

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO POSSIBILIDADE  
DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE

Cathana Freitas de Oliveira

PORTO ALEGRE  
2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM PSICOLOGIA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO POSSIBILIDADE  
DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SISTEMA ÚNICO DE  
SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito  
parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social pelo Programa de Pós-  
Graduação de Psicologia da PUC/RS

Mestranda: Cathana Freitas de Oliveira  
Orientadora: Neuza Maria de Fátima Guareschi

PORTO ALEGRE

2009

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

**O48r** Oliveira, Cathana Freitas de  
A residência multiprofissional em saúde como  
possibilidade de formação de profissionais para o Sistema  
Único de Saúde. / Cathana Freitas de Oliveira. – Porto  
Alegre, 2009.  
105 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia,  
PUCRS.

Orientadora: Neuza Maria de Fátima Guareschi

1. Psicologia Social. 2. Saúde Coletiva. 3. Saúde –  
Residência Multiprofissional. 4. Formação Profissional. I.  
Título.

**CDD 301.1  
158.2**

**Bibliotecária Responsável**

Anamaria Ferreira  
CRB 10/1494

**BANCA EXAMINADORA**

Neuza Maria de Fátima Guareschi

Beatriz Sebben Ojeda

Marta Conte

## SUMARIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
NOTA INTRODUTÓRIA	21
CAPÍTULO I: ENTENDENDO MELHOR O PERCURSO DESTA PESQUISA	24
Alice aumenta de tamanho e vê as transformações do macro mundo que a rodeia: será possível que tudo sempre foi assim?	
1. Concepções de saúde – doença: históricos e perspectivas	25
2. O nascimento da ciência na era moderna	29
3. Movimentos sociais no campo da saúde no Brasil	33
4. Movimento de Reforma Sanitária: luta pelos direitos e consolidação de um sistema nacional de saúde	37
Saúde coletiva: novo objeto, propostas de campo e núcleo	40
A Saúde Coletiva e seu campo de atuação	42
Movimentos propositivos para transformação dos modelos técnico-assistenciais e práticas em Saúde Coletiva	48
A proposta Baiana de Silos	49
A proposta “Saudicidade”	50
O modelo “Em defesa da Vida”	51
CAPÍTULO II: A CONFORMAÇÃO DE MUDANÇAS NO CAMPO DA SAÚDE: PEQUENAS CONQUISTAS PARA PROPOSTAS INOVADORAS	56

Alice toma a pílula de encolhimento para olhar as microrrevoluções pulsantes no campo

1. A influência dos desenhos técnico-assistenciais em saúde nos modelos de formação de profissionais	58
2. Cenário da criação da Educação Permanente em Saúde	64
3. Mudanças no cenário educacional: existem possibilidades para construção de novas formas de produzir saúde?	71
4. As Residências Multiprofissionais em Saúde	74
5. A estrutura proposta para as Residências	77
6. Pensando uma possibilidade pedagógica	80
7. A proposta de educação em serviço	83
8. A distribuição em equipes multiprofissionais de saúde	87
9. Aulas e supervisão: tempo-espço para produção da diferença	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	103

## RESUMO

A partir de um recorte das diferentes formas de concepção do processo de saúde e doença, incluindo os modelos técnico-assistenciais possíveis que acompanhavam estas propostas, buscamos evidenciar a construção de um paradigma hegemônico nas práticas de atenção à saúde nos últimos séculos. O atrelamento da medicina com as formas de legitimação de uma saber cientificista, que privilegia o controle sobre o corpo dos sujeitos permitindo que medidas de organização coletiva sobreponham às necessidades individuais e subjetivas. A força de ligação entre as práticas médicas, o controle exercido pelo Estado e os formatos de organização econômicas, demonstra o comprometimento do setor saúde com a diferenciação do valor a vida implicada nas práticas diferenciadas oferecidas de forma excludente e segmentária a populações de alta renda.

Assim, os movimentos de transformação no cenário brasileiro, o desenvolvimento do movimento de reforma sanitária em congruência com as propostas teórico-práticas da saúde coletiva acabam permitindo a legitimação de uma nova concepção do processo de saúde e doença, que passa a incluir diferentes determinantes sociais em sua estrutura de compreensão. A legitimação desta proposta dá-se pela conformação de um sistema nacional de organização e compreensão no campo da saúde: o Sistema Único de Saúde(SUS).

Este sistema propõe diferentes bases teóricas, diretrizes e princípios específicos, entre os quais prevê a o desenvolvimento de práticas de ensino para os próprios profissionais do campo. Apontando a atual dificuldade de formação e reconhecimento de trabalhadores comprometidos com o desenvolvimento deste sistema, e a criação de um modelo de ensino que busca basear-se na Política de Educação Permanente em saúde, que legisla sobre pedagogias e metodologias de ensino no SUS, a proposta deste trabalho é discutir qual o potencial pedagógico a ser explorado nas estruturas organizativas das Residências Multiprofissionais em Saúde para formação de um saber coletivo no campo da saúde.

Palavras-Chave: Formação, Residências Multiprofissionais em Saúde, estruturas organizativas, práticas em saúde.

## ABSTRACT

Considering part of different forms of conception of the health-disease process, including possible technical-assistive models that follow those proposals, we have attempted to evidence the construction of a hegemonic paradigm in practices of health care over the last centuries. The intertwining of medicine with forms of legitimization of a scientific knowledge privileges the control over the subjects' body, allowing that actions of collective organization outweigh individual and subjective necessities. The strength of the link between medical practices, the control exercised by the State and the forms of economic organization show the commitment of the health field to the differentiation of life value as implied in differentiated practices that are offered to high income populations.

Thus, the movements of transformation in the Brazilian scenery and the development of the Health Reform movement, attuned with theoretical-practical proposals of collective health have ended up allowing the legitimization of a new conception of the health-disease process, which includes different social determinants in its comprehension structure. The legitimization of this proposal occurs through the conformation of a national system of organization and understanding in the health field: Sistema Único de Saúde (SUS).

This system has proposed different theoretical bases, guidelines, and specific principles; among others, it presents the development of teaching practices for professionals in the health field. Pointing out the current difficulty to educate and acknowledge workers committed to the development of this system and the creation of a teaching model that attempts to base on the health Permanent Education Policy, this study discusses the theoretical potential to be explored in the organizational structures of Multi-Professional Trainings in Health for the formation of a collective knowledge in the health field.

**Key Words:** Education, Multi-Professional Trainings in Health, organization structures, health practices.



## INTRODUÇÃO

Desde o fim da década de 1970 e início da década de 1980, a organização dos serviços prestados à saúde vem sendo colocada em discussão. Diante de antigos modelos de organização social onde nem todos os cidadãos tinham direito e acesso a cuidados e práticas em saúde que fossem públicas, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira coloca em xeque a necessidade de reorganização e redemocratização do sistema de saúde brasileiro.

Assim, inaugurando-se uma nova fase de participação nas políticas públicas de saúde com a promulgação da nova Constituição Federal Brasileira e sua complementação com a lei orgânica número 8080 de 1990, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que coloca a saúde como um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos. Com o SUS, nascem as novas diretrizes para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como para organização e funcionamento dos serviços de saúde no Brasil. Segundo o artigo 198 da lei orgânica do SUS, os serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizados por três diretrizes centrais: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (CF/88, art. 198).

