



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAROLINA PEREIRA LOBATO

**FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA CARTOGRAFIA DA DIMENSÃO POLÍTICA**

Londrina
2010

CAROLINA PEREIRA LOBATO

**FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA CARTOGRAFIA DA DIMENSÃO POLÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof. Dra. Regina Melchior

Londrina
2010

CAROLINA PEREIRA LOBATO

**FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA CARTOGRAFIA DA DIMENSÃO POLÍTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora:

Prof. Dra. Regina Melchior

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Doutora Laura Macruz Feuerwerker
Universidade de São Paulo

Professora Doutora Elisabete de Fátima Pólo de Almeida
Nunes
Universidade Estadual de Londrina

Professora Doutora Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 28 de junho de 2010.

Ao meu amigo-irmão Juliano Kreutz.

*Meu agradecimento
pelo companheirismo e aprendizado
em todos os anos de convivência.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela nova oportunidade para acertar.

A minha mãe Lídia, meu incentivo para prosseguir. Responsável por tudo. Presente em todos os momentos. Teu amor é muito importante para continuar a caminhada.

A minha irmã Luciana, minha mana-mãe. Agradeço por existires na minha vida. Simplesmente. Te quero sempre bem pertinho de mim.

Ao meu pai Rogério, pela musicalidade e poesia. Obrigada pela vida e pela oportunidade de buscar compreender as diferenças.

A minha irmã Alessandra, exemplo de determinação e garra. Pelo que és, te amo.

Aos meus sobrinhos lindos Mariana e Caíque, agradeço pela leveza e alegria nos momentos em família. Vocês são motivos de orgulho pra *titia*.

À minha orientadora Regina Melchior, por ter aceitado embarcar nesta aventura comigo. Agradeço a Deus por tê-la colocado no meu caminho. Pela confiança desde o início, pela tranqüilidade, pelo apoio. Muito obrigada.

À Rossana Baduy, meu presente. Pelas leituras certas, pelas dicas, pela oportunidade *dos encontros*. Toda minha admiração e carinho. Agradeço por tudo.

Às professoras Laura Feuerwerker e Fátima Nunes, banca examinadora deste trabalho. Vocês foram fundamentais para sua elaboração.

Ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos, em especial à Marilda Oliveira, pela oportunidade da *convivência* e por aceitar o estudo.

Aos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos, em especial Américo Mori, Guilherme Salgado, Bruno Brechara, Lara Paixão, Renata Lúpulu, Lucas Bronzatto. Obrigada pela acolhida e pelo aprendizado. Nos encontramos nas rodas do SUS!!

Aos professores e colegas do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, em especial às colegas e amigas Maria Evanir Ferreira e Maira Bortoletto. Tão diferentes, tão amadas. Obrigada pelos memoráveis momentos de reflexão e risadas. Aprendi muito com vocês.

Aos dabianos da Bahia, pelo amadurecimento político e pela busca (permanente) da co-gestão. Em especial, agradeço à **Caroline Duarte** pelo convite à militância no SUS Bahia.

Ao Régis, companheiro desta e de outras vidas. Obrigada pelos afagos e incentivo.

Às minhas manas baianas, Rebeca Barros (a Bequinha), Letícia Falleiro (a Léééti), Patrícia Dias (minha Rainha), Lígia Trevisan (a nêga), Maria Lia Zerbini (a Mama) e Caroline Duarte (meu rouxinol), pela compreensão das minhas ausências, pelo carinho e café sempre fresquinho. Amo cada uma. Obrigada por estarem na minha vida.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação.

**“Dirigimo-nos aos inconscientes
que protestam.
Procuramos aliados.
Precisamos de aliados.
E temos a impressão de que esses
aliados já existem, de que não
esperam por nós, de que há muita
gente que está farta, que pensa,
sente e trabalha em direções
análogas:
nada a ver com moda, mas com
um ‘ar do tempo’ mais profundo, no
qual se fazem investigações
convergentes em domínios muito
diversos”.**
Deleuze e Guattari

LOBATO, Carolina Pereira. **Formação dos Trabalhadores da Saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma cartografia da dimensão política.** Londrina, Paraná, 2010. 117p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

RESUMO

No intuito de colaborar com o debate das Residências Multiprofissionais em Saúde, o presente estudo buscou compreender, através do olhar cartográfico, de que forma a residência contempla a dimensão política na formação dos trabalhadores. Fala-se da dimensão política como reconhecimento das relações de poder existentes na formação dos trabalhadores e lugar em que as intencionalidades da formação se explicitam. É nesta dimensão que a função social do trabalhador e das instituições formadoras pode ser debatida, sendo lugar de disputa dos projetos de saúde e sociedade colocados em pauta pelos sujeitos em formação. Para tanto, vivenciou-se o processo educativo de um programa de residência no interior de São Paulo. A experiência ocorreu em janeiro e fevereiro de 2009. Além dos diários de bordo, foram realizadas entrevistas a 14 sujeitos envolvidos no processo educativo, bem como análise de alguns documentos oficiais relacionados ao Programa e às Residências Multiprofissionais em Saúde. A análise foi dividida em três cartografias: *cartografia da dimensão política nas relações nas práticas pedagógicas, nas relações nas práticas de gestão e nas relações no cuidado*. Para a compreensão de como a Residência contempla a politicidade na formação, analisaram-se alguns acontecimentos de um território vivo reconhecendo as linhas de força presentes nos encontros entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado e na produção pedagógica na formação dos trabalhadores da saúde. Seja na micropolítica dos serviços, da relação entre educadores e educandos nos espaços pedagógicos, ou na macropolítica, nos rumos da Política de Educação Permanente no Brasil, reconhecer os interesses em disputa e as relações de poder existentes se faz necessário. Para tanto, os processos educativos devem considerar as linhas de força que disputam os diversos projetos de saúde e de sociedade que permeiam os discursos e práticas. Ressalta-se, assim, a necessidade de formar agentes micropolíticos para o fortalecimento do SUS, tanto para disputar a qualificação das práticas no mundo do cuidado como para tensionar o fortalecimento do SUS como política pública. Neste sentido, as residências podem ser potentes dispositivos para a formação do trabalhador da saúde em defesa do SUS.

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação, Relações de poder.

LOBATO, Carolina Pereira. **Training of Health Workers in the Multiprofessional Residence in Family Health Program: a cartography of the political dimension.** Londrina, Paraná, 2010. 117p. Dissertation (Master Degree in Collective Health) – Londrina State University.

ABSTRACT

To contribute to the discussion about Multiprofessional Residency Programs in Health, the purpose of this study was to comprehend, through a cartographic view, in what ways a Residency Program contemplates the political aspect in the education of health workers. The political aspect encompasses the recognition of power relationships that exist in health workers education, as well as the place where education intentionalities become explicit. Within this aspect the social role of workers and educational institutions can be debated. This space allows the dispute between health projects and society, which are brought up by the subjects undergoing education process. We experienced the education process of a Residency Program in Sao Paulo state. The experience took place in January and February of 2009. Data was collected from diary notes and interviews with 14 subjects involved in the education process, as well as from the analysis of official documents related to the Program and to the Multiprofessional Residency Programs in Health. The results were sorted into three cartographies: *cartography of the political aspect in pedagogical practices relationships, in management practices relationships, and in care relationships*. To comprehend how the Residency Program contemplates the “politicity” in education, we analyzed some facts happened in a live territory by recognizing the lines of force existent at the meetings with the subjects involved in care and pedagogical production related to health workers education. It is necessary to recognize the actual conflicting interests and the power relationships in the micro politics of the services, in the relationship between teachers and learners at pedagogic spaces; or even in macro politics, in the guidelines of the Permanent Education Policy in Brazil. In order to do so, the education processes must take into consideration the lines of force that dispute several health and society projects underlining ideas and practices. Hence, we highlight the need to educate micro political agents to strengthen the Single Health Service (SHS). This will contribute for the qualification of practices in care, as well as the improvement of SHS as a public policy. In this context, the Residency Programs may be potent tools for the education of health workers in favor of SHS.

Key-words: Permanent Education in Health, Education, Power Relationship.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2. FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE	19
2.1 A DIMENSÃO POLÍTICA DA FORMAÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE	23
2.2 TRABALHADOR DA SAÚDE: AGENTE MICROPOLÍTICO NA CONSTRUÇÃO DO SUS.....	27
3. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE PRÁTICAS REAIS	31
3.1 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA NA FORMAÇÃO	33
4. OBJETIVOS	37
5. A ESCOLHA DOS CAMINHOS	40
5.1 A ESCOLHA DO TERRITÓRIO	40
5.2 A ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS.....	41
6. VIVÊNCIA INSTITUCIONAL	46
6.1 O CONTEXTO DA VIVÊNCIA: COMPREENDENDO O CENÁRIO	47
6.2 CONHECENDO O TERRITÓRIO E SEUS SUJEITOS	51
6.2.1 São Carlos e a organização da rede de atenção á saúde	51
6.2.2 UFSCar, a Residência e a relação com a rede de atenção à saúde	52
6.2.3 O Programa de Residência e seus sujeitos.....	54
6.3 OS TERRITÓRIOS DE ANÁLISE: POTÊNCIAS PARA A DIMENSÃO POLÍTICA	57
6.4 CARTOGRAFIA DAS POTÊNCIAS PARA A DIMENSÃO POLÍTICA NAS RELAÇÕES NA PRÁTICA PEDAGÓGICA	59
6.4.1 Elementos para a produção da Cartografia.....	60
6.4.2 A produção da cartografia: compreendendo as linhas de força	65
6.5 CARTOGRAFIA DAS POTÊNCIAS PARA A DIMENSÃO POLÍTICA NAS RELAÇÕES NOS ESPAÇOS DE GESTÃO	76
6.5.1 Elementos para a produção da Cartografia	77
6.5.2 A Produção da Cartografia: uma análise a partir da co-gestão e da participação... ..	79
6.6 CARTOGRAFIA DAS POTÊNCIAS PARA A DIMENSÃO POLÍTICA NAS RELAÇÕES NAS PRÁTICAS DO CUIDADO	84
6.6.1 Elementos para a produção da Cartografia	84

6.6.2 A Produção da Cartografia: Residência como dispositivo para mudança de práticas.....	87
7. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES...	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
APÊNDICE	109
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA – PRECEPTORES, TUTORES E RESIDENTES DE 2º ANO:	111
ANEXOS	112
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	113
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS	114
ANEXO C – MANIFESTO MOBILIZA-RES.....	115
ANEXO D – DOCUMENTO PARALISAÇÃO DAS ATIVIDADES – MOBILIZA-RES	117

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1** - SISTEMATIZAÇÃO DAS BASES LEGAIS DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE..... **35**
- FIGURA 2** - VAGAS OFERTADAS NA PRIMEIRA TURMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, SEGUNDO PROFISSÃO DE SAÚDE E TIPO DE EQUIPE **54**
- FIGURA 3** - CARACTERIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL DOS PRECEPTORES, TUTORES E COORDENAÇÃO DO PROGRAMA, SUJEITOS DA PESQUISA **56**
- FIGURA 4** - CARACTERIZAÇÃO DA TRAJETÓRIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL DOS RESIDENTES, SUJEITOS DA PESQUISA **57**
- FIGURA 5** - GRADE SEMANAL DE ATIVIDADES DOS RESIDENTES DO 1º ANO (TURMA 2007-2009) **85**
- FIGURA 6** - GRADE SEMANAL DE ATIVIDADES DOS RESIDENTES DO 2º ANO (TURMA 2007-2009) **86**



*“Caminhos não há, mas os pés
na grama os inventarão.
Aqui se inicia uma viagem
clara para a encantação”*

*(Ferreira Gullar – Poemas
Portugueses)*

1 APRESENTAÇÃO

A palavra *encantação* significa *encantamento pela carne*. É isso. Expressão exata do que gostaria de imprimir nestes primeiros escritos em que relato a minha *viagem*, as escolhas, as escolas. Apresento os caminhos e os pressupostos que me acompanharam na experimentação institucional que compartilho a seguir. Trata-se, então, de um breve relato do processo de *afetivação* e de *encantações* durante a caminhada.

Há nove anos, ingressei na universidade. Não sabia exatamente os caminhos que trilharia. Mas, pautei minhas escolhas no entendimento de que o homem, ao tornar-se profissional, reforça seu compromisso com a realidade e com os outros homens. Desde o início do “curso”, a participação em projetos de pesquisa e de extensão, apontou minha vontade em desvelar realidades para, assim, conhecer as relações que se estabeleciam e condicionavam o *andar a vida* das pessoas.

Ainda na universidade, destaco a participação no movimento estudantil. Nos momentos de discussão sobre SUS e outras conjunturas, trocamos experiências, sonhos, utopias. Além da participação no Diretório Acadêmico, estudantes de vários núcleos de conhecimento e instituições, construímos o Fórum Integrado do Movimento Estudantil Santamariense da Saúde, o FIMESS, coletivo organizado de *gente estudante* em movimento, no interior do Rio Grande do Sul.

A gestão foi outra etapa importante da graduação. No último ano, optei por estagiar na Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde por entender que seria fundamental compreender a estruturação e organização do SUS,

como uma das instâncias de enfrentamento dos problemas de saúde individuais e coletivos.

Mas, poderiam perguntar, de onde o interesse pela dimensão política da formação do trabalhador da saúde? Por que estudar o tema em um curso de Mestrado em Saúde Coletiva? E por fim, por que estudar as Residências Multiprofissionais em Saúde?

No primeiro questionamento, acredito que “sendo a formação uma tarefa socialmente necessária, ela deve guardar para com a sociedade compromissos ético-políticos” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p. 49). Como Freire (1983) e Guattari & Rolnik (2007), entendo que os trabalhadores podem desempenhar um papel de compromisso e de transformação com a sociedade ou podem assumir papel de reprodução e/ou conservação de modelos que não permitam a criação de novas saídas. Logicamente que isto dependerá de vários fatores. Dos desejos e interesses individuais, dos contatos e contextos vivenciados por cada um, dos processos educativos prévios, da relação com o outro, com o mundo, com vida, com o acaso. Em diversas direções e conexões.

O interesse em estudar a dimensão política da formação dos residentes surgiu da minha vivência, há três anos, como residente em um tradicional programa do sul do país. Além da escolha pela vivência como trabalhador-residente, primeira experiência profissional, pude compartilhar as discussões junto ao Movimento Nacional de Residentes, anos de grandes conquistas para fortalecimento e visibilidade das Residências e do próprio Movimento.

Desta vivência, ficaram marcas e vontades. Vontade de compreender de que forma esta experiência me formou politicamente e de que forma a Residência pode contemplar esta dimensão na formação dos trabalhadores da saúde. Quais seriam suas potências?

Além da vivência como trabalhador-residente-militante, experienciar o cuidado como enfermeira numa equipe de Saúde da Família, em um município de grande porte, logo após o término da Residência, também foi motivador para a escolha do tema. Ao sair da pós-graduação, cheia de desejos e utopias, com teorias

sobre organização do processo de trabalho, práticas intersetoriais e multidisciplinares, enfrentei grande resistência dos trabalhadores da equipe e gestão a outras formas de ver e vivenciar o cuidado.

Questionamento dois: porque Mestrado em Saúde Coletiva? “Porque nada é indiferente na luta pela consolidação do SUS” (FEUERWERKER, 2005, p.01). Visto que, ainda “não se atribui à política de educação um papel estruturante no sistema (FEUERWERKER, 2005, p.500) e “o SUS pede atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado (FEUERWERKER, 2005, p.502). Pergunto: qual a contribuição dos processos educativos formais na formação dos trabalhadores para o SUS? Que profissionais estão sendo formados? Logo, problematizar a formação dos trabalhadores se faz necessário. Para tanto, defendo que toda a pesquisa tem caráter político na medida em que

“tem a ver com o poder em sua dimensão de técnicas de subjetivação (...). Dizer que a prática da análise é política tem a ver com o fato de que ela participa da ampliação do alcance do desejo, precisamente em seu caráter de produtor de artifício, ou seja, de produtor de sociedade” (ROLNIK, 2006, p. 70).

Ceccim (2009) comentando Dallegrave (2008) afirma que a partir de julho de 2005, saiu da cena uma gestão com um discurso das Residências Multiprofissionais em comunicação com o controle social e a participação popular e entra em cena um discurso das residências multiprofissionais *role-models*. Sai o discurso da *singularização* (locorregional e por diversificação de cenários), entra o discurso da *serialização*: programas de formação em massa.

Assim, no momento em que as Residências Multiprofissionais não são mais prioridade para o Ministério da Saúde para a qualificação do trabalhador, verificada pelos rumos da Política de Educação Permanente nos últimos cinco anos, faz-se necessário trazer para o plano de evidência o debate sobre as potências desta modalidade de formação na mudança de práticas no mundo do trabalho.

Ao buscar a história das Residências Multiprofissionais no Brasil, viu-se que somente quando instituída a Política de Educação Permanente, elas tornaram-se

aposta estratégica do Governo Federal, com incentivo financeiro, ampliação e qualificação dos Programas no Brasil.

Para tanto, estes escritos buscarão contribuir no debate sobre as Residências Multiprofissionais no Brasil, apresentando alguns elementos que podem apontar para a necessidade de explicitação de intencionalidades da formação do trabalhador da saúde no Brasil. No caso, através das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, apresentar suas possibilidades, potências, devires.

Nos primeiros capítulos, me localizo teoricamente. Acredito que haja opção política, também, na escolha dos autores que dialogarão com os dados produzidos na vivência. Portanto, falo do processo educativo de trabalhadores da saúde, de poder, de micropolítica, de intencionalidades. Após, apresento o território e seus sujeitos, e as potencialidades para a dimensão política da formação dos trabalhadores na Residência Multiprofissional em Saúde da Família nas relações pedagógicas, nas relações nos processos de gestão nas Residências, além da contribuição das relações estabelecidas nas práticas no cuidado.

Assim, este estudo consiste em uma vivência-aventura no cotidiano do processo educativo de um curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, visando o reconhecimento atento da rede de relações que se estabeleciam entre os vários atores na instituição e como os sujeitos se constituíram nestes encontros.



“Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na produção do saber, nas práticas docentes, nas relações entre professores e estudantes, nas relações de poder entre departamentos e disciplinas, nas práticas clínicas. (...) São, portanto, mudanças profundas que implicam a transformação não somente de concepções e práticas, mas também de relações de poder”
(FEUERWERKER & PEREIRA, S.l.:s.n, 20--).

2 FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Todas as ações educativas se dão de forma intencional e nas relações sociais. A educação, sendo construção humana, é um ato político (FREIRE, 2007; GADOTTI, 2004). Para tanto, evidencia-se a necessidade de “questionar-se acerca do direcionamento político com que se comprometem *tais* práticas” (FREITAS, 2004, p.77). Deve-se, para tanto, buscar compreender e problematizar de que forma, nas práticas educativas, os saberes são construídos e funcionam na relação entre os sujeitos e estes com o mundo.

Ao analisar a formação dos trabalhadores da saúde entende-se que, ainda, haja “um hiato entre o que a sociedade demanda e o que as instituições formadoras oferecem” (COLETIVO NACIONAL DE RESIDENTES, 2006, p.01). Entretanto, pergunta-se como pode a formação co-laborar para que se atente “ao desenvolvimento de práticas orientadas por uma consciência democrática que, simultaneamente, denuncie a realidade excludente, anuncie nova possibilidade e comprometa-se com sua transformação” (FREITAS, 2004, p.77)?

Para isso, para a formação dos trabalhadores da saúde, Feuerwerker (2002, p.02) ressalta que

“processos profundos de transformação na formação são complexos, envolvem mudanças conceituais, de posturas, de lugares e de relações institucionais, envolvem o enfrentamento de conhecimentos e valores cristalizados, hegemônicos, envolvem a construção de alternativas que não estão dadas. São processos que implicam conflitos, pressões e confrontações permanentes e que estão sob risco o tempo todo”.

Neste sentido, diversas iniciativas têm sido construídas com o intuito de integrar atores sociais à discussão, ressaltando a importância das mudanças na formação dos trabalhadores para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, para operar mudanças, é preciso reconhecer a existência dos campos de tensão que envolvem a formação destes trabalhadores: as tendências reprodutoras do *status quo* e as que impulsionam a mudança e a transformação de práticas (FEUERWERKER, 2002). Freire (1987) apresenta duas concepções e práticas de educação que podem dialogar com estas tendências respectivamente: a bancária e a libertadora.

Na concepção bancária de educação, como prática de reprodução do instituído, Freire (1987) afirma que às práticas respaldadas por esta concepção, resguardam-se claros obstáculos ao pensar autêntico e crítico dos educandos. A educação bancária assenta-se numa concepção de ensino baseada na experiência do professor, na supervalorização do conteúdo, em relações antidialógicas no processo educativo e na transferência de valores aos educandos.

Já na concepção libertadora, Freire reconhece que a educação se (*re*)faz na práxis, na reflexão sobre a ação dos homens *no* e *com* o mundo e este como mediatizador dos sujeitos cognoscentes, nos encontros. Assim, sendo “um ato de intervenção no mundo” (1996, p.122), a educação libertadora está ligada a uma perspectiva crítica de compreensão da realidade (FREITAS, 2004). Para Freire (1979, p.40),

“a realidade não pode ser modificada, senão quando o homem descobre que é modificável e que ele pode fazê-lo. É preciso (...) antes de tudo provocar uma atitude crítica, de reflexão, que comprometa a ação”.

O processo de construção da criticidade implica a assunção de que, compreendendo a realidade, pode contribuir para sua transformação à medida que transforma também a si mesmo. Para tanto, entende-se realidade não como “um dado externo a ser acessado pela razão, mas sim, o resultado de uma construção interessada” (VEIGA-NETO, 2003, p.60). Não existindo apenas uma única leitura

profunda da realidade “com o fim de desvelar a essência de seu significado” (VEIGA NETO, 2003, p.60).

