). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3), 469-478.
- Dallegrave, D., & Kruse, M. H. L. (2009, janeiro/março). No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 213-37.
- Da Ros, M. A. et al. (2006). Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do movimento sanitário. *Cadernos Recursos Humanos em Saúde*, 3(1), 109-17.
- Deleuze, G. (1987). *Proust e os signos*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Deleuze, G. (1990). ¿Que és un dispositivo? In G. Deleuze. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. (1997). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. (Vol. 5). São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. (1997b). *Crítica e clínica*. São Paulo: Editora 34.
- Deleuze, G. (2006). *Diferença e repetição*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. (Vol. 1). São Paulo: Editora 34
- Diercks, M., Pekelman, R., Medeiros, R. A. et al. (2010). *O Currículo Integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade*. Porto Alegre. Impresso.
- Elias, C. R., & Axt, M. (2004, setembro/dezembro). Quando aprender é perder tempo... compondo relações entre linguagem, aprendizagem e sentido. *Psicologia & Sociedade*, 16 (3), 17-28.

- Escóssia, L., & Tedesco, S. (2009). O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Orgs.). *Pistas do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- ESP/RS. (2009). *Site da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul*. Residência Integrada em Saúde. Recuperado em 21 de fevereiro de 2009, de <http://www.esp.rs.gov.br/default.asp?mostra=2&id=38>.
- Faleiros, V. de P. (2004). A reforma do Estado no período FHC e as propostas do Governo Lula. In D. Rocha, M. Bernardo, V. de P. Faleiros, et al. *A era FHC e o Governo Lula: transição?* Brasília: Inesc.
- Faria, T. W. (1997). *Dilemas e Consensos: A Seguridade Social Brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/1988. Um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ.
- Feuerwerker, L. C. M. (2004). Certificação dos Hospitais de Ensino. *ABEM-EDUCMED*. Publicado em janeiro-fevereiro-março-abril / 2004. Recuperado em 29 de março de 2009, de http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/laura_final.pdf.
- Fonini, R. (2003). Prefácio. In Cervantes Saavedra, M. de. *O engenhoso fidalgo D. Quixote de La mancha*. Tradução de Viscondes de Castilho e Azevedo. Porto Alegre: Editora Pradense.
- Fonseca, C. M. O. (2000). Repensando o papel do Estado diante da saúde pública contemporânea. [Versão eletrônica] *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 6(3), 717-20. ISSN 0104-5970. Recuperado em 25 de agosto de 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000400013&lng=en&nrm=iso.
- Foucault, M. (1977). *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Foucault, M. (1979a). Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In M. Foucault. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1979b). Verdade e Poder. In M. Foucault. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1979c). Nietzsche, a genealogia e a história. In M. Foucault. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. (7 ed.) Rio de Janeiro: edições Graal.

- Foucault, M. (1992). *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2002). A psicologia de 1850 a 1950. In M. Foucault. *Dios e escritos I – problematizações do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freire, P. (1983). *Educação como prática da liberdade*. (18 ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2004). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (29a ed.). São Paulo: Paz e Terra.
- Frichembruder, S. C., Silva, M. C. C., & Cruz, R. A. C. (2006). Curso de Aperfeiçoamento especializado em Saúde Mental em nível de residência. In Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Frigotto, G. (2001). Reformas educativas e o retrocesso democrático no Brasil nos anos 90. In C. Linhares (Org.). *Os professores e a reinvenção da escola: Brasil e Espanha*. (pp. 57-80). São Paulo: Cortez.
- FUNDATEC. (2004). *Processo Seletivo Público 01/2004. Residência Integrada em Saúde Mental – 2005*. Recuperado em 15 de janeiro de 2009, de <http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-4490.pdf>.
- FUNDATEC. (2009). *Edital de abertura 01/2009. Processo Seletivo Público 04/2009 – RIS/GHC – Residência Integrada em Saúde – 2010*. Recuperado em 11 de dezembro de 2009, de <http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-109.pdf>.
- Guareschi, N. M. F., Hüning, S. M. (2005). Efeito Foucault: desacomodar a psicologia. In N. M. F. Guareschi, S. M. Hüning (Orgs.), B. C. Heliana et al. *Foucault e a Psicologia*. Porto Alegre: Abrapso Sul.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Ghiraldelli, P. Jr. (2001). *Neopragmatismo, Escola de Frankfurt e Marxismo*. Rio de Janeiro: DP&A Editora.
- Governo do Estado do Rio Grande do Sul. (2002). *Lei 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: Palácio Piratini. Recuperado em 24 de julho de 2009, de http://www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_24lei11789.pdf.
- Grupo Hospitalar Conceição. (2004). *Portaria GHC nº 109/04*, expedida em 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde, no âmbito do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre. Grupo Hospitalar Conceição. Impresso.