Atualmente, as discussões que têm ganhado espaço no cenário da concretização do SUS estão diretamente relacionadas com o desenvolvimento de profissionais para o setor. Pode-se observar um crescente descaso de gestores nas três esferas governamentais no que diz respeito a essa questão, encontrando formas que nem sempre respeitam os direitos trabalhistas, como terceirização de serviços importantes da rede de atendimentos do SUS, compra de vagas em instituições inadequadas e, muitas vezes, financiamento a órgãos do terceiro setor para o cumprimento de tarefas públicas.

É possível apontar uma crescente falta de preparo dos profissionais do setor no que diz respeito ao seu conhecimento e dedicação para criação de práticas comprometidas com os princípios e diretrizes do SUS. Essa constatação evidencia a necessidade de criação e/ou legitimação de propostas que possam auxiliar pedagógica e metodologicamente na criação de novos modelos de formação de profissionais para o SUS. Tal necessidade passa a ser mais bem compreendida

quando pensamos, de acordo com Ceccim e Ferla (2003), que qualquer reforma propositiva de mudança nos cenários sociais, como o caso da saúde, acaba exigindo a formação de trabalhadores qualificados, pois não há formas de sustentar as mudanças propostas senão a partir de uma modificação ética, técnica e institucional para propor um novo perfil aos profissionais que atuarão no setor reformado.

Observa-se também a organização de um movimento nacional na busca da concretização dessas políticas, previstas pela Constituição Federal/88, que prevê, em seu inciso III, art. 200, como competência do próprio SUS o ordenamento e formação de recursos humanos na área da saúde (CF/88, art. 200, inciso III).

Citada em diferentes conferências sobre trabalho e educação, a concretização dessa prática intersetorial vem sendo entendida a partir de diferentes formatos. Dentro das propostas, embora possamos compreender a importância colocada nas mudanças curriculares dos cursos de graduação para área da saúde, buscamos problematizar neste trabalho as possibilidades de formação e legitimação de modelos de formação em pós-graduação, entendendo a capacidade produtiva colocada nos espaços que unem práticas de formação com experiências concretas de vivência nos espaços de trabalho.

Diante disso, a criação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/GM/MS, apresenta-se com diretrizes para sustentar propostas pedagógicas e metodológicas diferenciadas para o estabelecimento de novas concepções na formação de trabalhadores da saúde. Dentro dessas propostas de dispositivos para formação das categorias da saúde, discutimos neste trabalho a criação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) como um eixo de desenvolvimento das práticas de formação em serviço, apontando as possibilidades de mudança no cenário das formações que seguem esse modelo estrutural.

A escolha de desenvolvimento deste trabalho surge por diferentes necessidades, que partem fundamentalmente das ansiedades e desejos de produção reflexiva e crítica a partir da inserção como residente da ênfase de atenção básica em saúde coletiva no programa de Residência Integrada em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

Primeiramente, é importante situar, que o desenvolvimento das RMS acontece antes mesmo de sua legitimação como modalidade de residência, entendendo-se e apontando-se que, desde as discussões propostas pela Reforma Sanitária e a legitimação do SUS, devemos estar atentos aos modelos de formação propostos a partir do conceito de saúde apresentado. Este conceito propõe a modificação do foco de atuação de sistema público, exigindo a entrada de novas ciências para dar conta dos determinantes incluídos no processo de produção de saúde. Assim, ainda sem uma legitimação própria, mas entendendo a necessidade de sua existência como estratégia transformadora das práticas de formação de trabalhadores para o sistema, algumas instituições onde os programas de residência médica já se encontravam em desenvolvimento lançam o desafio da construção das Residências Integradas em Saúde (RIS) ou Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS).

As RIS são programas de formação de profissionais para o SUS através da inclusão das residências multiprofissionais e médicas em um único programa, já as RMS apresentam-se enquanto programas independentes das Residências Médicas. Porém, ambas aceitando o desafio da criação de possibilidade de construção de práticas comprometidas com a concepção de saúde proposta pelo SUS. Sendo inicialmente reconhecidas como modelo de aperfeiçoamento especializado em Saúde Coletiva, as RMS têm uma das forças motrizes de seu desenvolvimento no poder da proposta dos programas de RIS como pólos questionadores das formas instituídas do desenvolvimento das práticas de formação dos profissionais da saúde.

Em segundo lugar, torna-se importante destacar, entre as últimas pactuações intersetoriais, a portaria Nº 45, construída em parceria entre Ministério da Saúde e da Educação, que legitima a criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Além de marcar a legitimação de uma Comissão que se fará presente para creditação, avaliação e acompanhamento das práticas desenvolvidas nas RMS, essa portaria aponta pedagogias e metodologias que devem ser consideradas para elaboração das propostas político-pedagógicas das residências, incitando à transformação dos programas, para que assumam o compromisso real de formação de trabalhadores comprometidos com o desenvolvimento do SUS e o desafio de criação de práticas de ensino que

favoreçam o desenvolvimento de profissionais mais autônomos em seu fazer, exercitando formas de inclusão técnica e política no campo da saúde. A criação da CNRMS lança o desafio de as RMS pensarem em suas propostas, podendo buscar a legitimação de seu espaço de trabalho, oferecendo propostas de ensino comprometido com o desenvolvimento do sistema nacional de saúde que sejam mais claras e comprometidas para os trabalhadores que lutam pela produção de uma saber transversal entre as práticas específicas de cada disciplina com a composição de formas de produção de saúde.

O novo conceito de saúde legitimado pela criação do SUS aponta para a necessidade de abertura do campo de estudos e práticas às ciências humanas e sociais a partir da consideração de diferentes determinantes na produção de saúde, tornando-a um objeto atravessado pelos diferentes saberes que buscam, então, formas de inserção nesse campo. Afirma-se, assim, a relevância da proposta deste trabalho no momento em que se propõe a fazer uma revisão de leis e políticas instituídas e uma análise das práticas em saúde desenvolvidas através da problematização do paradigma médico hegemônico posto nesse campo. Entende-se, também, que os movimentos de luta pela conformação das transformações no setor saúde seguem acontecendo e apontando sempre diferentes propostas pedagógicas e desenhos metodológicos embasados nas idéias da saúde coletiva.

A revisão e problematização feitas neste estudo têm a intenção de refletir sobre a produção de um saber transformador que, neste momento, vem se conformando nas RMS a partir da resignificação do papel dos trabalhadores como atores sociais comprometidos na conformação do sistema, propondo a inclusão de mecanismos que possibilitem a inserção da dimensão simbólica nas práticas e permitindo a resignificação de antigas estruturas organizativas herdadas das Residências Médicas.

A construção deste trabalho baseia-se na compreensão de que existe atualmente a necessidade de espaço de transformação das práticas em saúde e que somente a valorização dos trabalhadores poderá permitir que esta mudança seja inserida de forma efetiva nas organizações de trabalho. Além disso, para produção de um conhecimento comprometido com as novas diretrizes do sistema, faz-se necessária a criação de espaços de empoderamento e reflexão dos próprios

trabalhadores sobre seu cotidiano, acreditando que os novos saberes se formam pela produção de espaço-tempo crítico do fazer cotidiano.