Neste sentido, a criticidade pode ser construída a partir de diversos campos semióticos. Depende da análise das necessidades apreciadas a partir da inserção dos sujeitos, do *tempo-lugar* nas relações, nos encontros com outros sujeitos, em diversas conexões. A criticidade, assim colocada, aproxima-se do conceito de auto-análise, pois ela

“consiste em que as comunidades, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, podem enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento. (...) não se trata de que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhe quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir ou o que podem ou não conseguir. (...) ela (*a auto-análise*) é elaborada no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado” (BAREMBLITT, 2002, p.17).

Com isso, a auto-análise possibilita a produção de um saber, de um conhecimento acerca dos problemas, das próprias condições de vida, das necessidades, mas para que seja praticada necessita construir dispositivos nos quais

“essa produção seja realizável. (...) organizar-se em grupos de discussão, (...) dar condições para produzir esse saber e para desmistificar o saber dominante” (BAREMBLITT, 2002 p.19).

Assim, a problematização pode ser potente no processo de desmistificação e reflexão, pois não se trata de, através dela, unificar as visões de mundo e as maneiras de operar nele, ou adotar um discurso maniqueísta, mas de recusar as verdades absolutas, as leituras *unas* sobre a realidade, ir além das lógicas binárias opositivas. É habitar na lógica do “*entre*”.

Para Freire & Shor (1986), a criticidade, como construção processual e permanente do conhecimento da realidade, consiste na articulação de três dimensões: a dimensão epistemológica, a dimensão estética e a dimensão política. A epistemológica inscreve-se na busca inquietada “pela compreensão dos fatos,

ultrapassando os limites da cotidianidade e exigindo que o pensamento opere epistemologicamente” (FREITAS, 2004, p.73). A segunda dimensão, expressa o entendimento de Freire sobre a importância da subjetividade na relação que se estabelece entre criticidade e construção do conhecimento. Considera que “a criticização do conhecimento amplia-se à medida que se orienta na perspectiva do desenvolvimento da criatividade” (FREITAS, 2004, p.125). Já a dimensão política, foco deste trabalho e sobre a qual discorreremos a seguir, orientaria a intencionalidade das demais dimensões, além de perpassar pela reinvenção das relações de participação e decisão nos espaços pedagógicos.

Mas como tais dimensões podem ser contempladas na formação dos trabalhadores da saúde? Sabe-se que, atualmente, vários processos educativos dos trabalhadores, apóiam-se na discussão das competências¹. O desenvolvimento destas envolveria a mobilização de vários domínios de aprendizagem. Na literatura encontramos diferentes categorizações, mas para este estudo delimitaremos em: habilidades (psicomotora), conhecimentos (cognitiva) e atitudes (afetiva) (FEUERWERKER, 2002). As três são interdependentes e podem ser trabalhadas de acordo com as características específicas de cada situação de aprendizagem. Porém, tem-se observado na formação em saúde a priorização do domínio cognitivo e psicomotor em detrimento do atitudinal (PRADO & GARRAFA, 2006).

Nas perspectivas para além de uma formação técnica, Ceccim & Feuerwerker (2004, p.43) corroboram que

“a atualização técnica-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção da subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS”.

Igualmente, “formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas” (FREIRE, 1996, p.14). Prado & Garrafa (2006, p.265)

¹ Competência como “capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural” (TANGUY apud MOTTA, 2010, p.03)

afirmam que a formação dos trabalhadores da saúde passou a ser reestruturada , “no que tange a conteúdos e a metodologias de ensino, com vistas a um melhor desenvolvimento de competências e habilidades”, mas pouco se tem discutido sobre quais as intencionalidades de tal formação.

Neste estudo, priorizaremos a análise do domínio atitudinal. Mais especificamente, a dimensão política da formação dos trabalhadores. Uma vez que “transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudança nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p.50), pois, “temos como desafio procurar politizar o cotidiano com a produção de sujeitos políticos (...) politizar os processos nos quais os interesses se explicitam, se organizam e agem. E nos quais as “subjetivações” se produzem” (MERHY & ONOCKO, 2002, p.14).

2.1 A DIMENSÃO POLÍTICA DA FORMAÇÃO DO TRABALHADOR DA SAÚDE

São várias as interpretações sobre o reconhecimento da dimensão política nos processos educativos. Nestes escritos, fala-se da dimensão política que reconhece as relações de poder existentes na formação dos trabalhadores. Além do poder, é na dimensão política que as intencionalidades da formação dos trabalhadores se explicitam. É nela que a função social do trabalhador e das instituições formadoras pode ser debatida, sendo lugar de disputa dos projetos de saúde e sociedade colocados em pauta pelos sujeitos do processo educativo.

A dimensão política se encontra no “reconhecimento da ação educativa como processo histórico que possibilita dar consciência aos exercícios de poder que se efetivam” (MASETTO apud GIARETA & MENEGHEL, 2008, p.01). É entendida para além da educação para a política, mas como dimensão para a educação política, enquanto desvelamento das relações de poder que atravessam a nossa ação como sujeitos.

Assim, não se trata de cooptação destes trabalhadores a valores ou apegos militantes de determinadas opções políticas ou leituras de mundo, ou da formação

de trabalhadores morais (CECÍLIO, 2007). Mas da celebração de práticas que possibilitem novas formas de interação entre educadores e educandos, trabalhadores em formação, e reconheçam a politicidade como parte dela.

Não se busca identificar como superpolitizar os trabalhadores da saúde, até porque “na prática, a superpolitização funciona ao contrário: repele os que teriam alguma chance de se politizar, portanto, de desenvolver sua postura crítica do mundo em que vivem” (GADOTTI, 1988, p. 95). Mas de considerar a politicidade como um dos componentes da formação. Demo (2002, p.11) diz que a politicidade

“é a habilidade humana de saber pensar e intervir, no sentido de atingir níveis crescentes de autonomia individual e coletiva. (...) é menos a capacidade de alargar limites dados do que a habilidade de se confrontar com limites impostos. (...) trata-se de processo interminável de conquista, como é a participação”.

No entanto, o mesmo autor explicita que a politicidade, como exercício de poder, não pode evocar apenas o seu “lado bom”, pois “na estrutura, o poder é sempre o mesmo – um fenômeno de privilegiamento, no qual alguns exploram muitos; na história, o poder pode ser democrático e solidário” (DEMO, 2002, p.13) através do reconhecimento (do saber) do outro nas relações.

Sabe-se que há vários entendimentos sobre o uso do poder dentro das instituições. Mas se a dimensão política trata do seu exercício, faz-se necessário conceituá-lo. Assim, encontram-se algumas abordagens predominantes sobre o tema. As correntes funcionalistas e as críticas, por exemplo. As primeiras consideram o poder como algo que deva ser suprimido na dinâmica das instituições pelo caráter disfuncional e desagregador que encerram (CAPELLE *et al.*, 2005). Neste sentido, defendem que não há lugar para as divergências e para interesses alheios aos pressupostos dos dirigentes das organizações.

Já a corrente crítica dos estudos sobre o poder reconhece a existência de conflitos de interesses nas organizações (CAPELLE *et al.*, 2005). Nesta, acredita-se na possibilidade da manifestação da resistência, pois “mesmo que seja em grau mínimo, (*a ação humana*) possui algum sentido de liberdade” (MELO apud CAPELLE

et al., 2005, p.357). Mas nas duas correntes o poder é encarado como algo que se possui, que não circula e, normalmente, é legitimado pela coerção, exercício do autoritarismo e pela manipulação dos trabalhadores pelos *detentores do poder*.

Entretanto, é com o conceito de poder cunhado por Foucault que este estudo dialogará. Para o autor, o poder é algo difuso e dinâmico, pois relativiza a idéia dos dominadores e dominados. É “o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte” (FOUCAULT, 1988, p.88). Deve, assim, ser analisado no seu exercício, na correlação de forças, na sua micropolítica (FOUCAULT, 1979) em seus efeitos “periféricos”. Machado (2002, p.XIV) escrevendo sobre Foucault afirma que

“o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social”.

O mesmo autor ressalta que não se pode explicar inteiramente o poder quando caracterizamos apenas por sua função repressiva. Diz: “é preciso refletir sobre seu lado positivo, isto é, produtivo, transformador. (...) o poder possui uma riqueza estratégica” (2002, p.XVI). Esta afirmação remete à produção do novo, do instituinte.

Ainda, Foucault (1988, p.91) afirma que “onde há poder há resistência e, no entanto esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder”. Na resistência podem acontecer rupturas ao instituído que desarticulam os traçados e operam aberturas para as singularidades diferenciais afirmativas e criativas dos sujeitos, as linhas de fuga.

Neste sentido, Campos (2000, p.117) questiona: “vale a pena acrescentar mais uma dimensão ao conceito de poder? Imaginar o poder como capacidade de se produzirem valores de uso e necessidades”, possibilitando a recriação das relações e a constituição de sujeitos? Para isso, o autor defende a democratização das relações e decisões para se reconstruir os modos de se fazer política. Sugere, como diretriz

metodológica, “a instalação deliberada de processos que objetivem a criação de Espaços Coletivos” (p.42), como uma nova lógica da distribuição do poder dentro das instituições.

Campos (2007) propôs um método para análise e co-gestão de coletivos que se baseia em dois eixos. Um deles é a democratização das organizações mediante a constituição de sistemas de co-gestão². O outro eixo é a co-constituição de trabalhadores com capacidade de articular os próprios valores e interesses com a racionalidade dos outros, do coletivo e das organizações.

Destaca a criação de espaços coletivos democráticos, “onde de fato se tomem decisões, se negociem conflitos e se projetem reformas estruturais” (CAMPOS, 2000, p.48). Ressalta três funções básicas destes espaços, a saber: a clássica, que administra e planeja processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; a política, como forma de alterar relações de poder e construir democracia institucional e a pedagógica e terapêutica, tendo em vista a capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos.

Assim, tendo em vista que todo o processo educacional é um processo de influência, um jogo de poder (DEMO, 2006), trata-se de valorizar os espaços democráticos (ou a luta por eles) como espaços privilegiados para a construção de novas realidades e de novas subjetividades.

Contemplar a dimensão política na formação dos trabalhadores implica em mudanças na construção de sujeitos, capazes de desencadear “um intenso movimento de forças criativas, mobilizando energias e propostas inovadoras” (MALTA & MERHY, 2003, p.64). E a

“base dessa proposta de mudança é a democratização, um produto social que se constrói por meio da intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, da mudança dos poderes instituídos, da capacidade de se construir espaços de poder compartilhado” (FEUERWERKER, 2002, p.20).

² Entende que a co-gestão é um movimento político, de desconcentração do poder em organizações que somente ocorrerá quando trabalhadores tenham potência para disputá-lo (CAMPOS, 2000)

Novas conformações organizacionais, mais democráticas, podem co-laborar na produção de novos sujeitos e coletivos, mais comprometidos ético-politicamente, que ajam como agentes micropolíticos da construção do SUS (CAMPOS, 1997; MERHY, 2002).

2.2 TRABALHADOR DA SAÚDE: AGENTE MICROPOLÍTICO NA CONSTRUÇÃO DO SUS

É nesse contexto, de produção de novos sujeitos e coletivos, que a pauta da formação dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde se insere. A implementação do SUS precisa avançar e, para tanto, processos educativos coerentes com a mudança no fazer profissional se fazem necessários. Impõe-se como desafio para gestores, instituições de ensino e controle social *transformar* técnicos em agentes micropolíticos na produção de saúde e implicados na construção do SUS. Por sujeitos implicados entende-se “militantes sócio-políticos da vida cotidiana, pessoas *sentipensantes*” (FAGUNDES, 2006, p.93). A implicação deve ser entendida como aprendizagem desejante, comprometida. Algo que mobiliza, desacomoda, consubstancia, que envolve decisão lúcida e profunda de quem assume o compromisso (FREIRE, 1983).

Freire (1983) coloca, como primeira condição do ato comprometido do trabalhador, a capacidade de agir e refletir, *saber-se no mundo e com o mundo*. Para tal, precisa (re)conhecer a realidade em que se encontra. O ato de conhecer, segundo o autor, se dá na indivisibilidade da reflexão e da ação, da teoria e da prática. Ceccim & Feuerwerker (2004, p. 47) indagam

“como formar sem colocar em análise o ordenamento das realidades? Como formar sem colocar em análise os vetores que forçam o desenho das realidades? Como formar sem ativar vetores de potência contrária àqueles que conservam uma realidade dada que queremos modificar?”

Grande parte das instituições de ensino ainda assenta-se na separação das dimensões teórica (ensino) e prática (serviço) na abordagem pedagógica. Em documento publicado pelo Ministério da Saúde, em 2005, o distanciamento do

mundo acadêmico com a prática real no mundo do trabalho é citado como um dos responsáveis pela crise no setor saúde (BRASIL, 2005a).

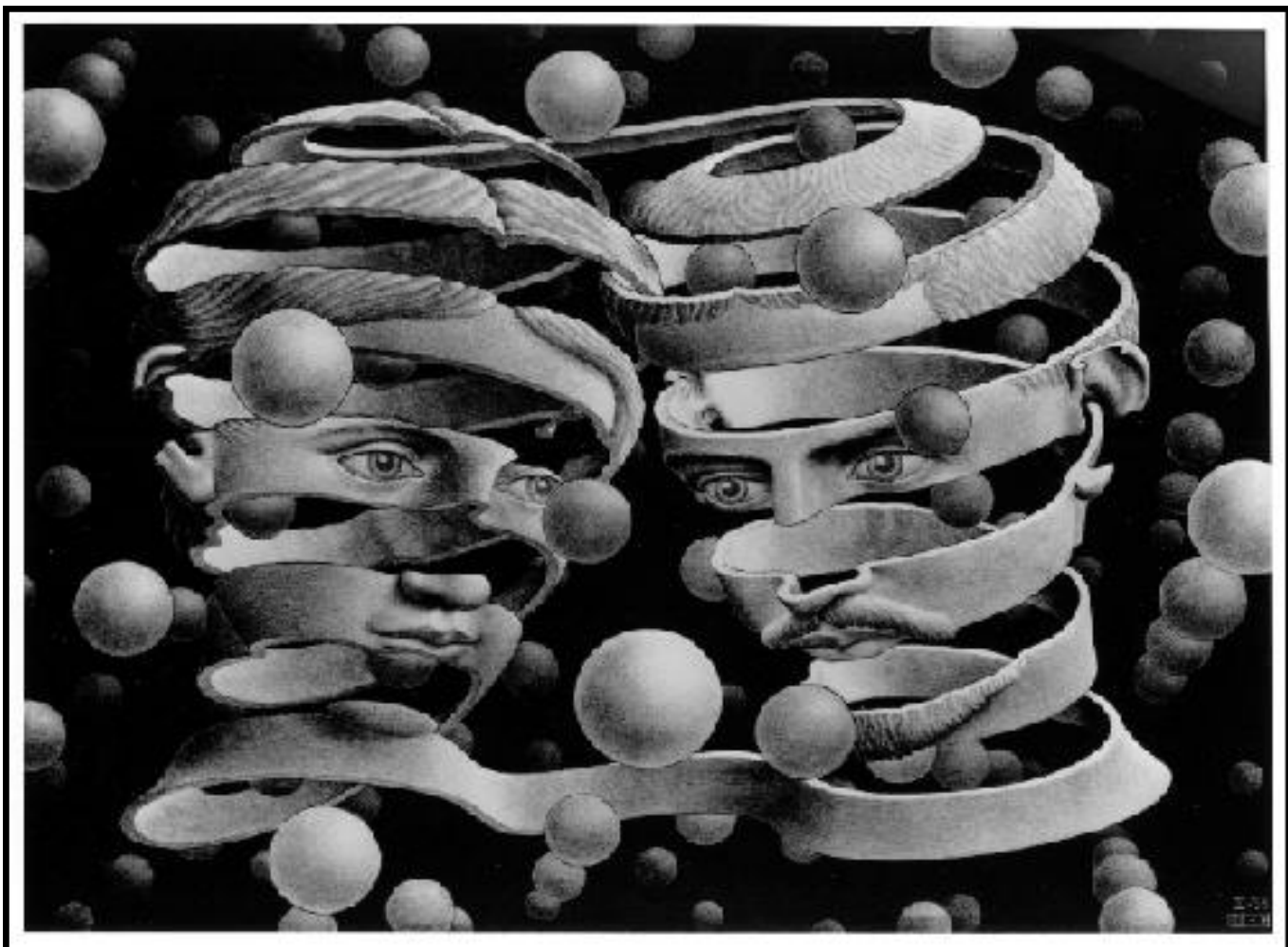
Ceccim & Bilibio (2004) afirmam que o descompasso entre academia e a rede de serviços se constitui em um dos problemas mais graves para a efetivação do SUS. Diante disso, atenta-se para a formação de profissionais em saúde para o SUS como um dos eixos estratégicos para a construção do sistema.

Uma das questões formalizadas em relação à necessidade da inclusão de outras dimensões de aprendizagem na formação dos trabalhadores foi a publicação, em 2001, das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação da área da saúde instituída pelo Ministério da Educação. Os projetos político-pedagógicos dos cursos deveriam incluir ao perfil dos trabalhadores da saúde, além da competência técnica, condizente a cada núcleo profissional, a criticidade e a *reflexividade* frente às práticas em saúde. Mas, como as instituições de ensino buscam contemplar estas características na formação destes trabalhadores?

Sabe-se, no entanto, que, além dos referenciais dos processos educativos, os trabalhadores de saúde são potências de autopoder, de autogestão na micropolítica do trabalho vivo em ato e podem (ou não) intervir na construção e efetivação do sistema. Para Franco (2006), a micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra. Para Merhy (2002), na micropolítica do trabalho vivo em ato há uma potência instituinte do trabalho em saúde que revela um mundo não estruturado e de alta capacidade inventiva.

Assim, tendo em vista os graus significativos de liberdade no agir cotidiano, os trabalhadores fazem opções ético-tecnológicas e políticas incessantemente (MERHY, 2002). Essas opções podem ser tanto conservadoras, numa militância de negação do SUS, como em prol de um projeto diferenciado de saúde e em defesa da vida. Assim, “a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também tem que envolver aspectos pessoais, os valores e as idéias que cada profissional tem sobre o SUS” (BRASIL, 2005b, p.13).

Para problematizar o trabalho em saúde e os modos de ensinar e aprender, em 2005, o Ministério da Saúde propôs a Política de Educação Permanente como importante instrumento para a consolidação do SUS. Educação “que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p. 52).



“destaco que aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é 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, 2005, p.162).

3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE PRÁTICAS REAIS

Ao analisar as discussões sobre o tema formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no Brasil, encontram-se vários movimentos na direção das mudanças (FEUERWERKER, 1998, 2002; DURÁN, 2008). Grandes avanços foram feitos. Mas, até então, nenhuma das iniciativas havia alcançado o status de política pública. Em 2004, como expressão deste forte movimento, o Ministério da Saúde colocou a educação dos profissionais de saúde como uma das pautas prioritárias. A partir de uma análise cuidadosa e sistemática das experiências anteriores, propôs a Política de Educação Permanente em Saúde para o ordenamento da formação dos trabalhadores da saúde, entendendo que:

“a Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. (...) é a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2004, p.10).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) legitima uma nova maneira de produzir conhecimento e de pensar a educação e o trabalho. Como permanentes e inacabados, os processos educativos devem ser diferenciados, iniciados durante a graduação e mantidos na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil.

Como política pública, a EPS baseia-se na aprendizagem significativa e na *reflexividade* das práticas reais em ação na rede de serviços, portanto na problematização da realidade (BRASIL, 2004). A “possibilidade de transformar as práticas profissionais existe porque perguntas e respostas são construídas a partir da reflexão de trabalhadores e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam” (BRASIL, 2005b, p.12). A educação permanente busca compreender se a educação pelo trabalho contribui no “processo de reflexão que busca revelar o significado do que se fez, possibilitando, assim, repensar as experiências sob nova ótica” (FEUERWERKER *et al*, 2007).

Um dos pressupostos pedagógicos da Educação Permanente é que as práticas são definidas por múltiplos fatores (construção do conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, etc) e estão centradas nas relações entre os sujeitos no mundo do trabalho. Tanto que, segundo documento publicado pelo Ministério da Saúde, em 2005, um dos resultados esperados dos processos de educação permanente era “a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados” (BRASIL, 2005b, p.14).

Assim, operando em realidades vivas, esta política coloca o SUS como interlocutor na formulação dos projetos político-pedagógicos de formação dos trabalhadores. Para que as práticas sejam condizentes com os princípios do sistema e que o SUS não seja mero campo de práticas (BRASIL, 2004), os projetos das escolas devem levar em conta diretrizes que orientam a criação do sistema (BRASIL, 2005b): descentralização, universalidade, integralidade e participação social. Na educação dos trabalhadores da saúde, entende-se que a integralidade seja uma diretriz fundamental em projetos de formação inovadores. É o SUS como escola, mas escola que transforma, que compromete seus trabalhadores, como agentes micropolíticos em sua defesa.

Segundo Ferla & Ceccim (2003), na área da saúde, a educação pelo trabalho é uma das alternativas para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem a integralidade da atenção. Ressaltam que a presença contínua nos locais de

produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade.

3.1 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA NA FORMAÇÃO

A Constituição de 1988 já apresentava o SUS como o ordenador da formação dos trabalhadores da saúde. Passaram-se duas décadas desde sua instituição e foram várias as tentativas de aproximação entre as políticas de educação e saúde (CAMPOS, 2006). Com a criação dos SUS, novos perfis profissionais foram solicitados, colocando em pauta as tensões entre SUS e a formação dos trabalhadores. Diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da saúde foram propostas em 2001. A partir deste fato, muitos vem buscando adequar os currículos visando a mudança.

Porém, para que os trabalhadores da saúde sejam, na assistência, no ensino ou na gestão, agentes instituintes de mudança nas práticas do mundo do trabalho e se constituam em um contra poder ao instituído, outras estratégias e referenciais devem ser considerados. Uma das propostas para formar profissionais para uma atuação diferenciada no SUS é a educação *no e pelo* trabalho. Para tanto, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foco deste trabalho, é uma das possibilidades para esta formação.