- Grupo Hospitalar Conceição. (2007). *Portaria nº 037/07. GHC-DS-247/07*. Adéqua à legislação vigente, os termos da Portaria GHC nº 109/04, expedida em 31 de março de 2004, que criou o Programa de Residência Integrada em Saúde, no âmbito do Grupo Hospitalar Conceição. Recuperada em 29 de novembro de 2008, de <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>.
- Grupo Hospitalar Conceição. (2009a). Site Institucional. *Linhas de Cuidado*. Recuperado em 21 de novembro de 2009, de <http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=3>.
- Grupo Hospitalar Conceição. (2009b). *Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC*. Recuperado em 21 de março de 2009, de <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>.
- Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / Fundação Universitária de Cardiologia (2009). Site do IC/FUC. *Residência Multiprofissional. Informações gerais*. Recuperado em 18 de dezembro de 2009, de http://www.cardnet.tche.br/ensino/residencia_multiprofissional/informacoes_gerais.aspx.
- Kastrup, V. (2005). Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. *Educação & Sociedade*. Campinas, vol. 26, n. 93, p. 1273-1288, Set./Dez. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em 20 de agosto de 2008.
- Kastrup, V. (2007a). *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Kastrup, V. (2007b). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia e Sociedade*, Abr. vol.19, nº.1.
- Kastrup, V., & Barros, R. B. B. (2009). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Orgs.). (2009). *Pistas do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Lagôa, F. de P. da R. (1971). *A política nacional de saúde*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, p. 7.
- Larrosa, J. B. (2002, Jan/Fev/Mar/Abr). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19).
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médicos Sociales*, (37), 3-18.
- Lins, A. M., & Cecílio, L. C. de O. (1998, agosto). O programa UNI no Brasil: uma avaliação da coerência no seu processo de formulação e implementação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2(3), 87-106.

- Machado, J. L. M., Caldas Jr., A. L., & Bortoncello, N. M. F. (1997, agosto). Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 1(1), 147-56.
- Machado, R. (1891). *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.
- Mamede, S., et al. (Orgs.). (2001). *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. São Paulo: Hucitec; Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Mattos, R. A. de. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.
- Merhy, E. E. (1990, dezembro). A mutilação da lei orgânica da saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. *Saúde em Debate*, (30), 8-9.
- Merhy, E. E. (1995). *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde* (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). Rio de Janeiro: CEBES.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC.
- Ministério da Educação, Universidade Federal de Santa Maria. (2009). Edital nº 018, de 10 de março de 2009. *Processo Seletivo para ingresso na Residência Integrada em Sistema Público de Saúde – RMISPS*. Recuperado em 15 de dezembro de 2009, de <http://sucuri.cpd.ufsm.br/editais/pdf/edital1628.pdf>.
- Ministério da Saúde (1993). Coordenação Geral de desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Cadernos RH Saúde: a questão dos recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde*, 1(1). Brasília: Ministério da Saúde, CDDRH/SUS.
- Moreira, D. W. M. (2002, janeiro/junho). ESP/RS: 40 anos de Educação em Saúde Pública no Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde*, 16(1), 127-43.
- Naffat Neto, A. (1991). *O inconsciente como potência subversiva*. São Paulo: Escuta.
- Nietzsche, F. W. (2008). *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. (17a ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Nunes, C. R. M., Machado, G. S., & Bellini, M. I. B. (2003, dezembro). A qualificação e a contribuição do processo de trabalho dos Assistentes Sociais no campo da saúde mental. *Revista Virtual Textos & Contextos*, (2). Recuperado em 21 de outubro de 2009, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/961/741>.