Nesse contexto, o estudo aqui apresentado baseia suas propostas na problematização das estruturas organizativas oferecidas nos programas de RMS por entender que a transformação nas práticas vem se dando no formato de revoluções micropolíticas, ou seja, pelo encontro e produção de brechas colocadas em superestruturas que seguem intocáveis há muitos séculos pela construção e legitimação de um paradigma médico-centrado. As estruturas organizativas estudadas neste trabalho foram problematizadas a partir dos conceitos utilizados pela saúde coletiva, que desenvolve um saber teórico-prático buscando espaço para o exercício de novas formas de gestão e comprometimento dos trabalhadores com a formação do sistema em questão. Neste estudo, considerando sua inclusão como trabalho voltado para o desenvolvimento da área de produção da saúde coletiva, podemos citar como principais balizadores de problematização as formas de apresentação da divisão das disciplinas e novas formas de aproximação propostas pela divisão do trabalho. Os conceitos de campo e núcleo, as práticas de auto-gestão e auto-análise oferecidas nos estudos de análise institucionais, as propostas de dialógica, ressignificação e problematização como fundamentos para transformação cotidiana nos espaços de serviço tornaram-se os principais conceitos teóricos para discussão das vivências e documentos apresentados.

O compromisso de atuação dos residentes no formato de equipes está sendo problematizado pela necessidade de compreensão de que essas equipes sejam obrigatoriamente no formato organizativo multidisciplinar. Embora os documentos analisados não tragam a qualificação de multidisciplinar, falando apenas na inserção em equipes de saúde, acreditamos que o compromisso explicitado pela multidisciplinaridade seja necessário. Além disso, foi a partir da proposta de um espaço de vivência multidisciplinar que conseguimos apontar a importância da compreensão e formação dos campos interdisciplinar e transdisciplinar, que vêm definindo importante caráter das propostas da saúde coletiva no cenário atual.

Além disso, preocupamo-nos em apresentar conceitos utilizados de uma compreensão pedagógica conformada pelos estudos culturais pós-estruturalistas, que valorizam currículos e propostas de ensino mais calcadas na experimentação do que nas definições tomadas *a priori* das formas que nos levariam à construção de

conhecimento. Abrem-se, assim, possibilidades para entender, mesmo com estruturas organizativa advindas de outros modelos de formação, a ressignificação do trabalho em saúde.

Quando nos propomos ao estudo prolongado sobre um tema que vem sendo alvo de intensas discussões para suas formas de legitimação nos meios sociais e acadêmicos, como a formação de profissionais para o SUS pelo modelo de RMS, quando situamos que a motivação de escrita deste trabalho surgiu pela necessidade de buscar a produção de um conhecimento que permitisse a inclusão da experiência de ter sido residente em uma RMS, consideramos a forte implicação colocada na pesquisa desenvolvida, estando sujeitos a forças de afecção que a conformação da escrita crítica pode trazer frente aos recortes inicialmente propostos para o desenvolvimento deste estudo.

O primeiro recorte proposto na escrita do projeto que serviu de base para o desenvolvimento desta pesquisa apontava para o desejo de estudo em profundidade de alguns conteúdos que reforçariam a importância do trabalho desenvolvido pelo núcleo de psicologia quando inserido no campo de trocas das RMS. Porém, as leituras, a falta de clareza quanto à existência dos materiais indicados para elaboração deste recorte, somadas às discussões políticas mais atuais sobre os modelos organizativos das RMS quando da necessidade de legitimação disto junto à CNRMS, acabaram cedendo passagem a uma escrita implicada com questões do campo de atuação da residência e suas condições de possibilidade para exploração de novos saberes. A compreensão da importância da produção de um olhar que se propusesse a entender as formas de ressignificação das práticas e do papel desempenhado pelos trabalhadores, que legitimam sua inserção no campo da saúde também pela inserção nas RMS, deu passagem ao desejo de compreensão e valorização dos espaços de campo em detrimento dos espaços de núcleo.

Essa modificação foi concebida por percebermos que a produção de escrita na academia de um saber produzido pela interseção da psicologia com o campo da saúde, poderia oferecer uma produção mais integrada com a área de conhecimento explorada pela saúde coletiva, entendida como importante movimento teórico e prático para mudanças no campo da saúde, como poderemos ver no corpo deste trabalho. Além disso, apontamos a intenção de que este estudo se apresente como

um resgate da dimensão política de implicação da psicologia nas frentes de trabalho que vêm sendo constituídas.

Assim, este estudo passa a ter como objetivo geral:

- Discutir as propostas organizativas das Residências Multiprofissionais em Saúde e seu potencial pedagógico frente à necessidade de formação de profissionais para o SUS.

Foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Discutir as possibilidades de produção de ruptura nos modelos hegemônicos colocados a partir da inserção de profissionais das áreas das ciências humanas e sociais no campo da saúde pelos programas de RMS.
- Analisar as propostas organizativas das RMS e seu potencial pedagógico a partir das leis e portarias propostas para regulação das políticas de educação em saúde.

Para tanto, oferecemos um recorte de compreensão que inicia pelo resgate das principais concepções de saúde-doença e suas implicações na organização dos modelos técnico-assistenciais. Buscamos evidenciar a construção e existência de um paradigma hegemônico implicado nas práticas em saúde, paradigma este que se conforma na estruturação e normatização da medicina como principal disciplina no campo da saúde, tomando o processo de saúde e doença a partir da diferenciação entre o normal e o patológico. A separação entre o normal e o anormal nas condutas humanas coloca as práticas médicas baseadas na segregação do diferente como agente causador da anormalidade, propondo ações de cuidados e controle da organização social que influenciam diretamente a individualidade dos sujeitos. A partir da instituição da medicina e sua conformação no modelo proposto pelas ciências modernas, acabam-se normatizando, instituindo e prolongando essas condicionalidades impostas a todas as profissões e práticas ligadas à saúde.

Porém, a partir de um resgate dos movimentos do campo social da saúde, torna-se possível encontrar alternativas à perpetuação desse modelo, entendendo-se o movimento de Reforma Sanitária, que eclode na legitimação do Sistema Único de Saúde, como marco importante e propositivo de uma nova forma de compreensão dos processos de saúde e doença. A partir da conquista da inclusão de determinantes sociais e culturais no novo conceito de saúde apresentado pelo

SUS os movimentos no campo da saúde, no cenário social e acadêmico, acabam dando visibilidade e resgatando a importância dos conceitos apontados pela Saúde Coletiva, compreendendo suas idéias e referenciais como base para operarmos as transformações propostas pela política do SUS.

Entendemos que o estudo aqui proposto se justifica, entre outras coisas, dentro das próprias concepções declaradas pela Saúde Coletiva no momento em que esta assume o desafio de produção de novos saberes advindos das transversalidades profissionais que a modificação na forma de compreender a produção de saúde passa a exigir desde a legitimação do SUS. Com isso, podem-se subsidiar os programas na produção de maior articulação com as políticas públicas de saúde, bem como contribuir com a discussão dos modelos organizativos e seu potencial pedagógico para formação de profissionais comprometidos com as diretrizes e princípios do SUS.

As RIS/RMS mostram-se comprometidas com a proposta de transformação das práticas em saúde, configurando importante possibilidade de formação de novos saberes. Pelo breve tempo de legitimação desses programas de formação, regulamentados pela parceria entre Ministério da Saúde e da Educação para construção de diferentes portarias ligadas ao tema da educação dos profissionais de saúde entre os anos de 2003 a 2007, os consideramos como importante forma de produção de conhecimento na área da saúde coletiva.