Esta modalidade de ensino em serviço é comum à Medicina na formação de especialistas, tendo sua conformação jurídico-institucional definida desde a década de 1970, com a instituição da Comissão Nacional de Residência Médica, junto ao Ministério da Educação (FEUERWERKER, 1998).

Entretanto, a residência multiprofissional em saúde tem uma história mais recente como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com perspectiva da construção interdisciplinar, de experimentação do trabalho em equipe, de educação permanente e, portanto, de reorientação das lógicas tecnoassistenciais (LOBATO *et al.*, 2006).

Conforme Ferla & Ceccim (2003), os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram idealizados para desencadear processos de formação que trouxessem a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário, a ação multiprofissional e integral, a resolutividade nos serviços de saúde, além do desenvolvimento de projetos de produção de autonomia no cuidado.

Os novos conceitos que se agregam a esta modalidade de formação (ensino-serviço) propõem outras diretividades aos processos educativos, centradas nas necessidades de saúde da população, no trabalho em equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira, consolidando o SUS.

Segundo relatório publicado, recentemente, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), “a instituição de programas de residência para profissionais não médicos no Brasil vem ocorrendo de maneira informal desde a década de 60, numa proposta das diferentes profissões da saúde para qualificar seus membros por meio do treinamento em serviço de longa duração, nos moldes da Residência Médica” (BRASIL, 2009, p.02).

Porém, o primeiro programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi criado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no Centro de Saúde-Escola Murialdo, em 1978, época de grandes mobilizações contra a ditadura militar e a favor da Reforma Sanitária no Brasil (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2009).

Apesar de existirem (ou resistirem) programas de residência multiprofissional em saúde no Brasil anteriores a 2002, mantidos por Secretarias Estaduais e instituições formadoras, foi apenas naquele ano que o Ministério da Saúde começou a financiar 19 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (CAMPOS, 2006).

Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), e instituição da referida Política de Educação Permanente em

Saúde em 2004, a pauta da formação e da valorização dos trabalhadores para o SUS entra na disputa (BRASIL, 2006).

Desde o estabelecimento de financiamento regular para os Programas Multiprofissionais em Saúde e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, vários foram os avanços. Abaixo, sistematiza-se a base legal das Residências Multiprofissionais em Saúde:

Figura 1 – Sistematização das bases legais das Residências Multiprofissionais em Saúde.

BASE LEGAL DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE	
Portaria nº 198/GM/MS de fevereiro de 2004	Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente: propôs eixos de ação para a formação de trabalhadores na área da saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais em Saúde.
Lei Federal nº 11.129 de junho de 2005	Instituiu a Residência por área profissional em saúde e criou a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.
Portaria nº 1111/MS de julho de 2005	Fixa normas sobre as bolsas para a educação pelo trabalho.
Portaria Interministerial nº 2117 (MEC e MS) de novembro de 2005	Define diretrizes e estratégias para a implementação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).
Relatório da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em março de 2006	Aprovou 16 propostas sobre as Residências em Saúde, legitimando, inclusive, a criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, enquanto processo para a regulamentação de tal modalidade de formação.
Portaria Interministerial nº 2538 (MEC e MS) de outubro de 2006	Constitui grupo de trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da CNRMS.
Portaria Interministerial nº 45 (MEC e MS) de janeiro de 2007	Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
Portaria Interministerial nº 698 de julho de 2007	Nomeia a CNRMS.
Portaria Interministerial nº 506 (MEC e MS) de abril de 2008	Discussão e alteração da carga horária para 60 horas semanais da Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde
Portaria Interministerial nº 593 (MEC e MS) de maio de 2008	Discussão e elaboração do Regimento Interno da CNRMS.

**Portaria
Interministerial
nº1077 (MEC e MS)**
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

*Adaptado. Fonte (BRASIL, 2009).

Apresentado na forma de quadro, não se mostra o processo vivo que envolveu a aprovação destes documentos. Vários segmentos envolvidos com a formação dos trabalhadores da saúde e dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde colocaram seus projetos e entendimentos em disputa acerca desta modalidade de especialização. Foram três seminários nacionais bastante representativos de onde saíram várias propostas para a elaboração da política.

Tendo em vista que as residências multiprofissionais em saúde estão inseridas em um campo de grandes disputas, como projeto contra-hegemônico, exigem que os sujeitos envolvidos na luta pela mudança na formação estejam em permanente mobilização para a sua manutenção como estratégia na formação do trabalhador para o SUS. São as residências contribuindo para a formação de sujeitos

“com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de uma determinada população com habilidades, conhecimentos e atitudes para a elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia apropriados de uma pedagogia que os permitam ser sujeitos da construção de saberes de modo permanente” (RAMOS *et al*, 2006, p.379).



OBJETIVOS


4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Compreender de que forma uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculada a uma Universidade Federal, contempla a dimensão política na formação dos trabalhadores da saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conhecer o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no que diz respeito aos seus princípios e espaços educativos essenciais e sua relação com a rede de serviços;
2. Conhecer as trajetórias acadêmicas e profissionais dos atores envolvidos no processo da formação em serviço;
3. Desvelar o entendimento dos atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem do Programa de Residência em relação à politicidade do trabalhador da saúde;
4. Descrever a relação do residente com a gestão do programa, com a atenção à saúde, com o ensino e com o controle social;



*“o real não se encontra
nem na partida,
nem na chegada.
Ele se dispõe para gente
é no meio da travessia”*

(GUIMARÃES ROSA, s.d.)

5 A ESCOLHA DOS CAMINHOS

5.1 A ESCOLHA DO TERRITÓRIO

Na busca pela compreensão de como as instituições formadoras dos trabalhadores da saúde contemplam a dimensão política nos seus processos educativos, optou-se pelos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A escolha se deu por entender que podem contribuir na mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde, por meio da integração de diferentes núcleos profissionais tendo a Unidade de Saúde da Família como principal campo de práxis (BRASIL, 2004, 2006). Além de entender que as Residências representam importante etapa da formação para a integralidade do cuidado, para o trabalho interdisciplinar e para a ampliação de agentes micropolíticos na defesa do SUS.

Com a grande diversidade de Programas de Residência Multiprofissional no Brasil (RAMOS *et al*, 2006), a escolha do território para a vivência institucional se deu a partir da indicação de Laura Feuerwerker, uma das formuladoras da Política Nacional de Educação Permanente e referência para o tema das Residências Multiprofissionais no Brasil.

Outro elemento para a escolha do tema e território foram as inquietações pessoais, após ter sido residente de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Desejava conhecer outras possibilidades de encontros e produção neste processo educativo.

Nos dois anos de Residência e para a elaboração deste projeto de pesquisa, pude conhecer alguns projetos político-pedagógicos de outros cursos existentes no país. Evidenciei que, apesar de, a maioria deles, mencionava que objetivava formar profissionais críticos e reflexivos nenhum curso ressaltava a dimensão política como um dos enfoques a serem contemplados na formação dos trabalhadores. Mesmo apresentando grande variedade de desenhos metodológicos que defendiam a utilização de metodologias ativas e participativas, e adotavam a educação permanente como eixo pedagógico (BRASIL, 2006), nenhum deles descrevia como formaria os *tais* profissionais críticos e reflexivos ou contemplaria esta dimensão no processo educativo.

Assim, para a vivência institucional proposta, escolheu-se o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade vinculado à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), no estado de São Paulo, pelos pressupostos teóricos contidos no currículo descritos por Oliveira (2006). Entendeu-se que este programa reunia diversas características potencializadoras para a dimensão política da formação dos trabalhadores da saúde, a saber: relação ensino-serviço, possibilitando, potencialmente, um encontro com o SUS, garantia de espaços de reflexão sobre a prática e sobre o mundo do trabalho, diversidade de atores envolvidos no processo formativo (tutores, preceptores, comunidade, além de outros profissionais de outras categorias) que colocariam suas vivências/experiências, seus interesses e seus desejos na roda. Ainda, dentre as características diferenciais deste Programa, encontrava-se a forte relação do Programa de Residência com os movimentos de mudança nos cursos de graduação, além da menção (gráfica) da relação horizontal entre os sujeitos envolvidos em um processo ensino-aprendizagem construtivista e baseado na aprendizagem significativa e de adultos.

5.2 A ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS

Nas intenções metodológicas contidas no projeto apresentado ao Programa de Mestrado, propus realizar Análise de Discurso. Um método bastante estruturado,

que busca unidades de significado nos discursos, pré-categorizações, hipóteses, verdades *unas*.

Havia escolhido como instrumentos metodológicos para a 'coleta de dados' a análise documental, a observação participante, a entrevista semi-estruturada e os registros nos diários de campo. Os dados já se encontrariam lá e aguardavam o pesquisador para compreender o fenômeno.

Porém, ao chegar no território, percebi que seriam os encontros entre mim e as singularidades naquele lugar que indicariam os caminhos para a produção dos dados desta pesquisa. A ideia de ser 'o sujeito epistêmico neutro e afastado' dos fatos, dos afetos, dos acontecimentos, me causava estranheza.

Logo nos primeiros dias de vivência, nas *aspirações* metodológicas pretendia participar de todos os espaços educativos formais dos residentes, além de interagir nos espaços deliberativos institucionalizados no programa. Mas, devido à paralisação das atividades dos residentes, eles não aconteceriam no período da vivência. Como, então, compreender o processo educativo, num território vivo e dinâmico?

Ao pensar nas discussões acerca das dificuldades de estudar os fenômenos qualitativos, especialmente nas ciências sociais e humanas, coloquei em pauta a “ditadura do método” sobre a realidade, que considera real apenas o que cabe em um método de captação e mensuração (DEMO, 1998).

Bichueti *et al* (2009) afirma que a pesquisa, hegemonicamente reconhecida, é espaço de emersão de regularidades, de leis gerais, de causalidades, de normas, isto é, modo de funcionar do instituído que perpetua a hegemonia e obscurece a diferença, as multiplicidades, os devires que são imanentes ao próprio real e pulsam gerando acontecimentos, o *genuinamente* novo.

As afetações da vivência institucional me fizeram buscar uma forma de (me) entender (n)o território que habitei naqueles dias. Ao chegar, muitos acontecimentos, muitas *gentes*, muitas possibilidades de encontros. Propus, então, superar a

pseudo-neutralidade do sujeito epistêmico, e durante o processo de pesquisa, me abrir às ressonâncias, ao acaso, ao diferente, enfim, aos acontecimentos de um território vivo.

Já havia lido sobre a cartografia. Entendia que se tratava de uma direção, um caminho a ser percorrido e que nos coloca engajados com o concreto, pois, na medida em que me afeto com o território, com os encontros, faço parte da sua produção. Ela permite que o pesquisador se movimente junto com as transformações que vão acontecendo no real (MASCARELLO & BARROS, 2007). No entanto, como fazer isso se sou 'pesquisador' e preciso *coletar* dados que já estão lá e, assim, interpretá-los à luz de consagrados autores?

Rolnik (2006, p.23) afirma que a cartografia, diferentemente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem”. Assim, aprendi que em todo empreendimento, aventura, viagem ou obra, o verdadeiramente importante é a novidade, a diferença e a singularidade absolutas (BAREMBLITT, 2003).

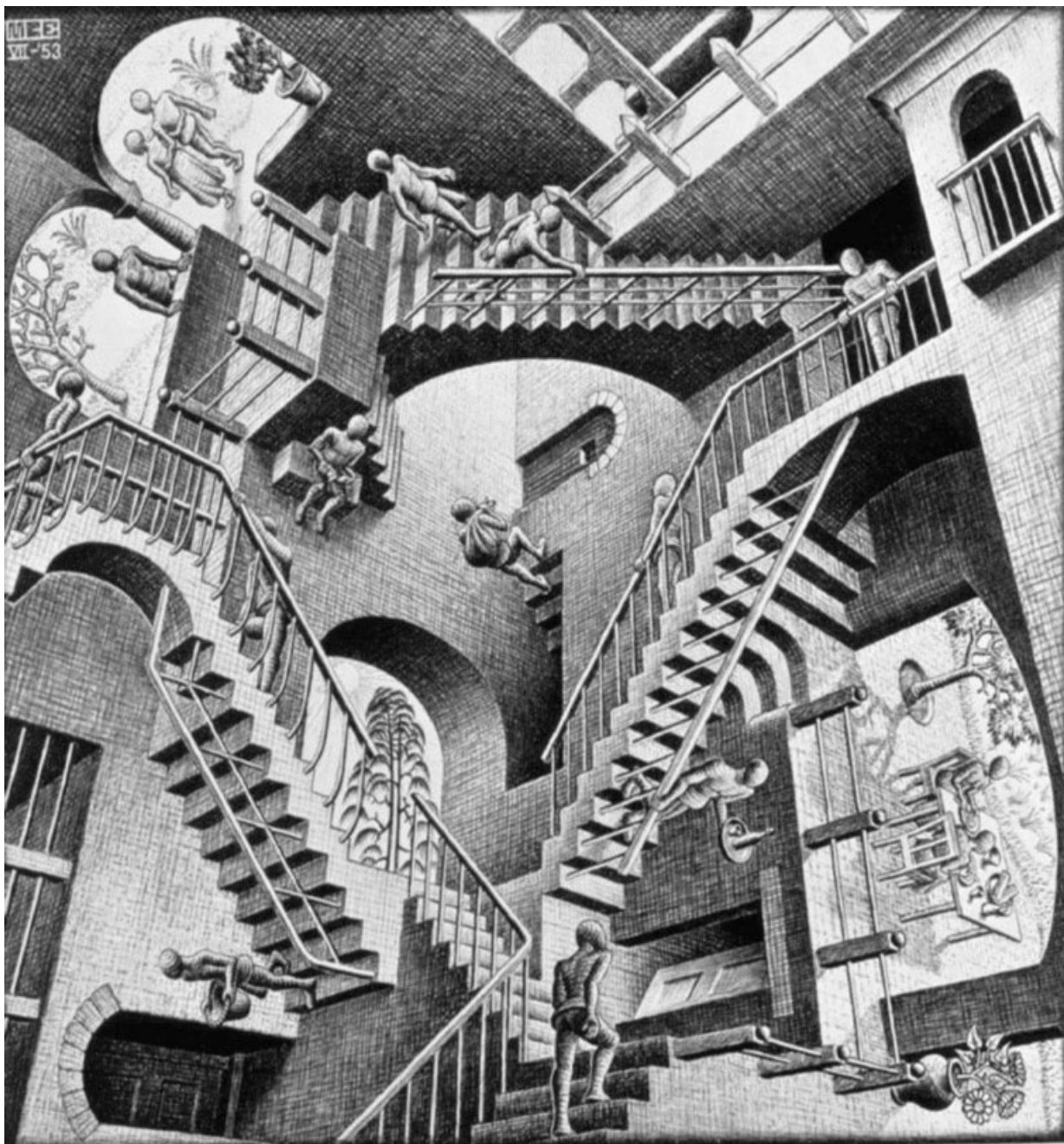
Propus experimentar a cartografia, pois celebra formas diferenciadas de se fazer-pensar os territórios e permite acompanhar os acontecimentos na constituição do mundo (DELEUZE & GUATTARI, 1995; ROLNIK, 2006). Entretanto, ressalto que se trata de um estudo de *aprendiz* de cartógrafo, uma experimentação.

Para tanto, busquei traçar, na convivência com os sujeitos do território, os fluxos de intensidades no exercício da politicidade. Na cartografia, nos colocamos de corpo e alma na experiência. Houve mudanças em mim. Afinal, “as cartografias trazem marcas dos encontros que as foram constituindo” (ROLNIK, 2006, p.24).

Para a produção dos dados nos encontros, além das entrevistas semi-estruturadas (apêndice B - roteiro) com alguns sujeitos do Programa caracterizados na próxima seção (residentes, preceptores, tutores e coordenação), fizeram parte do *corpus* de análise os diários de campo, produtos da imersão no território, em que relato os acontecimentos, os encontros, suas potências, seu funcionamento. Busquei, também, nos documentos oficiais do programa (manuais e termos de

referência) as intenções pedagógicas de tal formação.

Apresentarei, assim, meus diários de bordo desta viagem. Busco expressar a singularidade única e irrepetível dela, o que não impede que outros viajantes deles se sirvam para construir sua própria trajetória (BAREMBLITT, 2003). Junto aos diários do vivido, estão as *gentes, seus movimentos e agenciamentos*, no processo educativo da primeira turma de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.



“Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias” (ROLNIK, 2006, p.23).

6 VIVÊNCIA INSTITUCIONAL

Foram 45 dias de imersão em um território desconhecido. Conheciam-se apenas algumas características encontradas na bibliografia (OLIVEIRA, 2006), alguns documentos sobre as especializações em serviço, além da vivência como residente, na convivência com militantes do movimento nacional de residentes e na implicação com a temática.

Meses antes, fui ao município, para conversar com a coordenação do Programa de Residência que aceitou o estudo, acolhendo a proposta que colocaria em análise o processo educativo de trabalhadores de saúde.

Chego ao território, dia 07 de janeiro de 2009. No planejamento, nos primeiros dias, conheceria a história do programa, seus princípios e espaços educativos e sua inserção na universidade e rede de serviços. Como já prevendo as afetações (havia implicação com o processo), resolvi me inserir aos poucos na organização. Sentir os movimentos que aconteciam nos entornos aos discursos oficiais da coordenação do Programa e dos preceptores, primeiros contatos que tive. Os integrantes retornavam aos poucos do recesso de final de ano. A intenção era compreender de que forma este processo educativo poderia contemplar a dimensão política dos trabalhadores que habitavam aquele território existencial.

6.1 O CONTEXTO DA VIVÊNCIA: COMPREENDENDO O CENÁRIO

***“A mesma velha história
que esconde a demora...
Eu quero saber a verdade!”***

Esta paródia de Máscara Negra³, intitulada Velha História, de autoria do Coletivo de Residentes do Programa de Residência em questão, demonstra um pouco da subjetividade que circulava no território naqueles dias, em relação aos rumos do Programa, ruídos e *não-ditos*.

Logo na primeira entrevista à coordenação, para conhecer a história de implantação do programa, soube que a coordenadora do Programa e, também, diretora do Departamento de Atenção Básica (DAB) estava saindo da gestão e das duas coordenações. Além disso, notícias de que haveria atraso no repasse dos recursos para o pagamento das bolsas-auxílio e de que algumas atividades seriam retomadas apenas no mês de fevereiro, em virtude de grande número de residentes e preceptores estar ainda em férias.

Nos primeiros contatos, preceptores e residentes referiam preocupar-se com a saída da coordenadora do Programa. Temiam mudanças no projeto de saúde para o município e em um redirecionamento da residência, em vista da 'personificação' da parceria Secretaria Municipal de Saúde e Universidade.

A saída da coordenadora mobilizou afetos de preceptores, tutores e residentes e impulsionou o debate da correção de trajetórias e tentativa de apropriação dos processos que até então eram impulsionados, segundo os preceptores, residentes e tutores, por uma das articuladoras de maior importância na configuração da Rede-Escola de Cuidados à Saúde, principalmente no âmbito da residência.

Com este acontecimento, lembro-me do conceito do efeito diacrítico do sujeito celebrado por Campos (2000). O autor apresenta que cada Obra depende do “jogo

³ Composição de Zé Ketí e Pereira Matos (1967).

interativo entre n sujeitos particulares e o estabelecido como norma (...) produzindo-se um resultado distinto daquilo que o Sujeito obraria sozinho ou do que também faria aquele grupo sem ele” (p.140). Ou seja, cada sujeito funcionando como um dos elementos diferenciadores do grupo, imprimindo marcas (particularidades) e produzindo resultados distintos dos que se o grupo tivesse noutra conformação.

A mudança de sujeitos no território desencadeou um processo de auto-análise no grupo. Segundo Baremblytt (2002, p.17), o processo de auto-análise “é simultâneo ao processo de auto-organização, em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir os recursos de que precisa para a manutenção e o melhoramento de sua vida na terra”.

Em uma das reuniões de que participei, um dos sujeitos afirmou: *"Dependeremos muito mais dos nossos esforços daqui pra frente"*. Este fato produziu muitos questionamentos, sentimentos e sentidos de (não) pertencimento ao projeto e busca por respostas. Campos (2000, p.133) ressalta que

“o envolvimento dos trabalhadores com a construção de projetos e processos de trabalho mobiliza paixões ao obrigá-los a encarar o 'princípio da realidade' e as incertezas do futuro, criando novas marcas sobre o mundo”.

Tratar-se-ia, então, de uma construção centralizadora, levando à sensação de não pertencimento nas decisões, nos processos e resultados? Tratar-se-ia “da alienação⁴ real dos trabalhadores que dificultava a construção de sujeitos com vontade e potência para exercer a co-gestão dos processos de trabalho” (CAMPOS, 2000, p.27)?

“a gente tinha uma coordenadora que tinha um estilo de gestão centralizadora, sem, muitas vezes, perceber essa centralidade que acabava gerando acomodação dos outros atores, dos preceptores para poder desenvolver o programa” (residente 2).

⁴ Alienação real como “a separação concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado sobre o trabalho. A expressão deste fenômeno é a impossibilidade de participar da gestão” (CAMPOS, 2000, p.27).

Para Campos (2000, p.134), é fundamental que haja relação entre a “obrigatória produção de Valores de Uso e os Desejos e Interesses dos Trabalhadores”. Isto seria possível através da inclusão de todos na concepção, execução e produto do trabalho, ao que denominou de Obra. Mas como seria possível “aproximar os desejos singulares dos sujeitos de um Objeto de Investimento comum ao Coletivo” (p.138), a Obra?