- Nunes, E. D. (1994). Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, 3(2), 5-21.
- Oliveira, J. A. (1988, julho/setembro). A saúde pública hoje: notas para um debate sobre a conjuntura em saúde e a situação da ENSP ao seu interior. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(3), 326-333.
- OPAS. (1976). *Enseñanza de la medicina preventiva y social – 20 años de experiencia latinoamericana*. Washington, D. C. (OPS – Publ. Cient. 234).
- OPAS. (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Recuperado em 25 de julho de 2009, de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
- Pasche, D. (2006). Equipe, um mais um é sempre mais do que dois. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Café com idéias: as idéias do café: volume 2/2006 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Passos, E. (2002). *Por uma clínica do social: relações entre a esfera pública e a esfera privada na psicologia*. Curso de Extensão ministrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia – Faculdade de Psicologia – PUCRS, Porto Alegre, 21 e 22 de março. Impresso.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2004, janeiro/junho). Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Revista Lugar Comum*, (19-20).
- Passos, E., & Barros, R. B. B. (2009). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup & L. Escóssia (Orgs.). *Pistas do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E., & Eirado, A. (2009). Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). *Pistas do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs.). (2009). *Pistas do método cartográfico: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Pasini, V. L. (1997). *Encontros e desencontros: a construção das máscaras do amor na contemporaneidade*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS.
- Pierantoni, C. R. (2001). As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), 341-361.

- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. (2007). Site da PUCRS. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde PREMUS / PUCRS. *Manual do Candidato*. Recuperado em 17 de dezembro de 2009, de http://www.pucrs.br/premus/manual_premus.pdf.
- Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. PREMUS (2009). Site da PUC/RS. PREMUS. *Página inicial*. Recuperado em 11 de agosto de 2009, de <http://www.pucrs.br/premus2009/?p=capa>.
- Ramos, H. C. da L. (2005). De Golberri a Lula: olhares sobre a redemocratização no Brasil. In Y. Acosta & J. De La Fuente (Orgs.). *Sociedade Civil, democracia e integración*. Santiago do Chile: Ediciones UCSH.
- Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva (2008). Recuperado em 23 de maio de 2009, de <http://www.faurgs.ufrgs.br/CONCURSOS/FACED0108/FACED0108Edital.pdf>.
- Rio Grande do Sul. (1975). Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Centro Médico Social São José do Murialdo. *Projeto de um sistema de saúde comunitária*. Porto Alegre.
- Rolnik, S. (1989). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Rolnik, S. (1993, setembro/fevereiro). Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/ política. *Cadernos de Subjetividade*, 1(2), 241-251.
- Roncalli, A. G. (2002). O desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In A. C. Pereira, et al. *Saúde Bucal Coletiva*. Porto Alegre: Artmed. Recuperado em 10 de novembro de 2008, de http://www.icbs.pucminas.br/arq/textos/pol_sau_sus.pdf.
- Scatena, J. H. G., & Tanaka, O. Y. (2001). Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*, 10(2), 47-74.
- Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. (1999). *Portaria nº 16/99*. Institui o programa de Residência Integrada em Saúde. Recuperado em 19 de junho de 2009, de http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1_16portaria016.pdf.
- Santos, B. de S. (2009). *Um discurso sobre as ciências*. (6a ed.). São Paulo: Cortês.
- Seixas, R. (1974). Prelúdio. In *Gita*. Rio de Janeiro: Philips/Phonogram. CD.
- Silva Jr., J. dos R. (2002). *Reforma do Estado e da educação no Brasil de FHC*. São Paulo: Xamã.
- Simondon, G. (1964). *Introdução de L'individu et su genèse psysico-biologique*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Schöpke, R. (2004). *Por uma filosofia da diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade*. Rio de Janeiro: Contraponto; São Paulo: Edusp.
- Starfield B, *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
- Uebel, A. C., Rocha, C. M., & Mello, V. R. C. (2003). Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde-Escola Murialdo. *Boletim da Saúde*, 17(1), 117-23.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (2008). Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde. *Processo Seletivo Público – Edital nº 01/2008*.
- Wood, D. F. (2003). *ABC of Learning and Teaching in Medicine: Problem Based Learning*, BMJ, Vol. 326.
- Wottrich, S. H., Souza, A. L., Seelig, C., et al. (2007, junho). Formação em serviço: um relato de experiência da inserção da psicologia no Programa de Residência Integrada em Saúde no Instituto de Cardiologia do RS. *Revista da SBPH*, 10(1), 111-25.

ANEXO I – PARECER AO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Tron, 536
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.116/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.126/0001-76

HOSPITAL FÉMINA S.A.
Rua Mostardão, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.5200
CNPJ: 92.883.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária analisou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 09-130

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

NEUZA MARIA DE FÁTIMA GUARESCHI

VERA LÚCIA PASINI

Título: Entre "residir" e "resistir": os desafios da formação em residências multiprofissionais em saúde.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 26 de agosto de 2009.


Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador do CEP