O problema geral apontado neste trabalho está em evidenciar o uso de estruturas organizativas que servem como base também para as Residências Médicas, exigindo, assim, que a operação da transformação do campo e conformação de um novo paradigma em saúde seja compreendida pela resignificação das estruturas postas. A implicação direta de inserção como residente em um dos programas e, posteriormente, da imersão nos documentos e teorias oferecidas para compreensão do tema da educação em saúde aponta a necessidade de identificação das potencialidades latentes no uso das mesmas estruturas, que devem, no entanto, estar atravessadas por formas diferentes de entendimento.

A partir da discussão teórica sobre as questões que fundamentam este estudo, nosso trabalho está embasado na revisão e discussão dos materiais relativos ao tema da formação de profissionais para o SUS, usando como base a Política de



Educação Permanente em Saúde e demais leis e portarias que regulam e dão legitimidade aos programas de RMS.

Para balizar o desenvolvimento da escrita foram utilizadas as seguintes questões norteadoras:

- Quais as possibilidades de produção de ruptura nos modelos hegemônicos colocados nas leis, portarias e políticas instituídas no campo da saúde a partir da inserção de profissionais das áreas das ciências humanas e sociais através dos programas de RMS?
- Como a problematização do potencial pedagógico das propostas organizativas das RMS pode ser entendida como instrumento de ressignificação das práticas de formação de profissionais para o SUS?

A presente pesquisa foi desenvolvida a partir da análise de documentos de domínio público e de documentos apresentados pelas instituições onde são desenvolvidos os Programas de RMS. Esses documentos incluem regulamentos, propostas de trabalho, planos de ensino da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e Grupo Hospitalar Conceição. Foram utilizadas também propostas pedagógicas construídas para ênfase em atenção básica em saúde e documentos históricos de proposição de modelos de atuação em equipe multiprofissional, diários de campo, relatórios de estágio, trabalhos teórico/práticos desenvolvidos durante a experiência de formação na Residência.

Além disso, foi aproveitada a experiência de inserção no espaço de discussão específico sobre o tema nos grupos de trabalho do Conselho Regional de Psicologia durante o ano de 2008, que somou forças no entendimento e valorização da psicologia como profissão da saúde. Isso potencializou, no espaço acadêmico, a produção de conhecimento a partir do olhar de uma profissional desse núcleo de saber na problematização de sua inserção no campo da saúde coletiva. Foram utilizadas impressões e problematizações levantadas pela participação política em diferentes espaços de debate sobre o tema das RMS e sua estruturação, entendendo que a valorização da escrita dissertativa sobre qualquer tema se dá pela inserção do pesquisador nos próprios movimentos de atualização que o campo de análise vem oferecendo.

A discussão desses documentos será subsidiada através das produções teóricas do campo da saúde coletiva e das leis, normas e portarias do Ministério da Saúde que dizem respeito às políticas para educação dos profissionais do setor, incluindo a legitimação e o desenvolvimento das RMS.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram utilizadas diferentes ferramentas, que permitiram desde o resgate das intenções de produção dos pesquisadores, passando pelo processo de reconfiguração do recorte proposto até atingirmos a configuração de uma escrita comprometida com os movimentos internos das RMS e os externos, de modificação na compreensão do campo da saúde.

Para tanto, utilizamos diferentes materiais de trabalho:

- Documentos que regem as práticas de formação de profissionais para o SUS e que dão possibilidade de criação e legitimação das RMS. Documentos do Ministério da Saúde que tratem da implementação dos projetos de RMS e as normas e portarias que se referem às formas de estruturação das políticas e programas de formação de trabalhadores.
- Manuais, regulamentos, propostas de ação e planos de ensino das duas instituições sede dos programas de RMS em questão neste trabalho.
- Relatos feitos em diários de campo produzidos durante o tempo de inserção tanto na RMS quanto junto ao Grupo de Trabalho de residentes das RMS do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.

Para produção de sentido e análise das diferentes materiais utilizados nesta pesquisa, buscamos as políticas públicas voltadas à formação de recursos humanos para o SUS, com o objetivo de compreender como os discursos sobre saúde produzem as práticas e como estas, por suas vez, levam a novas produções de conhecimento pelos profissionais que se encontram em formação nos Programa de RIS da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Entende-se que um analisador não é um objeto já dado, natural, mas que ele emerge a partir da

criação de um campo de problematização e visibilidade, constituindo-se a partir do momento em que o tema passa a ser foco de investimentos.

Tomamos a compreensão de uma análise documental baseada fundamentalmente pela perspectiva de não mais considerarmos uma dicotomia entre discursos e práticas. Uma vez compreendido que os discursos forjam os objetos de que falam, tomamos a concepção do discurso como uma prática que forma os objetos de que fala pelas teorias e práticas imediatas. Assim, a análise de um conjunto de documentos ou textos que podem ser associados às práticas sociais estará proporcionando também a análise das práticas formadoras de sujeitos e modos de compreensão do mundo (FISCHER, 1996).

Para fundamentar esta discussão e análise dos documentos de formação que constituem o material desta pesquisa, serão utilizados autores considerados como chave para construção de conhecimento na área das políticas públicas de saúde e fundamentalmente pelas produções teóricas e de ação política da saúde coletiva. Esta se apresenta como a área de conhecimento mais utilizada pela transversalidade e produção crítica quanto aos movimentos mais importantes citados no campo da saúde. A produção do conhecimento nas áreas de saúde pública e saúde coletiva foi considerada como balizador, pois situa os atuais discursos que circulam a partir das ações, leis e políticas de formação de profissionais para o SUS.

O presente trabalho encontra-se dividido em dois grandes capítulos, que foram elaborados de acordo com uma possibilidade de conformação histórica que permitisse ao leitor a compreensão do recorte utilizado nesta pesquisa, para compreensão do tema da formação dos trabalhadores da saúde. Iniciamos discutindo as mudanças colocadas nas formas de concepção dos processos de saúde e doença desde a Idade Antiga, passando pela Idade Média e chegando até as concepções dentro da modernidade. No desenrolar dessa história, preocupamo-nos em apontar as implicações com os modelos econômicos, os movimentos de instituição de um paradigma hegemônico na concepção dos processos de saúde e doença e os modelos assistenciais que os acompanharam.

Procuramos destacar também a importante imbricação entre a construção de políticas públicas para o campo da saúde, evidenciando os movimentos de aproximação entre as práticas sanitárias, a medicina e o Estado. Entendemos que a

configuração das políticas econômicas tem influência direta na conformação e organização do sistema de saúde, fundamentalmente pela aproximação da medicina como ciência mais antiga na execução e formação de práticas sanitárias e de organização social pelos modelos de medicina social, medicina preventiva e comunitária.