Os ruídos produzidos pelos sujeitos, naqueles dias, versavam sobre como se daria a transição e recomposição do grupo, assumindo a construção das Obras - a Rede - Escola de Cuidados à Saúde e o próprio Programa de Residência. Compreendendo que os “papéis que marcassem e dessem sentido à existência de cada um dos sujeitos integrantes (...) conseguissem integrar-se ao Coletivo” (CAMPOS, 2000 p.140) atribuindo a ele uma nova marca.

Todos os sujeitos, nas suas diversas formas e entendimentos de mobilização iniciaram um processo de articulação intersetorial e interinstitucional para dar conta do novo contexto. Em uma reunião ampliada, proposta pelos residentes, em várias falas evidencia-se que a mudança da coordenação convocaria os sujeitos à articulação.

“Não temos mais a 'pessoa' ensino-serviço. Agora, há a necessidade de maior articulação de todos os atores” (tutor 3).

“agora seremos uma residência igual a todo mundo... mas, agora vai ser necessário maior articulação para conseguir as coisas, antes tinham deliberações rápidas” (vice-coordenadora).

Fosse no fortalecimento do Programa, na continuidade às ações já desencadeadas ou na retomada de reivindicações trazidas alhures, era um momento de crise e de protagonismos (para a reprodução ou para a liberdade?) (MERHY, 2002, p.45). Logo, potência para o novo e para o exercício da politicidade.

Ao chegar ao território, tive acesso a um manifesto⁵ escrito pelos residentes, enviado para coordenação do curso e Pró-Reitoria de Administração da Universidade, em que o coletivo expôs “seus incômodos e indignações, com a intenção de disparar um processo de reflexão e diálogo com todos os envolvidos com o Programa” (anexo C - MOBILIZA-RES, 2009) em relação aos rumos da Residência, aos fatos e encaminhamentos que ocorriam desde o final do ano de 2008 e início de 2009.

Neste documento, afirmavam “que a consolidação do programa é um processo em construção, sujeito a todos os problemas decorrentes de algo novo que se inicia”. Mas que sempre buscaram participar ativamente como colaboradores deste projeto e reconheciam os importantes avanços que aconteceram na universidade e na rede de serviços. Tratava-se, assim, de um momento para aproveitar os ruídos do cotidiano e, colegiadamente, reorganizar os processos de trabalho (MERHY apud CECCIM & FEUERWERKER, 2004) para a construção do novo e contribuir na constituição dos sujeitos e da própria organização.

No contexto de mudanças de gestão do município e do programa, da suspensão das atividades pedagógicas e do adiamento da reunião ordinária da Comissão da Residência Multiprofissional (COREMP), além do possível atraso no pagamento das bolsas, na primeira reunião no ano de 2009, os residentes elaboraram uma agenda de mobilização *em defesa da formação para o SUS*.

Assim, compreendendo alguns dos acontecimentos do território, começo a vivência institucional. Reforço, para tanto, que não coube “julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas quais razões instrumentais os estão constituindo e dentro de que jogo de intencionalidades” (MERHY, 2002, p.47).

A narrativa que será apresentada está pautada nos encontros entre os sujeitos envolvidos num processo educativo em construção, nas diferenças e nos devires potencializados por estes encontros. Os fatos não serão apresentados no tempo cronológico, mas a partir das potencialidades instituintes. Não estabeleci,

⁵ Manifesto como resultado de uma reflexão, mas também de uma presença combativa e participante (GADOTTI, 2004).

também, qualquer ordem de importância de um acontecimento sobre o outro. Eles estão conectados e o efeito de cada evento destes nos sujeitos e na instituição, dependeu dos acasos, dos determinismos e da intencionalidade⁶ de cada um deles no (ou sobre o) território, em diferentes conexões.

6.2 CONHECENDO O TERRITÓRIO E SEUS SUJEITOS

Nos meses da vivência institucional, janeiro e fevereiro de 2009, o município de São Carlos passava por mudança de gestão e recomposição da equipe de alguns departamentos, incluindo o DAB. A então coordenadora deste Departamento era a mesma coordenadora do Programa de Residência que seria estudado.

Este fato teve repercussões durante a minha experimentação na organização. No entanto, para o estudo, consideramos a composição da secretaria e do programa no tempo que antecedeu às mudanças e na fase de transição das novas coordenações. Para a compreensão dos acontecimentos, fez-se necessário considerar o tempo cronológico (e histórico) de 2007 a 2009, vigência da primeira turma do programa de residência e sua relação com a universidade, secretaria de saúde e rede de serviços. Localizei minhas análises no referido período.

Assim, antes de partir para a vivência, seus acontecimentos e analisadores, contextualizaremos o município, a organização da rede de serviços e sua relação com a Universidade e o Programa de Residência, bem como os sujeitos integrantes do território.

6.2.1 SÃO CARLOS E A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

São Carlos, município de grande porte, localiza-se no interior do estado de São Paulo, a 235 km da capital, com 220.425 habitantes. Por ser cidade universitária, com dois campi, um da Universidade de São Paulo (USP) e o outro da

⁶ “O sujeito é determinado por forças internas e externas a ele; no entanto, o acaso também interfere alternando e modificando essas linhas de constituição; e há ainda a capacidade do sujeito de agir ou reagir contra essas forças estruturadas ou ocasionais. Sempre segundo múltiplas e variadas combinações” (CAMPOS, 2000, p.97).

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), há uma população flutuante de 20 mil habitantes aproximadamente (SÃO CARLOS, 2009).

A rede de atenção à saúde no município era dividida em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES). Contava, no início de 2009, com 15 equipes de saúde da família, cobrindo aproximadamente 24% da população. Baseado no modelo de atenção da Vigilância em Saúde⁷, além das Unidades de Saúde da Família, a rede de serviços contava, ainda, com 12 Unidades Básicas de Saúde, Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), SAMU 192, Ambulatório de Especialidades, Centros de Atenção Psicossocial Adulto e Álcool e Drogas, Centro de Especialidades Odontológicas, SAMU e dois hospitais com atendimentos SUS (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007).

6.2.2 UFSCAR, A RESIDÊNCIA E A RELAÇÃO COM A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Instituída como estratégia para qualificar a rede de serviços e para proporcionar aos estudantes de medicina o contato com outros núcleos profissionais, como fator importante para mudança da formação dos futuros médicos, iniciou-se em 2007, a primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSCar, sujeitos-chave desta intervenção.

Segundo a coordenação do Programa de Residência da UFSCar, os cursos de graduação da área da saúde tinham um histórico de baixa inserção no Sistema Único de Saúde. Os projetos de extensão desenvolvidos tinham caráter pontual e eram de interesse pessoal dos docentes. Foi então, que, em 2006, UFSCar e a Prefeitura Municipal de São Carlos formalizaram uma parceria para a elaboração e execução do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina, cujo propósito voltou-se tanto para a formação diferenciada daqueles trabalhadores como para a qualificação do cuidado à saúde da população (OLIVEIRA, 2006).

No contexto da implantação do curso de medicina, os diversos cursos de graduação (enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, educação física e

⁷ Modelo de Atenção da vigilância em Saúde é “onde a cura deixa de ser o enfoque predominante (...). É a lógica coletiva sobre o enfoque clínico-individual, onde a ação programática e o enfoque de risco e vulnerabilidade a partir do território de abrangência de cada USF, passam a nortear as ações de saúde” (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007, p.10).

psicologia) iniciaram um processo de mudança curricular, além de participarem de atividades de parceria com os serviços de saúde destinadas à construção de um modelo de cuidado integral à saúde no município, através da Rede-Escola de Cuidado à Saúde. Ceccim & Feuerwerker (2004, p.45), assinalam que

“uma proposta de ação estratégica para transformar a organização dos serviços e dos processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas implicaria trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições formadoras”.

Assim, universidade e serviços de saúde estabeleceram uma instância político-gerencial interinstitucional, o Conselho de Parceria, espaço de construção coletiva das estratégias e do processo de monitoramento para o desenvolvimento da Rede-Escola (OLIVEIRA, 2006).

Além disso, na perspectiva de docentes da universidade e profissionais trabalharem como preceptores dos alunos nos diversos cenários, o Conselho de Parceria apostou na instituição da Residência Multiprofissional em Saúde da Família “para formar profissionais com o perfil que a Rede-Escola precisava tanto no sentido educacional como na direção das mudanças no modelo de cuidado, num menor tempo” (OLIVEIRA, 2006, p.126). Intentava fortalecer a parceria entre universidade e o SUS local. Isso porque o município enfrentava o desafio de encontrar na rede profissionais com perfil e capacitados para trabalharem como preceptores de alunos da graduação. Merhy (2002, p.132) aponta que

“um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno das conformações tecnológicas nos atos de saúde, nos tipos de profissionais que o praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde e doença”.

Entendia-se, então, que seria necessário formar trabalhadores para a atenção em Saúde da Família e que pudessem ser preceptores dos educandos dos cursos

de graduação, posteriormente, processo que impulsionaria a mudança na formação dos futuros trabalhadores, além de qualificar o cuidado na rede.

Assim, UFSCar e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) propuseram o desenvolvimento da formação pós-graduada, modalidade Residência, articulada com o arranjo organizacional da Estratégia Saúde da Família do município de São Carlos e a graduação das profissões da saúde (OLIVEIRA, 2006) para qualificação dos serviços, para fortalecer a relação entre os núcleos profissionais e para aproximar o corpo docente da UFSCar da rede pública de saúde do município.

6.2.3 O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA E SEUS SUJEITOS

A figura a seguir mostra as vagas ofertadas na primeira turma, sua distribuição por profissão e tipo de equipe:

Figura 2. Vagas ofertadas na primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, segundo profissão de saúde e tipo de equipe.*

EQUIPES DE REFERÊNCIA		
Profissão de Saúde	Ingresso em 2007	USF
Enfermeiro	08	Jardim São Carlos, Jardim Gonzaga, Jockey Clube (Equipe I), Antenor Garcia, Água Vermelha, Romeu Tortorelli, Jardim Munique, Presidente Collor
Cirurgião-dentista	08	
EQUIPES MATRICIAIS		
Fisioterapeuta	05	
Terapeuta Ocupacional	05	
Nutricionista	05	Constituídas 05 equipes de apoio matricial a totalidade das equipes do município. Cada equipe matricial era constituída de 06 profissionais, um de cada profissão.
Assistente Social	05	
Psicólogo	05	
Educador Físico	05	
Total residentes (2007-2009)		46

*Figura adaptada do Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (UFSCAR, 2007,2009), p. 23-24.

Ainda, entre os sujeitos que integram o Programa, estão os preceptores e tutores. Os 15 preceptores do Programa são docentes da UFSCar dos cursos de fonoaudiologia, farmácia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, educação física (01 por área profissional), enfermagem e odontologia (02 por área profissional). Estes atuam como preceptores de campo e de núcleo. Os demais preceptores são médicos e atuam como preceptores de campo. Os preceptores de núcleo são profissionais responsáveis pela orientação técnico-profissional, referências para o residente no âmbito de cada profissão. Os preceptores de campo são os orientadores de referência para o residente, pertencente à equipe de saúde local e com trabalho diário na Unidade de aprendizagem em serviço (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007).

Para a escolha da preceptoria, segundo a coordenação do curso, assim que o projeto foi aprovado pelo Ministério da Saúde, todos os cursos correspondentes às profissões que teriam vagas na seleção receberam um convite para fazer parte do Programa. Este documento solicitava a indicação dos docentes, pelos próprios departamentos, para assumirem a preceptoria dos residentes.

Os tutores, trabalhadores de saúde da SMS, vinculados às equipes de saúde da família, são somente dentistas e enfermeiros, 01 para cada residente das equipes de referência, totalizando 24 tutores. Todos os trabalhadores enfermeiros e dentistas da rede de atenção básica, inseridos nas unidades de saúde da família que receberiam residentes, conformariam o grupo de tutores do Programa.

Dos sujeitos descritos acima, participaram deste estudo, quatro preceptores de campo e núcleo, três tutores, a coordenadora e vice-coordenadora do Curso e o coletivo dos residentes, representado por cinco residentes do 2º ano. Foram enviados emails para todos os integrantes do programa. A escolha dos interlocutores foi intencional, acolhendo o interesse de participação no estudo. Para os preceptores e tutores, elencaram-se os que tinham vinculação ao programa desde o seu início ou que participassem dos espaços deliberativos da Residência.

Nas figuras 3 e 4, apresento a caracterização destes quanto às trajetórias acadêmicas e profissionais dos trabalhadores que fizeram parte do estudo:

Figura 3: Caracterização da trajetória acadêmica e profissional dos preceptores, tutores e coordenação do Programa, sujeitos da pesquisa:

Inserção na Residência	Categoria Profissional	Pós-Graduação	Inserção/experiência			
			Cuidado	Gestão	Ensino	Instâncias de Controle Social e/ou Participação
Coordenação	Medicina	Mestrado em Saúde Coletiva	x	x	x	x
Vice-coordenação	Enfermagem	Doutorado em Enfermagem	x		x	
Preceptor 1	Medicina	Doutorado em Ciências Médicas	x		x	
Preceptor 2	Terapia Ocupacional	Doutorado em Saúde Coletiva	x		x	x
Preceptor 3	Psicologia	Doutorado em Psicologia	x		x	
Preceptor 4	Educação Física e Fisioterapia	Doutorado em Fisiologia do Exercício	x		x	
Tutor 1	Enfermagem	Especialista em Saúde da Família	x			
Tutor 2	Odontologia	Especialista em Saúde da Família	x			
Tutor 3	Enfermagem	Especialista em Saúde da Família	x			x

Pode-se observar que tutores, preceptores e coordenação referiram ter experiência, majoritariamente, no ensino e no cuidado. Poucos relataram experienciar espaços de gestão e de controle social. Este fato pode influenciar na condução e no entendimento dos espaços deliberativos e na percepção quanto ao exercício da politicidade do trabalhador dentro do Programa de Residência e no mundo do trabalho.

Figura 4: Caracterização da trajetória acadêmica e profissional dos residentes, sujeitos da pesquisa:

Residente	Categoria Profissional	Pós-Graduação	Tempo de graduado	Inserção/experiência			
				Cuidado	Gestão	Ensino	Instâncias de Controle Social e/ou Participação
Residente 1	Fisioterapia		< 5 anos				x
Residente 2	Nutrição		< 5 anos				x
Residente 3	Fisioterapia		< 5 anos				x
Residente 4	Enfermagem		< 5 anos	x			x
Residente 5	Terapia Ocupacional	Mestrado em Saúde Pública	> 5 anos			x	x

Os residentes entrevistados relataram experiência em instâncias de controle social e participação. Este fator pode ser significativo para a compreensão dos acontecimentos do território em relação ao tema em foco. A maioria deles tem menos de cinco anos de formado e, apenas um, havia experienciado o mundo do trabalho no cuidado.

6.3 OS TERRITÓRIOS DE ANÁLISE: POTÊNCIAS PARA A DIMENSÃO POLÍTICA

Para melhor compreensão da vivência institucional e da produção dos dados, apresento três territórios de análise: *Cartografia das potências para a dimensão política nas relações na prática pedagógica, nas relações nos espaços de gestão e nas relações nas práticas do cuidado*. Em cada um deles, busquei caracterizar e evidenciar as potências do território para a politicidade de sujeitos, trabalhadores da saúde, em processo de formação em Saúde da Família no Programa de Residência Multiprofissional da UFSCar.

Ressalto que, em todos os momentos, destacarei o *instituído*, em que apresento as questões estabilizadas do Programa de Residência e os *processos*

instituintes em que apresento os acontecimentos durante a *convivência*, potências para a produção do novo.

Pretende-se, nesta seção, caracterizar o Programa de Residência vivenciado, bem como destacar as tensões deste processo educativo, buscando problematizar os desarranjos e novos arranjos de produção de realidade que provocaram (e provocarão) mudanças macro e micropolíticas no território e seus sujeitos.

A divisão em três “cartografias” não tentou fragmentar a análise, tão pouco separar o instituído dos processos instituintes, pois sabe-se que “o instituído é o efeito da atividade instituinte” (BAREMBLITT, 2002, p.30) e transmite uma característica de resultado, porém, por aceder a processos, o instituído é, também, cheio de energia potencial (PASSOS & BARROS, 2009). Entretanto, conforme Gauthier & Sobral (1998, p.90),

“apesar de nascer de um momento criador (logo, instituinte), a instituição aparece a pesquisadores sempre sob uma forma já existente, “o instituído”. Ele é o que produz e reproduz as relações de poder atuais falsamente consideradas 'normais', 'naturais', apesar de pertencer a um momento histórico definido”.

Entende-se, no entanto, que os territórios são transversalizados⁸ o tempo todo por processos instituintes, forças produtivas das lógicas institucionais e, uma vez que são *habitados* por sujeitos cheios de intencionalidades e desejos, o inovador e as linhas de fuga se confundem e se diferem com o estabelecido, com a norma. Os micropoderes se manifestam e intervêm na forma de pensar, sentir e agir das pessoas daquele lugar o tempo todo.

Assim, na compreensão da trajetória, os territórios de análise não foram escolhidos *a priori*. Emergiram da vivência institucional. Melhor dizendo, da escuta dos ruídos e dos “silenciamentos” produzidos pelos sujeitos nos corredores, nos bastidores, nas entrevistas que reuniram os discursos oficiais de alguns dos sujeitos

⁸ Transversalidade é um conceito criado por Félix Guattari. “É a interpenetração dos planos ao nível do instituinte, do produtivo, do revolucionário, do criativo” (BAREMBLITT, 2002, p.33). Descreve como redes comunicacionais que se dão em caráter multidimensional (BARROS & PASSOS, 2009, p.27).

envolvidos no programa, além dos escritos publicizados pela coordenação do curso. Trata-se de evidenciar as repetições, enaltecendo processos antiprodutivos e apontar sentidos para a produção de novas saídas.

A partir dos territórios de análise emergidos da vivência institucional e dos objetivos do estudo, descrevi alguns dos elementos que podem potencializar a dimensão política da formação dos trabalhadores da saúde além dos acontecimentos no território que podem ter impulsionado mudanças na instituição e nos sujeitos. Assim, busquei compreender, nos modos de formar, de gerir e de cuidar como a politicidade esteve presente no processo educativo em questão.

Neste momento, falarei da instituição, das relações (e do exercício) de poder, da produção de subjetividade e da constituição de sujeitos num Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, território cheio de possibilidades e cegueiras institucionais. Vamos aos territórios de análise.

6.4 CARTOGRAFIA DAS POTÊNCIAS PARA A DIMENSÃO POLÍTICA NAS RELAÇÕES NA PRÁTICA PEDAGÓGICA

Nas práticas educativas, a abordagem pedagógica está permeada de intencionalidade. Não sendo neutros, os diversos tipos de atos pedagógicos na formação dos trabalhadores da saúde (mesmo que não conscientes) manifestam-se em defesa de projetos distintos de saúde e de sociedade.

Há, portanto, escolhas. Escolhas feitas por quem elabora os projetos dos cursos, mas, sobretudo, de quem os coordena e conduz, além das pessoas que vivenciam os processos educativos, materializando suas escolhas, no cotidiano dos espaços micropolíticos dentro das instituições.

Estas opções, no que é enunciável aos olhos-do-visível (ROLNIK, 2006), são influenciadas pelos *apelos* do mercado de trabalho e também pelo entendimento (ou discurso) de que a escola deva formar trabalhadores comprometidos com a sociedade (FREIRE, 1983). Além das vivências escolares prévias e da compreensão da metodologia a ser utilizada que na micropolítica do processo educativo podem

interferir diretamente na postura pedagógica dos educadores e educandos e contrariar os pressupostos da instituição.

Assim, entendendo que, nas práticas educativas, a escolha pela abordagem pedagógica pode ser uma ferramenta potente para a dimensão política da formação do trabalhador, evidencio características-dispositivo que foram enaltecidas pelos sujeitos do território, pelos documentos normativos do programa e por mim a partir dos encontros durante a vivência institucional.

6.4.1 ELEMENTOS PARA A PRODUÇÃO DA CARTOGRAFIA

Nos princípios educativos formalizados em manual (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007) e nos discursos oficiais da coordenação do programa, dos preceptores e tutores, a potência encontra-se na inovadora organização curricular e na adoção da abordagem pedagógica construtivista, fundamentada na aprendizagem significativa e de adulto, desenvolvida por meio de metodologias ativas de aprendizagem.

Matui (1995), em livro sobre o construtivismo, conta que esta postura pedagógica originou-se com Jean Piaget com a discussão da epistemologia genética⁹, sofrendo, posteriormente, influência de outros psicólogos como Vigotsky e Wallon. Várias são as aplicações do construtivismo, pois como o mesmo autor afirma, o construtivismo “é antes de tudo uma nova visão de mundo e da natureza humana” (p.03). Na aplicação ao ensino, enfoque que interessa a este trabalho, Matui (1995, p.19) afirma que o construtivismo “não considera apenas a dimensão técnica, mas também a humana (ou social) e, principalmente, a dimensão política”.

Segundo o autor do livro, o construtivismo é “uma teoria do conhecimento que engloba numa só estrutura dois pólos, o sujeito histórico e o objeto cultural, em interação recíproca, ultrapassando dialeticamente e sem cessar as construções já acabadas para satisfazer as lacunas ou carências (necessidades)” (MATUI, 1995, p.46). Becker apud Matui (1995, p. 46) complementa que

⁹ Epistemologia genética de Jean Piaget “é o estudo da gênese e desenvolvimento das estruturas lógicas do sujeito em interação com o objeto de aprendizagem, ou seja, o estudo do processo de construção dos conhecimentos” (MATUI, 1995, p.32).

“nada, a rigor, está pronto e acabado, e de que, especificamente o conhecimento é dado, em nenhuma instância, como algo terminado. Ele se constitui pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais; e se constitui por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia, na bagagem hereditária ou no meio, de tal modo que podemos afirmar que antes da ação não há psiquismo nem consciência e, muito menos, pensamento”.

Nesta perspectiva, o Programa de Residência em análise, fundamenta-se na interação entre os sujeitos e na aprendizagem baseada na prática, na aprendizagem significativa que promove e produz sentidos no mundo do trabalho. A experiência nas Unidades de Saúde da Família orienta os momentos de teorização e reflexão crítica, propiciando, aos educandos residentes e aos preceptores, a identificação das necessidades de aprendizagem de cada um (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007).

“é o residente como dispositivo central da formação. Isso faz muita diferença, porque aí ele tem que construir respostas, ele precisa de uma postura de construção, de invenção, de absolutamente atividade. (...) tem uma diferença muito grande que você coloca pro sujeito aprender. O dispositivo é o próprio sujeito” (preceptor 3).

Assim, a construção do conhecimento a partir da reflexão sobre a prática pode oportunizar aos envolvidos no processo educativo (residentes, preceptores e tutores) momentos de discussão e compreensão da realidade em que estão inseridos cotidianamente. Cada um leva seus conhecimentos e ressignifica-os em um ambiente de relação horizontal entre preceptores, tutores e residentes.

“a opção metodológica (do Programa) vai na direção de proporcionar cenários tanto de prática como cenário de ensino-aprendizagem teóricos que propiciem, que favoreçam a participação dos alunos, trazendo a experiência vivida como um elemento importante para a construção do conhecimento” (vice-coordenadora).

A aprendizagem para o construtivismo não procede só da interação entre os sujeitos, ou só do objeto, mas da interação de ambos, como elementos inseparáveis. Parte do conhecimento vem do objeto, isto é, da experiência, e parte vem do sujeito,

da sua invenção reflexiva e das relações estabelecidas com o meio. Afinal, “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p.68). Por serem de origem social e histórica, tanto a mente como o conhecimento, são socializados e construídos na situação social de dialogicidade (MATUI, 1995).

No processo educativo em questão, um dos principais espaços pedagógicos são os momentos de discussão da prática em pequenos grupos nas preceptorias de campo e de núcleo, além das tutorias realizadas no local de trabalho. Estes pequenos grupos são vistos como potências para a expressão política dos sujeitos. Espaços para as sínteses coletivas e para o exercício de novas conformações da relação educador-educando, pois o residente “participa da exploração do problema, da busca e análise crítica das informações” (UFSCAR, 2008, p.20), característica das metodologias ativas de aprendizagem.

Neste grupo, é possível que haja “oportunidade para o exercício do trabalho em equipe, comunicação, avaliação, responsabilidade, intercâmbio de experiências e estímulo à aquisição de conhecimento” (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007, p. 20). Pois, “nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo” (FREIRE, 1996, p.27).

No entanto, isso depende, em parte, da mediação da aprendizagem. Na prática pedagógica dita construtivista, o educador é o mediador da discussão, sendo esta a ação que se interpõe entre o sujeito e o objeto de aprendizagem (VIGOTSKY apud MATUI, 1995). O reconhecimento deste papel pode potencializar a configuração da relação entre preceptor/tutor e residentes secundarizando o papel 'professoral' (e tradicional) dos preceptores e tutores. É o 'professor' *saindo da cena* de detentor do saber para assumir uma postura dialógica com o grupo.

“nesta metodologia você tem que ter uma postura muito diferente, de estar numa relação horizontal, de possibilitar a palavra pro outro, de abrir pro conflito, de expor o conflito” (preceptor 3).

“eu não vejo mais o conflito, antes morria de medo de ter conflito. Só que hoje tem que ter. Certamente, quando não há uma discussão, alguém não colocou o que pensava. (...) Na relação com o residente, você não tem que ocupar um saber a mais, saber tudo” (tutor 1).

Outra potência, além da conformação destes pequenos grupos, está em como se dá a escolha dos temas geradores das discussões. Eles advêm do concreto, das práticas cotidianas dos residentes nas unidades de saúde da família. Os disparadores do processo reflexivo são as questões e os problemas da realidade, desencadeando, assim, a aprendizagem significativa. Isso contribui para a construção do conhecimento, mas, também, pode estimular os educandos na busca (individual e coletiva) da compreensão do contexto dos principais problemas de saúde e do processo de trabalho destas equipes. Portanto, são potentes na celebração de debates sobre determinantes sociais e das políticas de saúde, por exemplo. Temas que podem impulsionar a discussão e reflexão de assuntos de caráter social e de conjunturas.

Para isso, todos devem ser co-responsáveis pelas discussões realizadas. O mediador de aprendizagem problematizador deveria impulsionar o aprofundamento dos temas, estimulando o educando à busca, à *reflexividade* e à construção do conhecimento, pois, pensar criticamente demanda profundidade e não, apenas, superficialidade na compreensão e na interpretação dos fatos (FREIRE, 1996).

Ao reconhecer a importância da compreensão do papel de tutores e preceptores nestes grupos, o Programa de Residência, logo no seu primeiro ano, instituiu espaços de Educação Permanente (EP) para estes sujeitos. Eles objetivavam proporcionar momentos de aprendizagem a partir da reflexão da prática do educador construtivista, além do processamento dos problemas de ordem pedagógica e do cuidado à saúde emergidos dos seus processos de trabalho. A coordenação do programa entendia que uma das grandes dificuldades era os preceptores desconhecerem o SUS e as principais características das metodologias ativas propostas pelo curso. Logo, os espaços de EP foram importantes para que os educadores se aproximassem das temáticas necessárias à mediação e da abordagem metodológica a ser desenvolvida nos momentos educativos com os

residentes, resultando no reconhecimento da aprendizagem significativa a partir das suas práticas:

“essa metodologia fez com que a gente mudasse a maneira como agimos na relação com o conhecimento. Agora, quando a gente tem um problema, eu procuro, pesquiso, procuro significado para minha prática, faço novas sínteses e transformo em oportunidade de conhecimento” (tutor 1).

Ainda, nas características-dispositivo da abordagem pedagógica, encontra-se o sistema de avaliação no programa de Residência da UFSCar. A avaliação configurou-se tanto como ferramenta de gestão, como instrumento de participação ativa de todos os envolvidos no processo educativo com a finalidade de proporcionar a melhoria de processos e produtos dentro do Programa. Residentes, preceptores, tutores, consultores e o próprio programa são avaliados de maneira formativa (que busca a melhoria do processo ensino-aprendizagem) como de maneira somativa (alcance dos objetivos pré-estabelecidos, para uma determinada fase do programa), esta sendo responsabilidade final dos preceptores (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007).

O processo avaliativo dos residentes, também, merece destaque, pois, segundo os documentos oficiais do Programa, ele deve ser dialógico, “garantindo um processo transparente, democrático e ampliado para melhoria do programa como um todo e dos desempenhos individuais” (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007, p.30).

“as situações formais e informais de avaliação buscam ser situações que além de garantir horizontalidade, o aluno e o preceptor podem argumentar o que foi feito. É um lugar para a reflexão crítica. (...) como se dão estes encontros? Qual o efeito em escutar ser avaliado? E avaliar?” (preceptor 3).

Assim, a avaliação do residente deveria se dar de forma contínua e analisar o processo de desenvolvimento deste trabalhador em formação através da elaboração conjunta do plano de melhorias (PM), espécie de projeto de competências/desempenhos a alcançar em um período de tempo. Evidenciando, singularmente, as lacunas e os avanços de cada residente em formação, não privilegiando somente o produto, mas o processo de qualificação daqueles

trabalhadores. Além dos planos de melhoria, baseados nos conceitos “*satisfatório*” ou “*precisa melhorar*”, os residentes deveriam fazer a cada semestre avaliações formativas (ao longo do processo de aprendizagem) e ao final da residência, uma avaliação somativa.

6.4.2 A PRODUÇÃO DA CARTOGRAFIA: COMPREENDENDO AS LINHAS DE FORÇA¹⁰

Para subsidiar a compreensão da abordagem pedagógica e dos objetivos do processo formativo em questão, solicitei alguns documentos normativos do Programa de Residência dentre eles o Projeto Político Pedagógico (PPP). Em conversas com a coordenação, preceptores e com o coletivo de residentes, soube que ainda não haviam discutido seu PPP. Porém, entende-se que este projeto, documento de planejamento (de como e aonde se quer chegar), carrega, em sua construção e operacionalização, a indissociabilidade das dimensões pedagógica e política.

Visto que não se constrói um projeto sem uma direção política, um norte, um rumo, todo projeto pedagógico da escola é também político (GADOTTI, 1998) e deveria contar com a participação de todos na sua construção e/ou em uma gestão que se pretenda democrática. Afinal,

“as transformações não são definições *a priori*. Não é possível impor (...) um outro modelo, uma ou outra proposta. Devem discutir-se princípios, conceitos mas as alternativas vão ser construídas dentro de cada escola. Elas se constroem no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel” (FEUERWERKER, 2002, p.21).

Esta afirmação foi evidenciada por uma das preceptoras entrevistadas:

“*há uma série de fatores e de elementos que contribuem para isso (a metodologia) funcionar bem ou para funcionar muito mal, porque ela é uma ferramenta, ela não é uma garantia. Não acho que a*

¹⁰ Segundo Veiga-Neto (2003, p.73), as forças “não estão nas mãos de alguns atores ou de algum grupo que as exerçam sobre outros. (...) Tais forças estão distribuídas difusamente por todo o tecido social. Scarlett Marton apud Veiga-Neto (2003, p.73) acrescenta que “agindo sobre outras e resistindo a outras mais, ela (a força) tende a exercer-se o quanto pode, quer estender-se até o limite, manifestando um querer-*vir-a-ser-mais forte*, irradiando uma vontade de potência”.

metodologia garantida, ela possibilita. (...) depende de uma série de fatores: as características dos facilitadores, das pessoas que compõem o grupo, das situações-problema apresentadas” (preceptor 3).

Sabe-se que o programa estava na sua primeira turma, em processo de elaboração e construção. No entanto, a não discussão do PPP no curso, pode demonstrar que os rumos do programa poderiam não estar claros ou eram discutidos e apropriados apenas pelos dirigentes da organização. No projeto político pedagógico, entendido como documento vivo, resultado de produção dos sujeitos, além dos objetivos, metas e procedimentos (parte pedagógica), deve contar com as finalidades do processo educativo, discutindo qual a função social da instituição (o que se quer com esta formação).

Porém, apesar da inexistência de discussão coletiva do Projeto Político Pedagógico do curso não ter sido enaltecida nos discursos, muitas divergências em relação aos rumos do programa e ao entendimento da abordagem pedagógica emergiram durante a vivência. Em vários momentos, a qualidade dos espaços pedagógicos e dos processos avaliativos, além da compreensão das metodologias ativas de aprendizagem foram questões evidenciadas como componentes importantes para a qualificação daquela formação.

Na mobilização, desencadeada naqueles dias, uma das pautas, levantadas pelos residentes, foi a reestruturação dos espaços de ensino-aprendizagem e a inclusão do Coletivo de Residentes nas discussões pedagógicas. Os residentes queriam ser todo e parte do processo, participando da gestão de seu próprio processo pedagógico.

“Será que a gente não precisa estudar a própria metodologia? (...) eu acho que essa questão coloca a gente como protagonista da nossa formação, questionar o próprio processo de formação “o fato da metodologia propiciar essa abertura de questionar a própria metodologia, (...) acaba abrindo espaço pra que a gente se coloque como protagonista da nossa formação, de questionar se a gente tá indo pro caminho certo, de como estão estruturados os espaços de formação” (residente 4).

Logo no início de 2009, os residentes foram informados que os espaços teóricos de ensino retornariam apenas no mês de fevereiro, tendo sido suspensas às atividades teóricas antes do término da turma que ocorreria na primeira quinzena de fevereiro. A questão levantada pelo coletivo foi de que o calendário de atividades havia sido acordado em momento em que se faziam presentes as representações de todos os segmentos, na última reunião da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMP) realizada em 2008.

Além da suspensão das atividades teóricas, os residentes não contariam com preceptores em campo nos espaços práticos de aprendizagem nas unidades de saúde da família devido às férias de vários deles naquele período de recesso ampliado, comprometendo a discussão dos casos e o processo de conclusão da formação dos residentes da primeira turma, além dos processos de produção de vínculo e de responsabilização com os serviços e com o cuidado aos usuários, afinal, segundo o manual, “os residentes tinham uma inserção orgânica nos serviços” (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007, p.19).

Com o cancelamento da última reunião da COREMP do ano de 2008, várias questões que seriam deliberadas ficaram sem encaminhamentos. Dentre elas, a discussão da avaliação somativa, pré-requisito para a certificação dos residentes concluintes. Nas reivindicações, os residentes problematizavam: “no que compreende o processo de avaliação que a abordagem pedagógica pautada em metodologias ativas propõe?”.

No sentido de provocar a discussão da reorientação do processo de avaliação, o Coletivo de Residentes definiu, como instrumento de tensionamento para as mudanças na formação, em reunião realizada antes da prova, que todos a entregariam em branco. Alguns residentes realizariam, pois referiram ter compromissos profissionais já assumidos e não teriam disponibilidade para outra data.

Com a manifestação, queriam discutir concepção de avaliação, formato e conteúdo da prova apresentada, visto que se tratava da primeira prova somativa

aplicada pelo Programa e que a reunião em que discutiriam estas questões havia sido cancelada. Além de não privilegiar a integração do conhecimento adquirido no processo da residência, referiram que a avaliação atentou-se à memorização de conceitos e conteúdos.

Ao problematizar os objetivos do processo avaliativo e da própria formação, o residente disse:

“ainda o bom residente, o residente que atingiu um bom nível de formação, o 'satisfatório' é aquele que consegue dar resposta aos conteúdos teóricos ou que responde ao esperado do estereótipo já pré-determinado. Então o que a gente percebe, o que a gente acredita é que a atual conjuntura pede muito mais atores políticos que construam o sistema local e que fortaleçam a residência do que pessoas que vão responder a uma prova” (residente 4).

Mesmo que a dimensão política não prescindia do conhecimento teórico e técnico, evidencia-se a necessidade de incluir novos referenciais à prática educativa dos trabalhadores, bem como na relação entre os sujeitos em formação, compreendendo seu papel na construção da Residência e no fortalecimento do SUS. Entendendo que seja “preciso tratar especificamente da questão do conteúdo e das práticas porque elas não são decorrência automática de qualquer mudança metodológica” (FEUERWERKER, 2002, p.29).

Evidenciou-se, assim, a necessidade de ressignificar alguns referenciais legitimados na formação em saúde pública e nas residências revendo suas abordagens.

“aprendi um SUS técnico, um sanitarismo técnico, não um sanitarismo militante. Pra mim, o sanitarista técnico é o que sabe todas as leis orgânicas, as NOB-RH, pratica a epidemiologia, mas nada além do que todo mundo pode aprender (...). Eu acredito que o Sistema Único de Saúde precisa de militantes, principalmente, porque ele é muito mais que um sistema de saúde, é uma reforma social, um projeto de sociedade” (residente 3).

Tendo em vista que o SUS (ainda) é um projeto contra-hegemônico e necessita de agentes micropolíticos em sua defesa, para além do discurso sanitário,

é necessário clarificar as intencionalidades da formação dos trabalhadores da saúde também nas Residências e de que trabalhador é esse que está sendo formado e em que saberes (e poderes) estão ancorados em tais práticas educativas.

Frente às reivindicações dos residentes, coordenação e alguns preceptores, decidem retornar as atividades teóricas no final do mês de janeiro. Com a insatisfação dos residentes frente ao processo avaliativo e à notícia de que a bolsa não tinha previsão para ser paga, propôs-se, para este dia, uma assembléia ampliada (coordenação, preceptores e tutores) para discussão dos fatos que vinham ocorrendo. Uma das pautas referia-se aos formatos das avaliações e a não compreensão da metodologia pela maioria dos envolvidos no processo educativo.

Alguns preceptores entendiam que uma das dificuldades enfrentadas pela primeira turma, tratava-se da pouca (ou nenhuma) vivência/experiência com a metodologia e com o sistema de avaliação propostos pelo Programa de Residência:

“a metodologia, era uma coisa muito nova. Eu só conhecia do ponto de vista teórico. Nunca tinha vivenciado nem como aluna e nem como professora esta metodologia. (...) demorou para acontecer não só porque a gente não soube fazer, mas até a gente identificar que era aquilo que a gente estava fazendo. (...) estava todo mundo tentando se situar. (...) temos ainda muita coisa pra aprender, para aperfeiçoar” (preceptor 3).

Os acontecimentos mobilizaram a realização de uma oficina proposta pelo Coletivo de residentes sobre os temas pedagógicos em questão. No relato elaborado pelos residentes, dizem que a avaliação era processual e cotidiana, e os apontamentos levavam a mudanças no programa e nas atividades. Mas, pelo fato dos instrumentos de avaliação terem sido elaborados sem discussão prévia nem preparo dos preceptores e tutores, interpretações divergentes foram evidenciadas na sua utilização para avaliação dos residentes da primeira turma.

Outra questão em relação às avaliações foram os planos de melhoria. Referiram que a elaboração conjunta deste instrumento não acontecia ou acontecia tardiamente não contribuindo, assim, ao caráter processual da avaliação. Diziam que as avaliações tiveram caráter mais burocrático do que disparador de mudanças.

“Não há mudança sem o plano de melhorias”, afirmou um residente.

Na mesma oficina, pretenderam, também, compreender e avaliar a utilização das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Para mediar o espaço, convidaram uma professora do curso de Medicina que utilizava tais ferramentas pedagógicas. Neste dia, discutiram sobre os conceitos de competência e desempenho, bem como o uso das metodologias ativas de aprendizagem no Programa de Residência e nos processos avaliativos.

Debateram, também, o papel estratégico dos facilitadores, destinado à construção do conhecimento, que deveria buscar, cotidianamente, as dificuldades e necessidades e o desenvolvimento de estratégias para o alcance das habilidades pelos residentes.

“em alguns momentos ele se ausenta até demais, então a gente participa de discussões de pequeno grupo em que o preceptor se coloca só como figura de facilitação e essa facilitação no sentido de fazer interlocução no diálogo sem necessariamente incitar a discussão, trazer elementos para a discussão, até mesmo de colaborar com ela” (residente 4).

Esta afirmação pode ser evidenciada no entendimento da mediação dos pequenos grupos por um dos preceptores entrevistados:

“para mim foi um processo de aprendizagem. O entendimento do que é ser preceptor com esta metodologia em que eu não posso falar. Imagina no pequeno grupo eu não poder falar? Ficar só assistindo a discussão?” (preceptor 4).

Mesmo reconhecendo a importância da mediação, os residentes reforçaram, também, o papel ativo deles como componente igualmente importante para a construção do conhecimento na abordagem proposta pelo curso, afirmando que os assuntos necessários às mudanças de sua prática deveriam emergir do cotidiano dos serviços, do mundo do trabalho, além da necessária integração nas discussões de seu próprio processo educativo.

Assim, baseados nas várias reivindicações em relação à melhoria do processo pedagógico, os residentes propuseram algumas ações que evidenciam a necessidade de inclusão de todos nestas discussões, a saber:

- Criação de Comissão Permanente de Avaliação das Avaliações, com participação de residentes, para sistematização das informações (formatos e avaliações de espaços pedagógicos);
- Criação de Comissão Permanente de Planejamento Pedagógico com participação dos residentes;
- Garantia de um cronograma de avaliações e devolutivas necessariamente acompanhadas de planos de melhorias;
- Realização de uma oficina sobre os processos avaliativos construtivistas e sobre metodologias ativas de aprendizagem;
- Oficina sobre o projeto político pedagógico antes da elaboração de avaliação para os atuais R1.

No entanto, nas falas de preceptores e coordenação, evidenciamos que há diferentes posicionamentos frente à participação dos residentes nas questões pedagógicas:

“há confusão de papel na instituição quando o residente quer discutir avaliação. (...) quem está formando somos nós. (...) é o quadrado de quem forma e o quadrado de quem está sendo formado” (preceptor 4).

“nós somos uma instituição de ensino. Nós temos normas” (vice-coordenadora).

Estas falas retratam que há divergências quanto às formas com que educandos e educadores se relacionam no processo educativo. Freire (1983) diz que a educação como prática da liberdade, não está apenas quando educadores e educandos encontram-se em situação pedagógica, mas também em torno dos espaços e da escolha dos conteúdos do diálogo.

Para a análise dos acontecimentos, ressalto os encontros e desencontros vivenciados entre os sujeitos nas relações estabelecidas na prática pedagógica. Por

compreender que a avaliação é “um terreno estratégico de transformação dentro de uma proposta de mudança das relações e dos papéis desempenhados por professores e estudantes no processo ensino-aprendizagem” (FEUERWERKER, 2002, p.42), busquei traçar algumas linhas de força que se apresentaram no território durante a vivência: as redes de poder e sua relação com o saber. Entendendo que

“o poder (...) não se ancora numa instituição, não se apóia em nada fora de si mesmo (...); por isso, o poder é fugaz. O saber, bem ao contrário, se estabelece e se sustenta nas matérias/conteúdos formais que lhe são exteriores: luz e linguagem, olhar e fala. É bem por isso, que o saber é apreensível, ensinável, domesticável, volumoso. E poder e saber se entrecruzam no sujeito, e não num universal abstrato.(...) o que opera esse cruzamento nos sujeitos é o discurso (VEIGA-NETO, 2003, p.157-158).

E que “é o discurso que constitui a prática, de modo que tal concepção materialista implica jamais admitir qualquer discurso fora do sistema de relações materiais que o estruturam e o constituem” (VEIGA-NETO, 2003, p.54).

Para isso, evidenciaremos um acontecimento como analisador – a entrega da prova em branco pelos residentes. Por que escolheram a prova, avaliação legitimada na Instituição “Escola” para avaliar (ou punir?) os *alunos*, como objeto de tensionamento para a mudança de práticas no Programa de Residência? O que está em disputa neste acontecimento?

Tal fato teve interpretações divergentes entre os envolvidos no processo educativo, reforçando a polarização presente entre educadores e educandos:

“Eles estão se colocando no nosso papel! Você querer escolher a prova! Isso é irreal! Isso aconteceu pela liberdade com relação aos dois espaços e agora estamos colhendo os frutos. Demos muito espaço para essa formação política” (preceptor 4).