Em seguida, foram destacados movimentos importantes de organização da assistência em saúde no cenário brasileiro. Abordamos a divisão entre assistência social e saúde, a crise pelos altos custos gerados ao Estado pela organização essencialmente de caráter privado, evidenciando a diferenciação na valorização da vida assumida através da organização de uma assistência à saúde fragmentária, efetivada pela compra de serviços médicos e hospitalares. A reformulação do setor com base nas necessidades sociais e de uma nova concepção de assistência, o direito de acesso aos serviços e a valorização da vida acabam sendo as bandeiras de luta para exigência de reforma setorial. Nesse cenário, o Movimento de Reforma Sanitária, que teve papel fundamental na reforma do setor, conseguindo produzir um movimento gerador de novas tecnologias, modelos assistenciais e formas propositivas de ação para reorganização social, ganha espaço para legitimação de políticas desenvolvidas por trabalhadores e cidadãos em conjunto a partir da inserção gradual desses atores nas Conferências de Saúde.

Dessa forma, com as importantes proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde (que se apresenta como mais representativa pela participação massiva de trabalhadores e cidadãos nas discussões que levam à formulação do sistema) e com a promulgação da Constituição de 88, temos a instituição de um sistema nacional de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) propõe-se a regular e organizar as práticas e formação de trabalhadores para que embasem sua formação e desenvolvimento na garantia de acesso universal, atendimento equânime e participação popular.

Apresentamos, ainda, um importante movimento de produção de novos paradigmas na saúde a partir da articulação entre academia e políticas públicas: a saúde coletiva (SC). A SC pode ser reconhecida como produtora dos principais conceitos que dão possibilidade às transformações no campo da saúde pública e na formação de trabalhadores para o setor. Trata-se de um marco na transformação das práticas em saúde por fomentar, nos espaços de trabalho cotidiano e nas concepções teóricas, a inclusão das disciplinas das áreas humanas e sociais nas

práticas efetivas no campo da saúde. Circunscrevendo a produção de um conceito de saúde baseado na complexidade de determinantes de saúde, sociais e culturais apontados pela legislação de SUS.

Passamos, então, no segundo capítulo deste trabalho, para a contextualização das políticas, leis e portaria que apontam modelos pedagógicos e metodológicos para formação de novos trabalhadores para o setor e para formas de educação permanente para os profissionais que já se encontravam inseridos no campo da saúde. Entendeu-se que as novas conquistas do setor só poderiam tornar-se efetivas pela modificação de antigos hábitos e formas de concepção dos trabalhadores implicados nessa tarefa. Tidas como um dos principais dispositivos metodológicos para formação de trabalhadores já na lógica proposta de SC, surgem as Residências Integradas em Saúde e Residências Multiprofissionais em Saúde, disparando a necessidade de modificação nas propostas pedagógicas e metodológicas implicadas na formação dos trabalhadores de saúde.

Em seguida, buscamos compreender e discutir as principais formas organizativas apontadas nos manuais, considerando problematizações do tema em grupos de trabalho e eventos relacionados à temática, de duas RMS inseridas nas RIS do Rio Grande do Sul. A conformação das estruturas e de suas possibilidades de construção de brechas para produção de trabalhadores mais comprometidos com diretrizes e conceitos do SUS está dividida em três eixos, colocados com subtítulos próprios. São eles: formação em serviço, inserção em equipe de saúde e participação nas aulas de campo e núcleo junto aos espaços de supervisão.

Finalmente, nas considerações finais do trabalho, podemos encontrar uma breve discussão sobre a integralidade, conceito utilizado atualmente como chave para modificação nas práticas de ensino e serviço em saúde, evidenciando algumas propostas de discussão feitas ainda em 2008 pela articulação da CNRMS, que não foi possível aprofundar neste trabalho.

Como última parte do capítulo de considerações finais, incluímos a discussão das novas pesquisas que podemos apontar como importantes para as melhorias necessárias nas pesquisas e práticas em saúde coletiva. Boa leitura!

## NOTA INTRODUTÓRIA

A necessidade de encontrar tempo e formas de elaboração de um saber crítico quanto ao trabalho cotidiano e acadêmico na saúde fez com que me aproximasse de diferentes estratégias para tornar mais leve o estresse cotidiano de 52 horas de trabalho na Residência nos anos entre 2005 à 2007, e posteriormente a dedicação para escrita desta dissertação.

Além da confecção de diários de campo que acompanharam meus pensamentos e sentimentos durante os últimos 4 anos de inserção nestes campos, que embora diferentes em suas exigências compreenderam minha dedicação na construção de uma saúde melhor para todos, a ferramenta lúdica é uma das que se fez mais presente.

Imagem importante que me acompanha por estes tempos, e que tomou corpo mais claramente durante a escrita desta dissertação chama-se Alice, e está fortemente implicada com as propostas de adentrarmos um novo mundo: Alice no país das Maravilhas. Portanto, é utilizando as metáforas desta história que o leitor poderá acompanhar, a partir dos títulos dos capítulos desta dissertação algumas das idéias que faço sobre o trabalho nas RMS.

A inserção nas equipes de trabalho na vivência da RMS me fizeram aprender a pensar o impensável, a ousar quando todos diziam que não tinha fundamento e a rechaçar as idéias de reprodução de práticas que fui capaz de perceber na correria do dia-a-dia de poucos espaços de supervisão garantida e com aulas, muitas vezes marcadas pelo descaso e pelo cansaço do final do dia.

Assim começa minha história:

...em momento de relaxamento Alice pega no sono. Em seguida é acordada por um coelho, que vestido de gente, passa por ela dizendo que está atrasado, muito atrasado. Alice, uma menina curiosa e corajosa, não consegue que o coelho pare para conversar com ela, mas o segue até um estranho lugar.

Durante a correria Alice cai em um buraco que parece não ter fim. É assim que cruzam em seu caminho diferentes personagens que a fazem querer saber mais sobre a vida do que uma menina da sua idade já poderia ter compreendido. Ela sente medo, insegurança e dúvida por não saber onde este caminho poderá levá-la, mas segue até a porta de acesso ao novo mundo por onde o coelho havia passado.

Além de ser muito maior que aquele coelho que controla as horas e corre de forma apressada, e devendo achar uma forma de passar pela porta que estava chaveada, ela se depara com a necessidade de pensar uma estratégia para alcançar o que deseja. Atenta e observadora ela encontra em um canto da sala onde está uma chave escondida, que provavelmente abriria a porta em questão. O problema agora é que Alice é grande demais para passar pela portinha. Observando novamente o mundo a sua volta, se permitindo estranhar e não concordar com os animais habitantes do lugar, que faziam incríveis peripécias como falar ou raciocinar diferente do que suas espécies animais permitiam, encontra duas opções na mesa onde estavam as chaves de acesso.

Sem medir esforços Alice sente fome e começa comendo um bolinho que encontra no canto da mesa. O efeito imediato deste é deixá-la com um tamanho muito maior... Alice fica grande, muito grande e capaz de ver partes do túnel em que estava e que antes não percebia. Alice aumenta de tamanho e vê o grande mundo que a rodeia: será possível que tudo sempre foi assim? Porém, isso ainda não a permitia ter acesso a portinha por onde o coelho havia passado. Triste, ela resolve então experimentar a pílula que se encontrava junto ao bolinho, imaginando que esta poderia auxiliá-la ao menos a voltar ao seu tamanho normal.

Depois de tomar a pílula, ela encolhe até um tamanho muito pequeno. Alice fica feliz e pensa que então poderá entrar no novo mundo que a espera. No entanto, a única chave que a permitiria ter acesso aquela porta ficou em cima da mesa, a qual se transformou em um objeto grande demais para ser alcançado em seu novo tamanho.