Esta fala aponta para três elementos analíticos – o *saber*, como exercício de poder; o “excesso de *liberdade*”, como indisciplina e contravenção às normas, limites historicamente instituídos na relação educador-educando, e o lugar do conflito na formação destes trabalhadores.

Uma possibilidade interpretativa aproxima-se da discussão de que o saber é a concretização do (*exercício do*) poder no (*ou através do*) discurso, no caso, nos encontros entre sujeitos no cenário pedagógico. Além da compreensão de que o poder é um elemento capaz de explicar como se produzem os saberes e como nos constituímos na articulação entre ambos.

Defende-se, aqui, que todos os encontros são potentes agenciadores/produtores de subjetivações. Mas como estes encontros vêm funcionando nas instituições que formam trabalhadores da saúde? São relações de poder exercidas *sobre* - relações de poder para construir *no outro* – que buscam disciplinar e docilizar os corpos?

Nas entrevistas, afetadas pelos acontecimentos daqueles dias, alguns sujeitos, ressaltaram a disciplina como elemento importante para a relação dos sujeitos dentro da instituição “Escola”:

“Eu sou uma pessoa rebelde, mas sou muito disciplinada. Eu mudo regras, mas enquanto aquela for a regra, eu cumpro. Posso até lutar para mudá-la, mas eu não vou descumpri-la somente porque eu não concordo....isto é contravenção. Quem não fez a prova tirou zero, eles tem que aprender a lidar com seus atos e com as conseqüências” (preceptor 4).

“Tem coisas que são regra. Pra viver, tudo tem uma regra. Eu acho que tem outras formas de ser ouvido, de reivindicar, de ir atrás, do que paralisar. Com este movimento eles estão buscando reflexão de quem?” (tutor 3).

Porém, sabe-se que muitos dos educadores (preceptores, tutores e coordenação), foram formados nesta mesma escola que captura, normaliza e subjetiva para a repetição. Na metodologia proposta pelo programa, primeira experiência de muitos, as dúvidas sobre o limite e a disciplina eram recorrentes na relação com a primeira turma de residentes:

“a gente fica muito perdido com as idéias do que é limite, do que é responsabilidade, do que é autoridade, do que é autoritarismo. Como a metodologia é uma metodologia aberta, a relação horizontal deve acontecer. Mas quando há discordância, há um impasse... qualquer

atitude pode ser chamada, nomeada de abuso de poder, imposição, mas é diferente de autoritarismo, inflexibilidade. (...) às vezes a gente confunde algo não estruturado com falta de organização e disciplina.” (preceptor 3).

Para Veiga-Neto (2003), a escola foi sendo concebida como a grande máquina de fazer, dos corpos, o objeto do poder disciplinar e, assim, torná-los dóceis, mas ressalta que

“isto não significa que ela fabrica corpos obedientes. Falar em corpos dóceis é falar em corpos maleáveis; mas não se trata de uma modelagem imposta, feita à força.(...) o que é notável no poder disciplinar é que ele ‘atua’ no nível do corpo e dos saberes do que resultam formas particulares tanto de estar no mundo – no eixo corporal – quanto de cada um conhecer o mundo e nele se situar – no eixo dos saberes” (p.85).

Nesta direção, Foucault (1988) ao escrever sobre a História da Sexualidade afirma que se é ela que articula o corpo (indivíduo, comportamento corporal) com a população (unidade múltipla, efeitos procriadores), é a norma que articula os mecanismos disciplinares (que atuam *sobre* o corpo) com os mecanismos regulamentadores (que atuam sobre a população). Assim, a norma é o elemento que

“ao mesmo tempo que individualiza, remete ao conjunto dos indivíduos. (...) neste processo de individualizar, e ao mesmo tempo, remeter ao conjunto (...) chama-se de anormal aqueles cuja diferença em relação à maioria se convencionou ser excessivo, insuportável. Tal diferença passa a ser considerada um desvio, isto é, algo indesejável porque *des-via*, tira do rumo, leva à perdição” (VEIGA-NETO, 2003, p.90).

Porém, entende-se que seja necessário evidenciar que toda a relação de poder se dá entre diferentes e na diferença. O que evidenciamos na relação entre educandos e educadores, muitas vezes, é a tentativa de um exercício de poder desigual, ou melhor, na instituição da desigualdade e da inquestionabilidade dos saberes¹¹. Em que não há espaço para o saber do outro, num processo de

¹¹ Esta discussão foi celebrada em um dos encontros com o Emerson Merhy, em um dos encontros de análise institucional com os trabalhadores da Diretoria de Atenção Básica do Estado da Bahia, local onde trabalho, em que o tema foi a liderança, o poder e suas relações dentro das instituições.

deslegitimação por não estar *hierarquicamente autorizado* a divergir das normas, das regras. Sabendo que “a existência da hierarquia não implica em diferença de poder, não equivale a privilégio ou arbitrariedade na capacidade de decidir” (BAREMBLITT, 2002, p.19), seu funcionamento dependerá da forma como se dão as relações, se na diferença ou na desigualdade.

Na diferença, o conflito deve ser encarado como disputa, como tensão, não como contravenção. São forças que disputam a direção, o sentido dos projetos, dos caminhos a percorrer. Desta forma, entende-se o conflito como constitutivo dos coletivos, pois ele acontece nas relações, como “um pensamento que privilegia a idéia da diferença para instaurar novos ângulos e perspectivas do real” (VASCONCELLOS, 2005, p.1217).

O conflito em seu conceito produtivo é pura positividade, devir. É através da experimentação do conflito, da disputa que podemos nos aventurar na produção de novos sentidos, caminhando para uma pedagogia rizomática na prática educativa: da resistência, da diferença e revitalização do instituído. Lins (2005, p.1234) propõe, ao contrário da maioria de sistemas educativos, assentados na representação, “pensar, imaginar, engendrar uma pedagogia dos possíveis, sem raízes, sem troncos, galhos ou folhas fundadores que dividem as coisas firmando a árvore como ‘ato inaugural’ de todo o processo educativo”. Que seja “um encontro nômade e não uma palavra de ordem. Um conversar *com* no lugar de um falar *sobre*”. Sugere “uma pedagogia da desconstrução e da diferença, do indivíduo como singularidade”, que abrem

“à criação e às conexões: desterritorialização e linhas de fuga. Rizoma e não árvore. A árvore define o território, o crescimento vertical e a identidade do ser. O rizoma é horizontalidade que multiplica as relações e os intercâmbios que dele se originam. A vida assim compreendida é um contínuo fluxo e refluxo, potência de interação e produção de sentidos” (LINS, 2005, p.1232).

No analisador proposto, a entrega em branco da avaliação formativa, os residentes ainda não sabiam que ela não respeitaria o preconizado nos documentos do Programa quando decidiram em reunião tal feito. No entanto, foi este o artifício

escolhido para desencadear a discussão sobre seu processo pedagógico e buscar 'novos possíveis'. E, de fato, foi importante para instituir um espaço de diálogo e de escuta sobre as tensões daqueles dias e provocar mudanças no processo avaliativo.

Assim, entendendo que os indivíduos se tornam sujeitos como resultado de um intrincado processo de objetivação que se dá no interior das redes de poder, que os capturam, dividem e classificam (FOUCAULT apud VEIGA-NETO, 2003), naqueles dias, desencadeou-se um processo de auto-análise na instituição. Encontros para o exercício da politicidade nas relações nas práticas pedagógicas, em busca de uma pedagogia que abra “espaços para uma pedagogia do acontecimento e de trocas simbólicas, (...) rica em produção rizomática, em devires. (...) de potência de interação e produção de sentidos” (LINS, 2005, p.1240-1241). “Sem hierarquia nem lugares, inauguram-se encontros e não apenas quadros relacionais” (LINS, 2005, p.1248).

6.5 CARTOGRAFIA DAS POTÊNCIAS PARA A DIMENSÃO POLÍTICA NAS RELAÇÕES NOS ESPAÇOS DE GESTÃO

Assim como na abordagem pedagógica e na escolha pela conformação dos espaços de aprendizagem, o funcionamento dos espaços de gestão do Programa da Residência pode manifestar como tem circulado o poder dentro da organização. Este território de análise emergido da vivência pode contribuir na discussão da dimensão política, pois na configuração de arranjos estruturais, de linhas de produção de subjetividade e de métodos de gestão pode-se contribuir na constituição de sujeitos com maior capacidade de análise e intervenção sobre a realidade (CAMPOS, 2000).

Os espaços coletivos, espaços de exercício de democracia institucional, de correlação de forças, de confronto de projetos, são um dos espaços de exercício de poder dentro das instituições (CAMPOS, 2000). Analisarei, a seguir, as potências dos respectivos espaços - “lugares e tempos por meio dos quais (...), de fato, (os sujeitos envolvidos no processo educativo) possam interferir nos sistemas produtivos (CAMPOS, 2000, p.28)”.

Ressalta-se que o funcionamento destes espaços depende da compreensão dos sujeitos que o compõem frente ao exercício do poder e da gestão, podendo operar como legitimador de definições feitas alhures ou como lugar de elaboração de projetos, de formação de compromissos e de gestão de contratos.

6.5.1 ELEMENTOS PARA A PRODUÇÃO DA CARTOGRAFIA

A partir da vivência institucional, destaco alguns espaços coletivos existentes no programa: reuniões do Colegiado ou Comissão da Residência Multiprofissional (COREMP) e reuniões do Conselho de Parceria, que conta com representação de todos envolvidos no processo educativo (residentes, preceptores, tutores e coordenação), reuniões da Equipe da Gestão e as reuniões do Coletivo de Residentes.

No primeiro ano da Residência, o espaço coletivo formalizado era a reunião mensal com a coordenação. Segundo a coordenadora, apesar de não regulamentada como Colegiado da Residência, no início, era este o espaço deliberativo do programa. A COREMP, instituída no final de 2007, é o Colegiado da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar. Ele, atualmente, é composto pela coordenação e por representantes dos tutores, preceptores e dos residentes:

“não é uma pessoa que decide hoje. São os residentes, os coordenadores, os tutores e a coordenação da residência. Por que antes, as decisões da residência eram centradas na figura do coordenador. Então se o coordenador não falava como tinha que ser, os preceptores não agiam, não faziam e aí a gente fazia uma leitura desse processo que era muito ruim para o desenvolvimento do programa, porque fica um processo muito frágil centralizado numa pessoa, que ela vai embora acaba tudo” (residente 4).

“a COREMP é um espaço de exercício de escolhas, de decisão, de representação. (...) é um espaço-dispositivo que pode favorecer o desenvolvimento de uma consciência crítica, de uma postura crítica e ética” (preceptor 3).

Até sua regulamentação, todos se reuniam com direito a voz e voto, em uma reunião mensal com a Coordenação. Já no segundo ano, este colegiado adequou-se

ao regulamento da universidade, passando a ser um espaço de representação dos diversos segmentos que compõem a Residência.

Este lugar foi criado para ser o espaço deliberativo do Programa. Porém, as discussões sobre as questões pedagógicas eram realizadas pela *Equipe de Gestão* formada pelo grupo dos preceptores e coordenação. Alguns dos sujeitos mencionaram que, a COREMP era um espaço estritamente político.

Outro espaço coletivo com representação é o Conselho de Parceria, instância intersetorial para a discussão da relação ensino-serviço. Neste conselho estariam também representantes da Secretaria Municipal de Saúde, dos serviços, da universidade, dos cursos de graduação da saúde, estudantes e residentes da área da saúde.

Além destes espaços coletivos, os residentes tinham duas horas semanais para o encontro do próprio Coletivo:

“esta foi uma grande conquista dos residentes. A gente começou a enfrentar problemas com a coordenação e a gente se reunia em horários extracurriculares pra debater sobre essas questões. (...) uma das argumentações era que como a gente tinha participante na COREMP, a gente precisava de um espaço para discutir questões que iriam ser deliberadas” (residente 1).

Até os meses da vivência institucional, nenhum outro programa no país, contemplava em sua carga horária, espaço instituído para o encontro de residentes, sem mediação da coordenação, do preceptor ou tutor. Este espaço era coordenado por residentes do primeiro e segundo anos. Neste espaço, discutiam-se pautas dos espaços de representação do Programa e realizavam diversas atividades temáticas, com filmes e textos, atividades lúdicas e também de cunho político, como discussões do Movimento Nacional de Residentes e os rumos da Política Nacional e Local.

6.5.2 A PRODUÇÃO DA CARTOGRAFIA: UMA ANÁLISE A PARTIR DA CO-GESTÃO E DA PARTICIPAÇÃO

Nesta cartografia, propõe-se analisar as potências dos espaços de gestão e participação para a dimensão política da formação. Buscou-se compreender o funcionamento dos espaços coletivos e entender como e por quem as decisões são tomadas, quais suas conexões.

Defende-se que, para além dos espaços coletivos, o modelo de gestão se conforma nas relações, na forma como as decisões são percebidas e vivenciadas pelos sujeitos no cotidiano das instituições.

Para tanto, a co-gestão, não deve ser prescrita ou fetichizada, um *algo a priori*, localizado em um ou outro lugar, ou como ‘o lugar’ para a politicidade. Deve ser entendida como (permanente) tensão para a produção de novas formas de se relacionar, como modo de ser na organização. Não se busca localizar o exercício do poder nos espaços coletivos, mas reconhecê-los como potentes dispositivos para a produção de novos possíveis, de pertencimento às obras e ao território, de construção de si e das relações no e com o mundo. Porém, um dos residentes referiu que

“não é uma diretriz do programa valorizar a co-gestão. O respeito pela postura de considerar todos como atores, como protagonistas, como pessoas que também constroem o programa. Muitas vezes, frente aos nossos posicionamentos, somos chamados de briguentos e os esteriótipos aos quais somos enquadrados podem demonstrar que não há um reconhecimento da participação na formação” (residente 4).

Para tanto, entende-se que falar em co-gestão pressupõe a discussão de participação, de politicidade. Pois, se a politicidade *acontece* em todos os momentos em que os atores questionam e exercem o poder,

“partimos do entendimento de que a dimensão política não se situa num momento exclusivo e delimitado por dispositivos institucionais. (...) restrita a mecanismos de representação, (...) que desvincula o

cotidiano da dimensão política que o constitui” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006, p.369-370).

Apesar deste reconhecimento, durante a vivência busquei analisar, a partir de alguns espaços de decisão instituídos, como os sujeitos se relacionaram e decidiram a partir dos acontecimentos no território. Na experiência institucional, o funcionamento dos espaços coletivos foi um importante analisador para a compreensão das linhas de força no território. Um destes espaços foi a COREMP.

A partir da suspensão da reunião ordinária que seria realizada no final do ano de 2008 e que deliberaria sobre vários assuntos de interesse dos residentes, a legitimidade do principal espaço coletivo da residência foi colocada em xeque. Os residentes levantaram a centralização das decisões pela coordenação e pela Equipe de Gestão, formada, também, por preceptores.

Ressaltaram a importância de fortalecer a COREMP como espaço de negociação e definição dos rumos institucionais do programa com a participação de todos, visto que, ainda, a Comissão era espaço de legitimação das propostas da Equipe de Gestão. Nas entrevistas, pode-se evidenciar que, além dos residentes, outros sujeitos, compreendiam a COREMP como espaço de participação e decisão.

“a COREMP é um espaço um pouco confuso, espaço em que as pessoas não entendem direito o seu papel. É um espaço que não é bem utilizado. Deveria ser um espaço para ouvir mesmo, de representação, de ouvir o coletivo” (tutor 3).

No entanto, defende-se que tais artefatos políticos, os espaços coletivos representativos, sejam um dos espaços para o exercício da politicidade, mas

“pensar na participação política como restrita a mecanismos de representação corre o risco de ter como efeito a objetivação dos homens em suas relações de co-existência e de produção de si e do mundo” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006, p.370).

Um preceptor, na reunião da Equipe de Gestão, identificou, a partir dos acontecimentos do território, que o *grupo dirigente* precisava reconhecer a ausência de espaços ampliados, para além dos espaços instituídos representativos, para discussão de problemas convergentes:

“nunca houve um encontro entre residentes e gestão do programa. (...) em momento de crise, os fóruns de gestão do cotidiano não dão conta, devem ser ampliados. (...) precisamos rever a forma como nos relacionamos” (preceptor A)¹².

Nesta mesma reunião, evidenciou-se a polarização dos movimentos. A partir dos tensionamentos que aconteceram durante a vivência, um dos sujeitos afirmou

“não podemos misturar o programa com o movimento deles” (vice-coordenação)

De um lado, o Coletivo de Residentes, de outro, preceptores, tutores e coordenação buscavam respostas para a resolução dos mesmos problemas. Porém, nesta mesma reunião, um preceptor destaca a falta de espaços de diálogo e deliberação com a participação de todos:

“houve uma decisão unilateral dos residentes pela nossa alienação. O movimento não pode ter duas frentes. (...) nossos encontros tem sido sempre polares. (...) precisamos discutir como coletivo” (preceptor A).

Falou-se da COREMP e da Equipe de Gestão para desdobrar as tensões entre preceptores, coordenação, tutores e residentes. Mas no espaço coletivo dos Residentes, a disputa pelas concepções de gestão e o interesse em participar das decisões do Programa, também, vieram à tona. Nem todos os residentes compreendiam os espaços coletivos como parte de sua formação ou desejavam fazer parte dos rumos do Programa e do Sistema Único de Saúde.

¹² O preceptor A não foi entrevistado, razão de não identificá-lo por número. As falas foram retiradas dos meus diários de bordo redigidos a partir da participação nas reuniões da COREMP e Equipe de Gestão.

“este espaço está institucionalizado como espaço de formação, saber se organizar reivindicar, fazer discussão como parte da formação, tá nas competências atitudinais deles, mas começou a esvaziar e eles me pediram para passar lista de presença. Daí eu disse, vocês vão ter que conquistar as pessoas, vocês querem obrigar as pessoas a estarem naquele espaço?” (coordenadora).

Neste sentido, Merhy (2002, p.15) ressalta que

“somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas”.

Ao questionar sobre a “formalização” do espaço coletivo e sobre a participação, os residentes referiram:

“a gente até avalia se foi positivo ou não, pelo fato de estar na carga horária e as pessoas tem a liberdade para decidir se vão... porque nem todos participam, mas é uma coisa que está posta, formalizada” (residente 3).

“no começo, muitos participavam, pra se conhecer, saber o que estava acontecendo, entender o processo. Aí começou a esvaziar. Algumas pessoas se sentiam oprimidas pelos “super políticos”. Agora estamos num momento complicado, com esvaziamento da reunião dos residentes” (residente 1).

Além das divergências sobre quais são os atores e espaços que decidiam, há a forma como estes espaços funcionaram. Vimos que são vários os *entendimentos-força* sobre gestão e participação. Alguns sujeitos reconheceram a importância dos espaços de gestão e participação como parte da formação dos sujeitos envolvidos no processo educativo:

“a gente tem aprendido que é possível fazer no coletivo, como fazer no coletivo, de que coletivo a gente tá falando. (...) temos assembléia, a comissão da Residência, o coletivo de preceptores que organizam e conduzem a Residência, a equipe da unidade. Precisamos identificar o que é próprio de cada coletivo e escolher o local mais adequado para debatê-los. Senão geram muitas confusões do que é ser ou não democrático” (preceptor 3).

Neste sentido, Guizardi & Pinheiro (2006) sugerem um movimento de inversão em relação ao tema da participação nos processos educativos, dizendo que não se trata de formar para participar, mas de participar para formar. Na defesa da participação política como possibilidade de formação de uma cultura democrática, as autoras dizem que

“conferir visibilidade às ações que configuram o cotidiano institucional possui relevante caráter formativo, quando se enunciam os valores que a determinam e se possibilita um diálogo sobre eles. (...) a dimensão formativa desse processo resulta do fato de que os enunciados assim produzidos adquirem sentido apenas na especificidade do seu engendramento que expõe (...) as relações de poder em jogo, a postura e os valores dos interlocutores, seus pressupostos e sentimentos” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006, p.378).

Na perspectiva de participar para formar, durante a experimentação na organização, notou-se que, apesar das tensões em relação à tomada de decisões, as disputas foram importantes para construir novas relações e entendimentos sobre os processos de gestão:

“tinha realmente, por parte de alguns residentes, um pouco do ranço do movimento estudantil, de demarcar posição, de fazer enfrentamento, de acreditar que a sua forma de fazer era o melhor caminho. (...) a instituição da COREMP é fruto deste processo de disputa, de amadurecimentos das relações” (residente 4).

Assim, necessita-se compreender o caráter formativo dos processos decisórios. Reconhecer e expor os dispositivos de poder que restringem a capacidade de governo da coletividade. Buscar instituir espaços de encontro, de co-responsabilização, de solidariedade entre os sujeitos. Pois entende-se que

“enquanto nossas instituições e as relações que as organizam e perpetuam permanecem na objetivação dessa dimensão política (...), não podemos vislumbrar a concretização de um sistema de saúde fundado sobre os valores democráticos e universais” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006, p.370).

6.6 CARTOGRAFIA DAS POTÊNCIAS PARA A DIMENSÃO POLÍTICA NAS RELAÇÕES NAS PRÁTICAS DO CUIDADO

Ao buscar a discussão do quadrilátero da formação proposto por Ceccim & Feuerwerker (2004, p.41) como “teoria-caixa de ferramentas para a análise crítica da educação que temos feito no setor saúde”, e interpelar os dados produzidos na vivência, a formação nas Residências contempla, majoritariamente, a relação ensino-serviço. No entanto, ressaltam que “o componente *serviço* não pode se restringir à noção de práticas de atenção. Deve revelar uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p.46).

A vivência em diversas realidades organizacionais pode ser um componente importante para o reconhecimento da rede de serviços e das potencialidades/dificuldades encontradas no Sistema de Saúde. Isto pode propiciar a interação com diversos sujeitos com entendimentos e intervenções sobre o processo saúde-doença dos territórios e seus condicionantes. No cotidiano das unidades de saúde da família, por exemplo, nas reuniões da equipe de referência e nas reuniões com a comunidade, residentes e tutores vivenciam importantes espaços para o exercício da politicidade.

“a forma de trabalho proposta ao residente dentro dessa formação, nos dois anos de residência, é uma forma de trabalho claramente pro residente exercer uma função política, na micropolítica. Como é que ele faz a gestão do espaço da unidade, do trabalho dele, das escolhas que ele faz, propor projetos e ações na equipe de referência? As unidades são, absolutamente, espaços políticos, pensando na micropolítica do poder” (preceptor 3).

6.6.1 ELEMENTOS PARA A PRODUÇÃO DA CARTOGRAFIA

Para conhecermos os espaços pedagógicos vivenciados, o quadro abaixo mostra as grades horárias da turma de residentes (2007-2009), no primeiro e segundo anos (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007, p. 22; UFSCAR/SÃO CARLOS,

2008, p. 27):

Figura 5: Grade semanal de atividades dos residentes do 1º ano (turma 2007-2009):

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	sábado
Manhã	USF	USF	USF	Preceptori AAD	AAD	Tutoria
Tarde	AAD	USF	USF	USF	USF	
Noite		Consultoria				
		Reunião com a Coordenação*	USF**	Consultoria		

USF: Unidade de Saúde da Família

AAD: Auto aprendizagem Dirigida

*mensalmente

**quinzenalmente

Neste quadro, evidenciamos que, no primeiro ano, os espaços de ensino-aprendizagem foram nas unidades de saúde da família, reforçando o caráter diferencial entre cursos de especialização em saúde da família *lato sensu* e os de modalidade Residência, concentrando suas práticas no mundo do trabalho no cuidado. Ceccim & Ferla, 2003, p.217) afirmam que

“o contato continuado dos profissionais com os usuários das ações e serviços de saúde, atuando em equipes com trabalho coletivo e co-responsável, permite o cruzamento dos saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais”.

No final do ano de 2008, houve uma deliberação da Comissão Nacional das Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) para o aumento da carga horária de 40 para 60h/sem. Assim, no segundo ano, apesar das divergências em relação à necessidade deste aumento, incluíram-se novas atividades na grade semanal dos residentes, como mostra a figura a seguir:

Figura 6: Grade semanal de atividades dos residentes do 2º ano (turma 2007-2009):

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira	sábado
Manhã	USF	USF/ ou Estágio Especializado	USF	USF	AAD	Atividade na comunidade ou outro cenário
Tarde	USF	AAD	USF	AE	Reunião dos Residentes Atividade de Consultoria	AAD
Noite	Unidade Estruturada	Atividade na comunidade ou outro cenário	USF**	Atividade na comunidade ou outro cenário	Atividade na comunidade ou outro cenário	

USF: Unidade de Saúde da Família
 AAD: Auto aprendizagem Dirigida
 AE: Ambulatório Especializado

Como apresentado, os principais cenários de ensino-aprendizagem, unidades de produção pedagógica, são as Unidades de Saúde da Família (USF). No currículo consta que o objetivo do Programa é formar trabalhadores para o “exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde das pessoas e de comunidade e na gestão e organização do trabalho, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida” (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007, p.14).

Em respeito ao modelo de atenção preconizado pelo município, Vigilância à Saúde, a formação da primeira turma foi dividida em quatro áreas/desempenho, a saber: cuidado integral às necessidades de saúde individuais em todas as fases do ciclo de vida; cuidados às necessidades de saúde coletivas; organização e gestão do trabalho de vigilância à saúde e investigação científica.

O Programa em seu processo ensino-aprendizagem-trabalho (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007, p.19) visa “garantir a relevância desta formação, uma vez que os residentes também são co-responsáveis pelo trabalho desenvolvido pela Equipe de Saúde da Família a qual estiver vinculado” e que uma inserção orgânica pode

potencializar o vínculo e o compromisso dos residentes com os usuários e comunidade assistida.

Como vimos, os residentes desenvolvem, a maior parte de suas atividades, nas USF e a teorização e reflexão são advindas do mundo do trabalho no cuidado, visando à transformação de práticas.

“a residência é uma estratégia pra potencializar os serviços, não só para formar residentes, mas que possa favorecer a transformação das práticas de saúde na rede e, conseqüentemente, os profissionais que estão lá. (...) pensar a prática lá no cotidiano do cuidado, em momentos de reflexão, problematização e teorização entre pessoas de diferentes áreas de atuação e inserção, numa perspectiva de ampliação da clínica, de ampliar, também o conceito de saúde dos trabalhadores da rede” (vice-coordenadora).

6.6.2 A PRODUÇÃO DA CARTOGRAFIA: RESIDÊNCIA COMO DISPOSITIVO PARA MUDANÇA DE PRÁTICAS

Nas relações celebradas entre os sujeitos envolvidos no processo educativo, mesmo não tendo vivenciado as atividades nas unidades de saúde da família devido a paralisação das atividades pedagógicas, nas falas dos sujeitos, pode-se observar a potência da Residência como estratégia de Educação Permanente para mudança de práticas, tanto na relação da instituição de ensino com a rede de serviços, como nas relações entre os sujeitos no mundo do trabalho no cuidado. Neste sentido, Franco (2007, p.429) ressalta que

*“experiências inovadoras de mudanças em sistemas e serviços de saúde, que têm como base a reorganização do processo de trabalho, têm demonstrado que a ação dos coletivos de trabalhadores em uma nova forma de produção do cuidado, cria nos mesmos um modo novo de significar o mundo do trabalho na saúde. Ao mesmo tempo em que produzem o cuidado, os trabalhadores produzem a si mesmos como sujeitos. Trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde como processos de *cognição* e *subjetivação* e acontecem simultaneamente como expressão da realidade”*.

Durante a vivência, em várias falas, observou-se que, desde a formulação, na sua primeira turma, o Programa de Residência da UFSCar intentava aproximar a Universidade da rede de serviços. O projeto buscava inserir todos os envolvidos, universidade, estudantes, gestores e trabalhadores da saúde na discussão da formação dos trabalhadores e no debate sobre a mudança de modelo de atenção no município. Buscava-se discutir a importância da Rede-Escola de Cuidados à Saúde:

“pensando na cidade, pensando no porque da existência do Programa de Residência, no porque foi implantado, (...) e na forma de inserção dos residentes nos serviços tem muita relação à discussão da Rede-Escola. E ela é, claramente, um espaço de disputa” (preceptor 3).

“a residência teve e tem um papel fundamental nos cursos da saúde da UFSCar, (...) tirá-los de dentro da universidade, isso já demonstra que está cumprindo seu papel na reorientação da formação e qualificação do serviço” (coordenadora).

A proposta da Rede-Escola de Cuidados à Saúde, além de colocar na mesma roda, universidade, gestão e serviço, é a compreensão de que todos estão, o tempo todo, em processo de aprendizagem e que todos são co-responsáveis pela formação dos trabalhadores e da rede de serviços:

“agora a equipe tem que entender que modelo é esse, e também sentir que também é papel dela a formação do SUS. A residência vem nessa dimensão de formar trabalhadores para o SUS, ela também vem para rever as práticas dos trabalhadores que já estão lá. Potencializa o fazer dentro do serviço” (tutor 3).

Nas falas das tutoras entrevistadas, mesmo com apenas dois anos, observam-se as potencialidades desta modalidade de formação na integração ensino-serviço:

“um tempo atrás a universidade era a universidade, nós reles trabalhadores. Agora a gente está num espaço de perguntar: mas como isso? Vamos construir juntos?” (tutor 1).

“na primeira turma, a gente não tinha resposta. Então a gente construiu juntos. Sentávamos e perguntávamos: Como é que vamos fazer isso?” (tutor 2).

Assim, entendendo que “o trabalho em saúde promove processos de subjetivação, está além das práticas e saberes tecnológicos estruturados” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p.48), e que “a educação pode ser dispositivo de mudança, (...) propõe-se trabalhar, além da cognição, o campo das subjetivações” (FRANCO, 2007, p. 427), observou-se que a Residência fez circular uma nova subjetividade nos serviços:

“ela transforma a rede, transforma a gente mesmo. A residência propiciou que a gente reflita juntos, serviço e universidade, tutores, preceptores e residente. (...) esse programa de residência é construído por nós...” (tutor 1).

Franco (2007) afirma que o que faz o trabalhador agir de uma forma ou de outra é a sua subjetividade. Ela pode ser estruturada com base na história de vida, nas experiências, nos valores que adquiriu e que podem determinar a forma de analisar e intervir sobre o mundo do trabalho em saúde. Porém, a subjetividade como produção,

pode sofrer processos de mudança ao longo do tempo ou ser levada a isso.(...) Lidar com a subjetividade é algo extremamente complexo e mais difícil é mudá-la, ou seja, criar processos de subjetivação capazes de produzir impacto no modo como cada um interpreta e atua sobre o *socius*” (FRANCO, 2007, p.431-432).

Neste sentido, Franco (2007, p.436) ressalta o caráter transformador da ação produtiva, afirmando que “ao mesmo tempo em que o trabalhador produz os atos de cuidado, mudando a realidade, produz a si mesmo como sujeito”. A Residência, no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, mostrou-se potente como estratégia de mudança de práticas. A presença dos residentes nos serviços foi apontada como importante elemento destas mudanças:

“Eles (os residentes) trouxeram muitos conhecimentos novos, teorias. Acho que isso capacitou muito a gente, (...) sempre foi uma relação de muita troca, já que entramos todos juntos” (tutor 2).

“os residentes conseguiram fazer com que a equipe pensasse, fizeram aquele movimento de conduzir a equipe para uma idéia de que é possível mudar, sempre instigando. A equipe é outra. Eu sou outra. (...) não ia ter significado se eles não tivessem importância para o serviço, a gente deixou muito aberto o campo, pra eles atuarem e nos ajudarem a construir outra prática” (tutor 1).

“Quando a gente chegou no município, a reunião de equipe tinha sido instituída a pouco tempo e era um espaço para discutir coisas burocráticas ou simplesmente não existia. A gente conseguiu transformar em espaço de discussão de caso, de problemas da unidade, de gestão mesmo” (residente 1).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFSCar, além de impulsionar processos de Educação Permanente nas equipes, associando processos de cognição à produção de nova subjetividade, contribuiu para a ressignificação das práticas, porque conforme Ceccim & Ferla (2003, p.213),

“os trabalhadores de saúde são indivíduos em processo de subjetivação, tanto pelo próprio trabalho – como um território de experimentação de si, de relações profissionais e de contato com a alteridade despertada pelos usuários das ações e serviços profissionais -, quanto pela educação pelo trabalho - cenários de desafios ao pensamento e a reinvenção de si , dos saberes e das práticas”.

Como alternativa para o desenvolvimento de novos perfis profissionais, a residência multiprofissional em saúde proporcionou muitos encontros nos locais de produção de ações de saúde pela presença contínua dos residentes. Segundo Ceccim & Ferla (2003), uma formação para a integralidade da atenção requer o desenvolvimento do aprendizado e prática multiprofissional e da diversificação das unidades de produção pedagógica. Afirmam que

“a experiência acumulada no país sobre projetos de mudança tem sido enfática em afirmar a multiprofissionalidade e o caráter interdisciplinar em saúde do trabalho em saúde, (...) para dar guarida às histórias e projetos de vida que se expressam nos serviços de saúde” (p.212).

Esta característica pode ser importante na formação dos trabalhadores para a integralidade da atenção e para o exercício da politicidade:

“na medida em que ela se propõe a ser multiprofissional, a residência é uma estratégia para trabalhar a diferença. Nós não temos formação para trabalhar em equipe (...) você aprender a refletir com o sujeito, aprender a completar as ideias” (preceptor 4).

“ampliei bastante minha visão na residência, pelo contato com outras categorias profissionais, outras formas de fazer, outros conceitos. Apesar de toda esta vivência gerar crise, de se encontrar na profissão, de começar a questionar a própria profissão, de rever sua própria prática. Fazer o enfrentamento de algumas situações suas que eram bastante tradicionais, bastante tecnicistas” (residente 4).

Na perspectiva da integralidade, o trabalho em equipe multiprofissional pode contribuir para a ampliação da clínica, para a qualificação do diálogo e troca entre as diferentes categorias profissionais, além da qualificação dos processos de trabalho e suas práticas:

“eles (residentes) aprenderam a interferir e a acharem caminhos, buscar parcerias dentro das equipes e da comunidade. (...) sair do foco só profissional centrado e ser capaz do diálogo com os outros trabalhadores da equipe” (preceptor 2).

Porém, como toda força que *vetoriza*, que tensiona para a mudança de sentidos, a Residência, política idealizada, estrategicamente, para buscar a modificação das práticas no cuidado e para formar trabalhadores da saúde no sentido da integralidade, enfrentou (e ainda enfrenta) dificuldades. Não só macropolíticas, mas na micropolítica das equipes e dos serviços. Foram vários referenciais em disputa o tempo todo.

No início do Programa houve diversos entendimentos sobre a “inserção orgânica dos residentes no serviço” (UFSCAR/SÃO CARLOS, 2007, p.19). Os sujeitos, em suas diferentes funções, referiram que a diversidade de entendimentos e interesses propiciou momentos de tensão, logo na chegada dos residentes nos serviços:

“e equipe não foi preparada para receber os residentes. A inserção deles foi bastante complicada” (tutor 3).

“Inicialmente, as pessoas do serviço achavam que o residente viria para somar em número de atendimentos e pra diminuir a fila de

espera. (...) Então você se manter num lugar, precisando construir justificativas para a sua existência e permanência naquele lugar com uma lógica completamente diferente do esperado, é absolutamente político. Como desmistificamos expectativas? Como se constrói este espaço? A justificativa do residente no serviço foi e é argumentada politicamente” (preceptor 3).

“no início foi difícil: preceptor que conhecia pouco o SUS, unidades que nunca tinham recebido estudante neste grau de inserção numa unidade pequena” (coordenadora).

“uma das primeiras coisas, logo que chegamos, foi a dificuldade de inserção nas equipes. A resistência a outras ideias. E, no início, a gente teve pouca tranquilidade de fazer este manejo, de saber reconhecer o tempo da rede” (residente 3)

O arranjo sugerido para inserção dos residentes nas equipes foi um dos motivos de tensão no início do Programa. O não experienciado desenho, em que vários núcleos profissionais eram distribuídos nas equipes de referência (dentistas e enfermeiros) e de apoio matricial (restante dos trabalhadores-residentes) foi levantado como problema na aceitação dos residentes.

“o matriciamento foi o grande problema de inserção deles na rede, porque: qual foi a expectativa da equipe? A proposta era que ele entrasse com a discussão do plano de cuidado, construísse o plano de cuidado junto à equipe. (...) mas o serviço reclamou... ah! Para ter residente assim, melhor não ter” (coordenadora).

“a nossa discussão sobre o bendito matriciamento, discussões infundáveis, o que é o matriciamento, o que é equipe matricial e de referência. Nossas dificuldades tiveram muito a ver com a forma com que isto chegou ao serviço, a forma como os residentes chegaram, a forma como o serviço viu a chegada dos residentes” (preceptor 3).

Além da inserção e do arranjo proposto, a multiprofissionalidade, característica diferencial desta modalidade de formação, também, foi motivo de tensão. As disputas entre as categorias/núcleos profissionais foi ressaltada por um preceptor:

“você criar uma relação, é difícil, com o médico, com o tutor. (...) Ah! Vamos discutir agenda? O médico quer atender tal hora... como é que vamos fazer?(...) nos espaços pedagógicos contemplados na residência, discutem o trabalho e seu processo. Eu acho que discutir, por exemplo, porque você não chega na hora? (...) isto é a questão do trabalho em equipe. É pôr os residentes na roda mesmo com todos os atores. Isso é dimensão política na formação” (preceptor 4).

Ao evidenciar a presente disputa que existe entre as categorias profissionais no cuidado, Ceccim & Ferla (2003, p.215) reforçam que,

“ao supor que a atenção integral à saúde se faz por um modelo de saberes e de práticas, pela configuração de um logos da assistência, estasiavam-se as aprendizagens, as descobertas e as inovações. Qualquer modelo se define pelo esforço da permanência ou imposição de vigência, donde sua resistência à mudança. Quando se fala em educação dos profissionais da saúde, há necessidade de ousar uma resistência aos modelos identitários e a abertura à criação” (CECCIM & FERLA, 2003, p.215).

Neste sentido, na compreensão de que, no mundo do trabalho, há disputas entre campos de atuação e saberes, alguns sujeitos sinalizam a necessidade de incluir o debate da politicidade na formação dos trabalhadores:

“uma pessoa que passe por uma formação destas, vai conseguir intervir em cenários adversos? Conseguir dialogar com as diferenças, com as pessoas? Isso é um processo duro, a gente aqui passou dois anos fazendo enfrentamento com a equipe, muitas vezes errando” (residente 4).

“tem horas que eles percebem a fragilidade da própria formação, o poder exercido por algumas profissões, as vaidades, isto também faz parte do processo de formação deles. (...) Pois as universidades, todos os nossos cursos de graduação nos preparam para uns ambientes lindos e protegidos” (preceptor 4).

As diferentes inserções no sistema durante a formação nas Residências podem colocar os sujeitos do processo educativo em relações (de poder e saber) diferenciadas. Assim, compreendendo que “cada face (*da formação*) comporta uma convocação pedagógica, (...) uma luta política e uma trama de conexões” (CECCIM & FEUERWERKER, 2004, p.47), ressalta-se a importância do reconhecimento e explicitação das relações de poder nas equipes de saúde, no mundo do trabalho no cuidado.

“num momento a gente estava como residente, discutindo coisas sobre a residência e num outro momento estávamos com a

coordenadora de Atenção Básica, residente-trabalhador, discutindo pautas da rede. E eu acho que esta provocação na rede, gerou algumas mudanças, algumas inquietações nos trabalhadores” (residente 4).

Sabemos que o trabalho no mundo do cuidado está inserido num terreno no qual predominam as tecnologias leves, relacionais (MERHY, 2002). Sendo assim, o trabalho em saúde é permeado de encontros, de fluxos permanentes entre sujeitos. E “é exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção” (MERHY apud FEUERWERKER, 2005, p.502).

Neste sentido, a vivência no cuidado pode ser um importante espaço para o exercício da politicidade dos sujeitos envolvidos no processo educativo nas Residências Multiprofissionais, pois, todo o processo de trabalho no cuidado é um cenário de disputa de distintas forças instituintes (MERHY, 2002). Isto porque, mesmo que o trabalho vivo sofra processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento dos serviços de saúde, há “capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, capaz de encontrar novos territórios de significações” (FRANCO, 2006, p.460). Há formas de agir e atuar sobre o mundo, há singularidades que tensionam os sentidos que operam no território.

A proposta das Residências, além de formar trabalhadores inseridos nas equipes de saúde, pode interferir nas linhas de força cristalizadas nos serviços. A cada nova turma, novas conformações, novos fluxos conectivos, novos saberes e poderes intervindo nos processos produtivos podendo, assim, desencadear novos processos de subjetivação no mundo do trabalho na Saúde da Família. Pois

“ao mesmo tempo que disputa pela atualização cotidiana de práticas (...) insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, - implicando seus agentes -, às práticas organizacionais, - implicando

a instituição e/ou o setor da saúde -, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, - implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde” (FRANCO, 2007, p.432).

Portanto, reforça-se a Residência Multiprofissional como dispositivo de mudanças de práticas e potente para a formação de agentes micropolíticos na construção do SUS, porque

“os cenários de produção do cuidado, como cenários de produção pedagógica, ressignificam a educação na saúde e colocam-na para além da relação ensino-aprendizagem, mas no âmbito dos agenciamentos de cognição e subjetivação, com o sentido de criar grupos-sujeito capazes de assumir para si o protagonismo, sob certa intencionalidade, que determina o desenvolvimento do SUS” (FRANCO, 2007, p.435).

7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES...

REFLEXÕES A PARTIR DOS ACONTECIMENTOS DA VIVÊNCIA: O MOMENTO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS NO BRASIL

Certa vez, ouvi: “a macropolítica cria possibilidades; a micropolítica, realidades. Assim, após os quarenta e cinco dias de experimentação institucional pude vivenciar junto às singularidades de um território vivo, as potências das relações micropolíticas que operaram mudanças nos processos produtivos. De fato, foram dias de diversas desterritorializações, criando vários outros possíveis para a construção daquele Programa de Residência. Ocorreram mudanças em mim, nos sujeitos e no território. Movimentos de mudança nas relações nas práticas pedagógicas, nos espaços de gestão cotidiana e no cuidado nas Equipes de Saúde da Família.

“a residência alimentou as minhas escolhas, a minha aproximação com o SUS e com a possibilidade de desenvolver uma outra prática. (...) Acho que serviu muito pra isso e de reafirmar justamente a importância do engajamento do trabalhador, de ele ser protagonista do seu próprio trabalho, de poder construir o seu cotidiano, relacionado com uma política maior” (residente 4).

No entanto, durante aqueles dias, pude presenciar a grande preocupação em relação aos rumos das Residências Multiprofissionais no Brasil. Mobilizados, dentre outros fatores, residentes buscavam respostas para os recorrentes atrasos, desde o início do programa em 2007, no pagamento das bolsas.

“O Ministério da Saúde adverte: Residência com dias contados!”

“Fique tranquilo! A sua está garantida!”

“Lute com a gente pela continuidade dos Programas de Residência”

Estas frases foram afixadas na saída dos candidatos à terceira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Na mobilização, o cenário macropolítico foi trazido à cena. Além deste fato, logo na primeira entrevista, a coordenação do programa contou que o financiamento das residências multiprofissionais em saúde havia sofrido redução de 50%. Acreditava, inclusive, que em 2010, não haveria nova turma, em virtude da não priorização da estratégia pelo Ministério da Saúde após mudanças substantivas de rumo da política de Educação Permanente no país nos últimos anos.