Sem saber mais o que fazer, com medo de estar presa naquele lugar desconhecido e tendo se tornado pequena suficiente para passar a portinha, mas sem ter a chave para isso Alice chora um rio de lágrimas. Quando se dá conta, seu rio começa a ficar tão grande que a faz subir, subir e subir devolvendo a ela a possibilidade de pegar a pequena chave que se encontrava em cima da mesa.

Depois disso, ela consegue adentrar um mundo estranho e cheio de surpresas.

Durante a longa caminhada por este estranho mundo, Alice faz encontros fantásticos com criaturas inusitadas que a ensinam a fazer as coisas de forma nunca antes concebida. O gato a ensina como perceber o sorriso, e aponta a ela formas de

não desistir de suas buscas, caso ela descubra o que realmente quer. O chapeleiro a ensina como fazer de antigas práticas instituídas, como a comemoração de um dia de aniversário, novas formas de entender e se divertir sempre: um bom desaniversário para mim! Um bom desaniversário para ti!

Depois disso, seguindo seu caminho, um dos últimos episódios desta história narra o encontro de Alice com a Rainha de Copas. Figura importante e sem piedade, que pune os erros daqueles que a cercam ordenando: “Cortem a cabeça dele!”. Já em seu primeiro encontro com a Rainha, a postura questionadora de Alice, desperta a ira dela, exigindo que seus pagens, as cartas do baralho de copas “Cortem a cabeça dela!”.

Assim, sem a rigidez de seguirmos o final já proposto para esta história, nos deparamos com a possibilidade de entender as RMS como os espaços de entrada no reino das maravilhas, oferecendo inevitavelmente as alegrias que os encontros libertários podem fazer, mas também a tristeza de ver alguns pensamentos questionadores quando caem no vazio, deixando de fazer sentido quando não aprovados pela forma estabelecida de pensar desta Rainha.

Foi assim, que desde a difícil entrada no mundo das RMS, com longos processos seletivos que ficam mais concorridos e duros a cada ano que passa, pudemos perceber os encontros potencializadores e os esmagadores na produção do saber em saúde. Pudemos experimentar diferentes práticas, que ousadas traziam um sentido novo para as teorias inovadoras que pudemos descobrir em encontros com autores que nos desafiavam com sua produção de sentido no campo das práticas em saúde.

Perdida na quantidade de horas necessárias para que esta jornada se fizesse completa, o cansaço físico e a doutrina do corpo nos espaços de trabalho, lembrei e muito a sensação de constante atraso descrita pelo coelho de Alice, a necessidade de um encontro, sem saber bem ainda com quem ou com que tipo de coisa buscávamos quando ingressamos nesta jornada.

Assim, depois de acompanhar os títulos desta dissertação que colocam os diferentes encontros de Alice no País das Maravilhas, retomaremos esta metáfora no fechamento desta pesquisa: Alice encontra com a Rainha de Copas: cortem a cabeça dela!



## ENTENDENDO MELHOR O PERCURSO DESTA PESQUISA OU

### **Alice aumenta de tamanho e vê as transformações do macro mundo que a rodeia: será possível que tudo sempre foi assim?**

“Então, ela pensava consigo mesma (tão bem quanto era possível naquele dia quente que a deixava sonolenta e estúpida) se o prazer de fazer um colar de margaridas era mais forte do que o esforço de ter de levantar e colher as margaridas, quando subitamente um Coelho Branco com olhos cor-de-rosa passou correndo perto dela”.

Compreender o tema da formação dos profissionais de saúde na modalidade de Residência requer alguns posicionamentos frente aos diferentes formatos que o campo da saúde pode adquirir dependendo do tema colocado em discussão. A existência de diferentes formas por onde se podem descrever as continuidades e descontinuidades que marcam a construção da saúde no campo social, político e metodológico torna-se importante para situar o recorte desenvolvido na perspectiva deste trabalho a fim de embasar as discussões do tema da formação.

Quando colocamos a saúde em análise, torna-se necessário admitir a existência de diferentes pontos de vista, porém o exercício que convido o leitor a fazer neste momento diz respeito a uma leitura possível sobre as histórias que servem de base para entendermos a importância, a forma de surgimento e as atuais problematizações que o dispositivo de formação de profissionais no modelo de Residência Multiprofissional em Saúde<sup>1</sup> (RMS) coloca em questão. Passemos, assim, a contar essa história, que envolve análise dos documentos e leis que embasam a estrutura organizativa e legitimação das RMS, visitas institucionais, participação em grupos de discussão sobre o tema e experiência de inserção em um desses programas durante os anos de 2005 e 2007. A discussão desses documentos e vivências será desenvolvida com o objetivo de problematizar a relação entre as estruturas organizativas e seu potencial pedagógico em dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde em desenvolvimento no Estado do Rio Grande do Sul.

---

<sup>1</sup> A estrutura organizativa, legislação pertinente e descrição da Residência Multiprofissional em Saúde serão apresentadas no próximo capítulo deste trabalho.

Para que possamos discutir quais as condições de possibilidade que as estruturas organizativas das RMS oferecem para formação de trabalhadores para o SUS e quais as diretrizes que estão sendo levados em conta nessa formação para que realmente tenhamos profissionais mais engajados na proposta da construção do SUS, passaremos pela discussão de diferentes conceitos que servem de disparadores das mudanças no cenário da saúde no Brasil e no mundo, permitindo a compreensão dessa questão.

Então, iniciaremos pela apresentação e discussão das modificações da concepção de saúde-doença propostas em diferentes momentos históricos, passando pelos movimentos do saber médico no seu desenvolvimento antes e após a marca da racionalidade e cientificidade modernas. Entende-se que a proposta de evidenciar a formação e existência de um paradigma hegemônico, biologicista e médico centrado nas práticas de ensino e assistência em saúde nos permitirá entender de que forma isso influencia as atuais práticas de formação em saúde.

Em seguida, apontaremos os movimentos no cenário de saúde brasileiro que levam ao desenvolvimento da Reforma Sanitária, a qual, culminando com a legitimação do Sistema Único de Saúde, aponta uma importante modificação no conceito de saúde a ser aplicado nas práticas assistenciais, de formação e de gestão do sistema brasileiro, utilizando-se da ótica da saúde coletiva e da política de educação permanente em saúde para construção das propostas de estruturação e ensino das RMS.

### **CONCEPÇÕES DE SAÚDE-DOENÇA: HISTÓRICOS E PERSPECTIVAS**

A complexidade que se coloca ao refletirmos sobre um conceito de saúde levamos a percebê-lo como parte de uma categoria imprecisa, mas que utiliza alguns termos aceitos universalmente para sua compreensão. Podemos destacar, por exemplo, categorias como equilíbrio, capacidade de realização e bem-estar, doença, sofrimento, impossibilidade ou dificuldade de acesso ao atendimento básico, etc., que aparecem intimamente interrelacionadas ao que se compreende deste conceito na atualidade. O que apontamos neste trabalho é que, mesmo composto por categorias objetivas, pelo fato de ser baseado na complexidade de fatores que o determinam, o conceito de saúde acaba emergindo pela elaboração dos atores sociais que o dinamizam a partir das relações interpessoais e com a sociedade.