Com o oitavo atraso no pagamento das bolsas desde o início da primeira turma, várias foram as justificativas. Versavam sobre problemas documentais dos residentes, como a não assinatura de termos de concessão de bolsas no início da primeira turma, até o não repasse das parcelas do recursos pelo Ministério da Saúde.

Na busca por respostas, em reunião do coletivo, um dos residentes falou:

“Tá na hora de a gente deixar de tratar os problemas que acontecem nacionalmente como alheios aos nossos problemas locais. Se a gente realmente não concorda com o modo que as coisas vêm acontecendo, a hora de renovar o movimento é agora”

Para tanto, formaram uma comissão para o conhecimento do fluxo de financiamento. Acionaram a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS), o Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde (FNRMS), o Ministério da Saúde (MS) e a DICON, órgão responsável pela fiscalização dos convênios da Universidade com o MS.

Enviaram ao FNRMS, uma solicitação formal em relação aos repasses às residências, pois a CNMRS reunir-se-ia no começo daquele ano. Intentavam que, o financiamento dos programas, fosse pauta da reunião para além da residência de São Carlos.

Um dos argumentos levantados pela coordenação foi o aumento da burocracia em relação aos repasses aos Programas de Residência. Afirmou que mudaram as formas de financiamento para os programas e que, a cada turma, deveriam realizar novo convênio com o MS/MEC, passando por nova avaliação.

Havia um panorama desfavorável da política na Universidade e em nível federal, com risco de não abrirem novas turmas. Afirmavam que os problemas no financiamento poderiam indicar a necessidade de uma análise dos rumos da política no país. Além das articulações externas, residentes buscavam fortalecer a residência junto à Universidade, Secretaria e a comunidade. Um grupo participou de reunião do Conselho Municipal de Saúde para publicizar o movimento e suas causas. Planejavam, também, a participação na reunião do Conselho de Parceria para pautar a residência e as garantias da continuidade do programa. Além da reunião com a Reitoria da Universidade solicitada pelos residentes para esclarecimentos sobre o pagamento das bolsas.

Todas estas ações levam-nos à reflexão sobre os rumos da especialização em serviço no Brasil e das atuais prioridades da política na qual se insere. As residências multiprofissionais em saúde como “tensão ou vetor de divergência ao instituído, oportunidade de *território* ao instituinte” (CECCIM, 2009) não são mais estratégicas para a formação dos trabalhadores da saúde? O aumento da 'burocracia' nos repasses tem sua motivação na qualificação dos programas ou no enfraquecimento dos Programas de Residência?

Seja na micropolítica dos serviços, da relação entre educadores e educandos nos espaços pedagógicos, ou na macropolítica, nos rumos da Política de Educação Permanente no Brasil, reconhecer os interesses em disputa e as relações de poder existentes se faz necessário. Para tanto, os processos educativos devem considerar as linhas de força que disputam os diversos projetos de saúde e de sociedade que permeiam os discursos e práticas.

Ressalta-se, assim, a necessidade de formar agentes micropolíticos para o fortalecimento do SUS, tanto para disputar a qualificação das práticas no mundo do cuidado como para tensionar o fortalecimento do SUS como política pública. Neste

sentido, as residências podem ser potentes dispositivos para a formação do trabalhador da saúde em defesa do SUS.

“a atual conjuntura, tanto pra dentro da Residência como pro Sistema Único de Saúde é de necessidade de um debate mais aprofundado, de envolver os trabalhadores na disputa deste projeto de saúde. (...) muitas coisas são colocadas de uma forma imposta, até verticalmente, do Ministério da Saúde para a universidade, da universidade para a coordenação, da coordenação para os residentes, entre os residentes, da unidade, dos trabalhadores com os residentes, acho que nas relações de uma forma em geral. Mas, às vezes, a gente consegue superar isso, muito pela posição que a gente se coloca como protagonista do que propriamente porque é uma coisa instituída, porque o ideal é assim ou porque a diretriz é essa. É a postura de não aceitar que coloca o outro numa postura de querer dialogar. Temos avanços no processo democrático, mas ele é atravessado a todo o momento” (residente 4).

No programa de Residência estudado pode-se compreender que a dimensão política foi contemplada nos encontros, nas tensões entre os sujeitos durante o processo educativo. Sem dúvida, a vivência nos espaços pedagógicos, de gestão e no mundo do cuidado colocam sujeitos com desejos e interesses diferenciados nas disputas cotidianas, e, assim a politicidade acontece. Logo, este trabalho intentou evidenciar que é necessário reconhecer as relações de poder que permeiam a formação dos trabalhadores da saúde.

Não haverá mudanças nas práticas de cuidado sem a formação de sujeitos desejantes de um SUS fortalecido. Assim, reforça-se a Residência Multiprofissional como espaço potente para a formação de agentes micropolíticos em suas diversas inserções no sistema de saúde.

Para tanto, deve-se considerar a dimensão política na formação dos trabalhadores da saúde, pois ela “inscreve-se na necessidade de escolher e afirmar determinados valores em detrimento de outros, o que constitui o cerne de toda atividade implicada na produção do mundo (...) e das relações que o configuram” (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006, p.369).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAREMBLITT, Gregório. **Introdução à esquizoanálise**. 2.ed. Belo Horizonte: Biblioteca Instituto Félix Guattari, 2003.

_____. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5.ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BRASIL. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - Exercício 2007/2009**. Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, 2009.

_____. Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2005a.

_____. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde. Conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. **Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BICHUETTI, Jorge; OLIVEIRA, Maria de Fátima; AMORIN, Margarete.

Esquizoanálise e Produção do conhecimento: o uso do esquizodrama na pesquisa. Disponível em: <http://www.fgbbh.org.br/artigos/esquizoanalise_e_producao.htm>. Acesso em 02 de abril de 2009.

CAMPOS, Francisco E. Apresentação. In: BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão W. S. Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo”. **Interface:** comunic, saúde, educ, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Reforma da reforma.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAPELLE, Mônica C. A. *et al.* Relações de poder segundo Bordieu e Foucault: uma proposta de articulação teórica para a análise das organizações. **Organizações Rurais & Agroindustriais.** Lavras, v.7, n.3,p.356-369, 2005.

CECÍLIO, Luis C. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface:** comunic, saúde, educ, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago 2007.

CECCIM, Ricardo B. “Ligar gente, lançar sentido: onda branca de guerra” a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface:** comunic, saúde, educ, v.13, n.28, p.233-235, jan/mar 2009.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface:** comunic, saúde, educ, v.9, n.16, p.161-177, set/2004/fev/2005.

_____.; BILIBIO, Luis F. S. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS.

In: BRASIL. **VERSUS-Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde/SGTES/DEGES, 2004.

_____.; FEUERWERKER, Laura M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. n.14, v.1, p. 41-65, 2004.

_____.; FERLA, Alcindo F.; Residência Integrada emSaúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A.(org.). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro:UERJ,IMS: ABRASCO, 2003. p.211-226.

COLETIVO NACIONAL DE RESIDENTES. **A formação de trabalhadores para o SUS**: modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/download/residencia.pdf> >. Acesso em 20 de dezembro de 2009.

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

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia (v.1). Rio de Janeiro: Editora 94, 1995.

DEMO, Pedro. **Pobreza política**: a pobreza mais intensa da pobreza brasileira. Campinas: Armazém do Ipê: Autores Associados, 2006

_____. **Politicidade**: razão humana. Campinas: Papyrus, 2002.

_____. Pesquisa Qualitativa: busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. In: **Rev. latino-am. Enfermagem**. v.6, n.2, p.89-104, 1998.

DURÁN, Alberto G. **Mudanças na formação superior de profissionais de saúde: experiências de ativadores do Paraná.** 2008. 182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

FAGUNDES, Sandra S. **Águas da pedagogia da implicação: intercessões da educação para as políticas públicas de saúde.** 2006. 231f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FERLA, Alcindo A.; CECCIM, Ricardo B.. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

FEUERWERKER, Laura M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface: comunicação saúde educação** v.13, n.28, p.229-230, jan./mar. 2009.

_____; COSTA, Heloniza G.; BARBOSA, Neusa; KHALIL, Maria E. **O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA.** Portal da Rede Unida. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/div_process.asp>. Acesso em 15 de setembro de 2007.

_____. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. In: **Interface: comunic, saúde, educ,** v.9, n.18, p.489-506, set/dez. 2005.

_____. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados.**São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

_____. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.** São Paulo: Hucitec:Rede Unida, 1998.

_____. PEREIRA, Luciana A. **O papel dos mecanismos de indução para a transformação da formação médica.** [S.l.:s.n, 20--].

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso.** 12.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

_____. **História da sexualidade 1: a vontade de saber.** 16.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. **Microfísica do poder.** 17.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, Túlio B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários no sistema de saúde no Brasil. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.23, p.427-438, set/dez 2007.

_____. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rubem. In: **Gestão em redes.** Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ – ABRASCO, 2006, p.459-473.

FREIRE, Paulo. **Política e educação.** 8.ed. Indaiatuba: São Paulo: Villa das Letras, 2007.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 36.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 18.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. SHOR, Ira. **Medo e Ousadia: o cotidiano do professor.** 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. **Educação e mudança.** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREITAS, Ana Lúcia de. **Pedagogia da conscientização**: um legado de Paulo Freire à formação de professores. 3.ed. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2004.

GADOTTI, Moacir. **Pedagogia da práxis**. 4.ed. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 2004.

_____. Projeto Político-Pedagógico da escola cidadã. In: BRASIL. **Salto para o Futuro**: Construindo a escola cidadã, projeto político-pedagógico. Brasília: Ministério da Educação: Secretaria de Educação a Distância, 1998.

_____. **Educação e compromisso**. 2.ed. Campinas: Papirus: 1988.

GAUTHIER, J. SOBRAL, V. Análise institucional e esquizo-análise: uma abordagem política na pesquisa. In: Gauthier J e colaboradores. **Pesquisa em enfermagem** : novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1998.

GIARETTA, Paulo F.; MENEGHEL, Stela M. **A dimensão política na prática pedagógica da formação de professores no ensino superior**. Anais do VIII Congresso Nacional de Educação – EDUCERE [recurso eletrônico]: formação de professores: edição internacional; Anais do III Congresso Ibero-Americano sobre violências nas escolas – CIAVE. Curitiba: Champagnat, 2008. Disponível em < http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/763_653.pdf >. Acesso em setembro de 2009.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 8.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GUIZARDI, Francine L.; PINHEIRO, Roseni. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais . In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rubem. In: **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ – ABRASCO, 2006, p.369-384.

LINS, Daniel. Mangué's School ou por uma pedagogia rizomática. **Educação & Sociedade**: Revista de Ciência da Educação/ Centro de Estudos Educação e Sociedade. v.26, n.93, p.1229-1256, 2005.

LOBATO, Carolina P.; KREUTZ, Juliano A. MELOTTO, Patricia. **Residência Integrada em Saúde**: apontamentos a partir da educação permanente. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública/RS:Centro de Saúde-Escola Murialdo, 2006.

MACHADO, Roberto. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 17.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

MALTA, Deborah C.; MERHY, Emerson E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 7, n.1.jan-jun,p.61-66, 2003.

MASCARELLO, Marinete R.P.; BARROS, Maria Elizabeth B. Nos fios de Ariadne: cartografia da relação saúde-trabalho numa escola pública de Vitória-ES. In: **Revista Brasileira de Educação**. v.12, n.34. jan-abri, p.104-120, 2007.

MATUI, Jiron. **Construtivismo**: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino. São Paulo: Moderna, 1995.

MERHY, Emerson E. **Perspectivas Atuais do SUS e agir tecnológico do trabalhador como um ato ético político**. Disponível em: <<http://paginas.terra.com.br/saude/merhy/textos/ArtigoMerhyservsocialUnicamp.pdf>>. Acesso em maio de 2009.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. ONOCKO, Rosana. Apresentação: o sentido deste livro e seus compromissos. In: **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MITRE, Sandra M; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; GIRARDI-DE-MENDONÇA, José M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, Sup 2, p.2133-2144, 2008.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste M. **Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde.** Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma09.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2010.

OLIVEIRA, Marilda S. Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no contexto da graduação dos cursos da área da saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, p.123-140, 2006.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina B. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana de (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa - intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, p.17-31, 2009.

PRADO, Mauro Machado. GARRAFA, Volnei. A Bioética na formação em odontologia: importância para uma prática consciente e crítica. **Comum Ciênc Saúde.** v.17, n.4, p.263-274, 2006.

RAMOS, Alexandre de S.; BÚRIGO, André C. *et al.* Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, p.376-390, 2006.

ROLNIK, Sueli. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

SÃO CARLOS. **A cidade: dados da cidade.** Disponível em: <<http://www.saocarlosocial.com.br/>>. Acesso em agosto de 2009.

UFSCAR/SÃO CARLOS. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2008-2010**. São Carlos: EdUFSCar, 2008.

_____. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2007-2009**. São Carlos: EdUFSCar, 2007.

VASCONCELLOS, Jorge. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. **Educação & Sociedade**: Revista de Ciência da Educação/ Centro de Estudos Educação e Sociedade. v.26, n.93, p.1217-1227, 2005.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a Educação**. Belo Horizonte:Autêntica, 2003.

APÉNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA CARTOGRAFIA DA DIMENSÃO POLÍTICA

Eu, _____, estou sendo convidado (a) e concordo em participar da pesquisa sobre a *dimensão política da formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família de São Carlos/SP*, com o objetivo de *compreender de que forma a Residência Multiprofissional em Saúde da Família*, vinculada à Universidade Federal de São Carlos-SP, *contempla a dimensão política na formação dos trabalhadores da saúde*. Concordo em responder questões a respeito de minha vida acadêmica e profissional, bem como questões relacionadas ao processo de trabalho do Programa de Residência e a formação dos trabalhadores residentes naquela instituição. Fui informado de que posso, *a qualquer momento, desistir* de participar e que minha recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição à qual a pesquisa está vinculada. Estou ciente que as *informações* por mim fornecidas são *confidenciais* e quando divulgados os *resultados*, serão de *forma global e anônimos*. Em caso de dúvida posso esclarecer com a autora da pesquisa Carolina Pereira Lobato, mestranda em Saúde Coletiva na Universidade Estadual de Londrina, PR. Telefone: (43) 99843999/ (43) 33046664.

Entrevistado:

Assinatura: _____

Entrevistador:

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

**APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA – PRECEPTORES, TUTORES E RESIDENTES DE
2º ANO:**

1. Fale-me sobre sua trajetória acadêmica e profissional, da escolha da profissão até a vinculação ao ensino no Programa de Residência;
2. Na tua opinião, quais as diferenças da formação dos trabalhadores da saúde nas Residências Multiprofissionais de outras especializações lato sensu?
3. Você acha que a residência contribui para “formar profissionais críticos e reflexivos”? Por quê?
4. Se sim, em que momentos e espaços, podem potencializar este aspecto na formação do trabalhador? Se não, consideras importante este aspecto? Por quê?
5. Em sua opinião, a residência contempla a dimensão política na formação do trabalhador da saúde? Por quê?
6. Que trabalhador é esse, após dois anos de residência?


ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

PARECER CEP Nº 198/08 CAAE Nº 0191.0.268.000-08	Londrina, 30 de outubro de 2008.
PESQUISADOR(A): CAROLINA PEREIRA LOBATO	
Ilmo(a) Sr(a)	
<p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, <u>APROVA</u> a execução do projeto:</p> <p>"FORMAÇÃO POLÍTICA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO CARLOS/SP: ESTUDO DE CASO"</p> <p>Informamos que a Sr(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
Atenciosamente,	
<p> Prof.ª Dra. Ester M. O. Dalla Costa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL Coordenadora</p>	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
Via Washington Luís, km 235 – Caixa Postal 676
13565-905 – São Carlos – SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8676 / Fax: (16) 3351-8382
E-mail: rmsfc@power.ufscar.br



PARECER RMSFC N°. 001/08

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado **“FORMAÇÃO POLÍTICA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE SÃO CARLOS/SP: ESTUDO DE CASO”**, de responsabilidade da mestranda Carolina Pereira Lobato sob orientação da Prof.^a Dr.^a Regina Melchior da Universidade Estadual de Londrina – Paraná – UEL.

Os sujeitos da pesquisa serão os diferentes atores envolvidos no Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. A coleta de dados está programada para o período de janeiro e fevereiro de 2009.


Com relação à solicitação tenho a considerar que esta Coordenação nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- É a pesquisadora que fará o contato com os sujeitos da pesquisa previamente e havendo manifestação favorável o pesquisador formalizará o convite;
- Após a conclusão deverão ser enviados os resultados para que possamos socializar aos Departamentos da Universidade envolvidos no Programa, bem como a Rede de Escola de Cuidados à Saúde do Município de São Carlos.

O pesquisador deverá se apresentar aos sujeitos da pesquisa, bem como nos espaços sistematizados de cuidado - aprendizagem portando cópia deste parecer.

A pesquisa só poderá ser iniciada após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de origem.

São Carlos, 15 de Setembro de 2008.


Prof.^a Marilda Siriani de Oliveira
Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional
em Saúde da Família e Comunidade
UFSCar/CCBS

ANEXO C – MANIFESTO MOBILIZA-RES

MANIFESTO DO COLETIVO DE RESIDENTES

Diante do atual contexto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar o movimento de residentes, através deste *manifesto*, expõe seus incômodos e indignações, com a intenção de disparar um processo de reflexão e diálogo com todos os envolvidos com o Programa.

Ao longo desses quase 2 anos, encontramos muitas dificuldades na organização da Residência e muitos foram os esforços para o seu fortalecimento e a estruturação de suas atividades pedagógicas. O coletivo de residentes entende que a consolidação do programa é um processo em construção, sujeito a todos os problemas decorrentes de algo novo que se inicia. Sempre buscamos participar ativamente como colaboradores deste projeto e reconhecemos que importantes avanços aconteceram. No entanto, o momento pelo qual passamos atualmente evidencia um descompromisso relacionado aos pactos e planejamento previamente realizados, caracterizando retrocesso e *desconstrução*.

Num contexto de mudanças na gestão do município e do programa, levando a incertezas quanto à continuidade deste, tivemos, com as férias coletivas de preceptores a suspensão das atividades pedagógicas e da reunião ordinária mensal da COREMP, acarretando em grande impacto na nossa formação, inclusive considerando-se que faltam apenas 3 semanas para o término da atual turma de R2. Em nossas reuniões, realizadas nos dias 15/01, 22/01 e 23/01, tiramos os seguintes posicionamentos:

- O adiamento da Reunião ordinária da COREMP trouxe inúmeros prejuízos ao Programa, pois não houve discussão conjunta dos seguintes pontos: fechamento do processo seletivo dos novos R1; planejamento da saída dos R2 e atividades relacionadas; momento de transição entre saída dos atuais R2 e entrada dos novos R1; avaliação do plantão, Unidade Estruturada e instrumentos de avaliação. Além disso, entendemos que o documento final sobre os “Direitos e Deveres dos residentes” foi encaminhado sem apreciação de todos e não há concordância sobre alguns pontos ali descritos. Sendo assim, solicitamos retomada da discussão e revisão do

documento na próxima reunião da COREMP, em fevereiro.

- Solicitamos que seja realizada a avaliação da Unidade Estruturada, conforme previamente acordado, como uma das pautas da reunião demandada para o dia 26/01 e que as atividades sejam retomadas no dia 02/02, para os grupos mistos R1/R2. Queremos também a continuidade desta atividade no período compreendido entre a saída dos R2 e a inserção dos novos R1 nos territórios para retomada da UE no formato atual (R1 + R2).
- Entendemos que os instrumentos de avaliação utilizados até agora, em geral, não têm contribuído significativamente para a nossa formação e não favorecem a avaliação processual. Gostaríamos de maiores esclarecimentos sobre a formulação destes instrumentos, bem como sua revisão e reformulação, para que sejam coerentes com a metodologia proposta e os eixos de formação do residente. Além disso, solicitamos um cronograma de realização das avaliações, acrescentadas necessariamente de um plano de melhorias, apontando estratégias para a superação das lacunas encontradas, tanto dos residentes quanto do programa. Reforçamos a necessidade de um comprometimento de todos para que tais melhorias sejam concretizadas.
- Continuamos descontentes com a qualidade dos espaços pedagógicos Preceptoria de Área e Preceptoria de Campo e solicitamos a reestruturação de **forma coletiva** desses espaços, dando seguimento aos encaminhamentos da Oficina sobre o Programa, realizada no primeiro semestre de 2008.

Defendemos uma formação de qualidade para os profissionais de saúde voltada para as necessidades sociais e fortalecimento do Sistema Único de Saúde e entendemos as Residências como uma potencial estratégia no atual contexto da educação em saúde no Brasil.

São Carlos, janeiro de 2009.

Coletivo de Residentes

ANEXO D – DOCUMENTO PARALISAÇÃO DAS ATIVIDADES – MOBILIZA-RES

São Carlos, 27 de janeiro de 2009

O coletivo de residentes, em reunião realizada no dia 27 de janeiro de 2009, deliberou por suspender todas as atividades práticas e teóricas relacionadas à Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos. Tal decisão foi motivada pelo atraso no pagamento de bolsas que ocasionou a falta de condições financeiras, inviabilizando a manutenção do programa. Acreditamos que não apenas os residentes estão prejudicados com esta situação, mas também os preceptores, tutores e coordenadora.

O coletivo entende e respeita compromissos éticos e profissionais de cada residente assumidos previamente com suas equipes e com os usuários por elas atendidos. Assim, em alguns casos, ações prioritárias serão mantidas até o limite das possibilidades.

É importante ressaltar que os residentes estarão mobilizados em busca da resolução deste problema e assumem que retomarão suas atividades após o recebimento de suas bolsas.

Coletivo de Residentes