Assim, falar em saúde exige um grau de abstração e tolerância para aceitar que não temos uma verdade única na qual basear nossas propostas de intervenção, entendendo que a construção deste conceito remete ao comprometimento de quem se implica na tarefa de tomá-lo como constante produção no cotidiano das relações. O mais importante é entendermos que os processos de saúde-doença podem ser objetivados por diferentes observadores, que em geral irão colocar, à frente dessa produção, os conhecimentos de que dispõem para isso, podendo reconhecer tais processos como uma alteração celular, um sofrimento ou até mesmo como um problema de saúde pública.

Com um papel diferenciado dentro da organização do trabalho e das relações de poder estabelecidas no campo da saúde, mas presente em todas as organizações sociais reconhecidas encontramos o conceito de doença. Distinguida pela ideia de catalogar, definir e diferenciar a normalidade da anormalidade, o conceito de doença deriva para tudo aquilo que foge dos padrões estabelecidos pelos parâmetros de normalidade. Assim, entender a doença passa a nos remeter à formação de um saber técnico, especificamente desenvolvido para essa finalidade, compartimentando a noção de saúde como ausência de sinais e sintomas reconhecidos na doença. Quando atentamos para alguns momentos históricos importantes, passamos a perceber com mais clareza os processos de construção desse conceito, questionado atualmente por desenvolver uma forma específica de fragmentação da percepção do sujeito da saúde, que acaba perdendo sua dimensão de integralidade e dando lugar a formas de divisão de trabalho específicas que regulam transferências de poder no campo.

Socialmente implicada de formas distintas, cada produção colocada na ideia processual de saúde-doença deve ser reconhecida com sua inserção em, no mínimo, duas importantes lógicas, como nos aponta Sabroza (1998):

Nas formações socioespaciais complexas (sociedades) como a nossa, os níveis dos processos saúde-doença se expressam como problemas de saúde pública na interface entre o Estado e a Sociedade, entre o particular e o público, entre o individual e o coletivo. Eles podem ser analisados como processos relacionados à reprodução das populações, como elementos dos processos de produção e consumo; como crises e possibilidades de controle social; ou como questões relativas aos direitos humanos e à cidadania. De qualquer forma estarão sempre na interseção de duas lógicas: a lógica da produção econômica e a lógica da reprodução da vida (p.38).

Entre as primeiras concepções de saúde e doença que podemos historicamente reconhecer, está a concepção desta como um processo mágico, atrelado à ação de demônios ou de seres sobrenaturais. Esse modelo apresentava a crença das populações no adoecimento colocado nas formas de relação dos sujeitos com o ambiente em que viviam. Tal relação era mediada pela presença de feiticeiros, que, a partir de observações empíricas dos processos ambientais, ofereciam conforto combinando manipulação e controle dos meios naturais – conhecimentos que deveriam ser transmitidos de forma transgeracional.

As mudanças na organização do espaço, que começam a desenhar-se pela divisão entre rural e urbano, estabelecem o urbano como detentor das ferramentas de diagnóstico e controle das doenças, papel anteriormente desempenhado pelos sacerdotes. O estabelecimento da hegemonia religiosa colocou os sacerdotes em lugar privilegiado, pois passam a ser entendidos como mediadores entre os deuses e os mortais, estabelecendo a passagem do modo mágico para o modo místico de compreensão da saúde-doença. Esse modelo configura-se com a concepção de doença como um castigo, baseando-se nas leis da igreja, que previa o castigo aos pecadores, disseminando a culpa como uma dimensão importante do processo de individualizar o adoecer (SABROZA, 1998).

A incipiente forma de organização social, com concentração nos centros urbanos da Idade Média, gerou um grande crescimento populacional, marcado por péssimas condições de higiene e aumento da carga de trabalho, advindos das novas formas de divisão social. Nesse cenário, grandes epidemias foram disseminadas; doenças infecciosas, guerras e trabalho escravo exigiam o aumento de natalidade, o que ocorria paralelamente à diminuição da expectativa de vida. O projeto de saúde possível para a época baseava-se em escapar da morte precoce por cuidados individuais com o corpo.

Rompendo a lógica histórica utilizada até então, mas pensando em compreender esta específica forma de compreensão de um modelo de saúde que apontava especificamente para os cuidados individuais, é que na Grécia, com a escola de Hipócrates, ocorre um início elitizado dos cuidados médicos. Desenvolvidos pela reflexão filosófica dos processos naturais, apontando formas de cuidado com o corpo para restauração da harmonia.

Este modo de entender a saúde e a doença caracterizava-se pela sua racionalidade na observação cuidadosa dos fenômenos, pela

concepção da doença enquanto fenômeno natural e, portanto passível de explicação teórica, e pela transmissão do conhecimento que assegurava um certo controle sobre a competência dos praticantes (SABROZA, 1998, p. 39)

Podemos apontar, então, que, além dos cuidados relacionados ao corpo e às formas naturais de compreender os processos de saúde-doença, começa a ser colocada uma racionalidade específica sobre o tema, apresentando regras de organização e reconhecimento das práticas de cuidado. Inicia-se a legitimação de uma forma de controle das populações e da forma de cuidados dirigidas a elas. A medicina começa a tornar-se referência como responsável pelos cuidados dos mais ricos, difundindo-se pelo ocidente com a característica de privilegiar alguns segmentos sociais.

As transformações sociais apontam para necessidade de um modelo de assistência pela organização do espaço urbano, evidenciando-se a necessidade de novos cuidados com higiene, ambiente de moradia, produção e descarte de dejetos, etc. Adota-se a prática de quarentena frente a grandes epidemias que se difundiam pelo mundo. A quarentena carregava a marca da separação dos doentes e o esquadramento do espaço urbano, permitindo melhor controle pelo isolamento dos indivíduos com restrição de circulação e proibição do uso de espaços coletivos. A necessidade de defesa do coletivo sobrepôs-se aos interesses e direitos individuais. O cuidado da população estava acima de qualquer outra necessidade individual que pudesse ser apontada no momento (SABROZA, 1998).

A associação das doenças pestilentas com matérias orgânicas, dejetos e putrefações acaba levando ao reconhecimento da existência de processos químicos de liberação de gases no ambiente urbano. A criação da teoria dos Miasmas trouxe outras exigências quanto à organização do espaço urbano, levantando questões sobre propriedade privada, condições de higiene ambiental e formas de construção das moradias e organização dos recursos coletivos. É neste momento que o Estado é colocado como executor dos conceitos trazidos pelas ciências médicas.

Mesmo assim, a efetividade das formas de organização do espaço e do cuidado prestado aos doentes pela ciência médica que se desenvolvia em nível individual e de controle das populações começa a ser questionada. A falta de sucesso dessas práticas coloca em xeque as formas de reconhecimento das doenças e o cuidado desenvolvido com os indivíduos e a população, apontando como principal artifício o

retorno à observação dos fenômenos como mais útil do que o seguimento das doutrinas instituídas.

## **O NASCIMENTO DA CIÊNCIA NA ERA MODERNA**

Até o presente momento, pudemos acompanhar os diferentes paradigmas pelos quais o processo de saúde-doença foi percebido na antiguidade, seguido pelo nascimento da medicina como profissão. Mostramos de que forma esta passa a tomar legitimidade no processo de cuidados individuais e de organização da população, utilizando-se de diferentes estratégias de controle, justificadas pelo crescente estudo e categorização das doenças.

No período que segue a este, o movimento renascentista tem seu advento na Europa, o que leva a colocar em questão diversos conceitos nas áreas da cultura, religião, artes e ciências, marcando estudos de orientação humanista e retomando antigas concepções utilizadas na Idade Média. Podendo ser também apontado como movimento de transição entre o feudalismo e o capitalismo, o Renascimento marca o início da Idade Moderna, introduzindo nas ciências o racionalismo e o experimentalismo, criando métodos de investigação considerados científicos e colocando o corpo humano sob foco de novas discussões e teorias.

Pelo desenvolvimento da física mecânica e da compreensão dos processos químicos da matéria, o corpo passa a ser comparado com uma máquina, cujos defeitos poderiam ser corrigidos pela compreensão de seu funcionamento normal. As práticas em saúde passam a ser, mais uma vez, desenvolvidas pelo cuidado ao corpo de forma individual, identificando-se diagnósticos e prognósticos como ferramentas utilizadas pela racionalidade científica (SABROZA, 1998).

A chegada da era moderna vem acompanhada pelas transformações em diversas áreas de atuação nas relações humanas. As ações em saúde passam a contar com atendimento clínico, desenvolvimento de ações de ordenamento do espaço urbano, com a função de organizar e vigiar os espaços de produção social. A organização econômica modifica-se pela separação entre capital e trabalho, configurando-se a divisão dos grupos sociais entre detentores do capital e trabalhadores assalariados. Questões relativas às condições de vida e manutenção da saúde começam a ser vistas de acordo com a manutenção da produção e

consumo, além de serem pensadas com práticas diferentes, dependendo da classe social à qual pertencia o sujeito. O pertencimento a uma determinada classe social propicia formas diferenciadas de atenção à saúde; com isso, marca-se uma valorização da vida de modo desigual e fortemente atrelado ao projeto capitalista.

De acordo com Junior (1998):

A economia transforma a linguagem médica, atribuindo um preço à vida e um custo à sua manutenção proporcionais à importância dos indivíduos no conjunto da sociedade. A capacidade de trabalhar passa a dar normatividade na definição de doenças. Enfatiza-se a influência da estrutura social na produção e na distribuição das doenças, na estrutura interna da produção de serviços médicos e na formação do pessoal da saúde (p. 20).

No final do século XIX, o processo de industrialização estabelece a transformação na organização do trabalho, acompanhada da reorganização das cidades dentro do processo de urbanização. Isso determina a necessidade de uma modificação das práticas em saúde, mais centrada na clínica individual e na especialização.

As práticas médicas passam a ser reguladas de acordo com a organização econômica, proporcionando ou limitando o acesso à saúde. As populações mais pobres ficam com acesso limitado às questões relacionadas ao bom “funcionamento”, como peças chave para engrenagens de produção e giro de capital econômico, ficando expropriadas do cuidado, conhecimento e controle sobre o próprio corpo. Os serviços voltados para assistência à saúde, como os hospitais, por exemplo, passam a ter novos objetivos, mudando gradativamente suas práticas para dar conta das necessidades exigidas pelo modelo de organização social/econômica vigente e das novas práticas consideradas científicas.

Somado a isso, um marco importante para organização do ensino e das práticas médicas, o relatório Flexner, publicado em 1910, propõe a concepção de um paradigma biologicista e de reprodução do conhecimento, consolidando divisões entre a prática clínica e preventiva, individual e coletivo, público e privado. O novo paradigma determinou mudanças substantivas no objeto, nos propósitos, nos recursos e nos agentes da medicina e levou à configuração de um marco conceitual que passa a referenciar a prática e a educação médicas. Pode-se concluir, pois, que a medicina científica se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades (PAIM e FILHO, 1998).

Os avanços no campo das ciências da vida observados no século XIX permitem o desenvolvimento da teoria microbiana, que indica a existência de agentes externos nas condições de adoecimento, permitindo apontar as causas específicas do seu desenvolvimento. A aceitação da existência de causas externas e agentes desencadeantes nos processos de adoecimento e a presença de doenças em espaços com falta de higiene tornam-se importantes para a consolidação da concepção de saúde como estado de equilíbrio do indivíduo com o ambiente. Essa nova concepção acaba por superar os modelos anteriores, possibilitando ações sobre os meios individuais e coletivos. Assim, o projeto de saúde pública moderna nasce no início desse século com alguns componentes estratégicos: controle social sobre as condições de reprodução da população, saneamento do espaço urbano e mudanças culturais no proletariado pela inclusão de práticas normativas e educativas.

Historicamente, o conceito de saúde, colocado como ausência de doença, é fonte de reforço para apontar a necessidade produtiva colocada nessa noção – corpos saudáveis para trabalhadores mais saudáveis. A causa das doenças era atribuída aos fatores individuais de autocuidado, reforçando a visão de que a doença era produzida por um desequilíbrio interno. Essas concepções, no contexto de avanço industrial no modelo capitalista, permitem que os corpos sejam comparados com máquinas, sendo cada um responsável por seu funcionamento individual de forma a garantir a inclusão social a partir de sua capacidade de produção e consumo, não implicando, no processo de compreensão, as características do meio social e econômico colocado. O cidadão fica privado da compreensão de saúde, limitando-se aos cuidados de responsabilidade individual, diminuindo a implicação nos cuidados coletivos, na responsabilidade social e política de mudança ou aceitação das novas formas de relação impostas pelo sistema que entrava em vigência. Dessa forma, a medicina expressa a alienação social frente às práticas do capitalismo (SABROZA, 1998).

Assim, desenvolve-se a medicina científica, produtora de tecnologias em saúde que vão se tornar mercadorias, reforçando o modelo hegemônico de prestação de serviços em todo o mundo ocidental. A estruturação do ensino e pesquisa em saúde passa a reforçar a ideia de que, para o bom desenvolvimento de pesquisas e métodos de cura para a população, a comunidade científica deveria ser fechada,



fundamentando seu método no isolamento de variáveis para dar respostas mais satisfatórias aos problemas de saúde e assim legitimando uma visão mecanicista, biologicista, individualista, com uma lógica especializada e fragmentária.

As formas de intervenção propostas pela saúde pública acabam estreitando a ação da medicina em parceria com políticas de estado para organização e controle das condições de vida da população. Em resposta a isso, surge a figura do sanitarista, que era responsável por ações coletivas pensadas para atingir um grupo determinado – limitação espacial – em um tempo previsto, ações essas que ficaram conhecidas como campanhas sanitárias. O sucesso dessas campanhas fica evidente no controle do desenvolvimento de epidemias, evidenciando a articulação entre o conhecimento científico, a competência técnica e a organização dos processos de trabalho em saúde (SABROZA, 1998).

Na década de 40, com exigências impostas ao campo da saúde pelas modificações sociais, consequências da crise econômica de 1929 e dos elevados custos gerados pela assistência individualizada e privatista, pelo aumento da tecnologização e especialização apresentadas nas práticas médicas, surge a necessidade de preconizar-se uma reforma curricular nos cursos de medicina. É desenvolvida, então, a ênfase de medicina preventiva, que deveria ser responsável pela inclusão dos conteúdos de epidemiologia, administração e ciências da conduta, que originalmente eram ensinados nas Escolas de Saúde Pública. Nessa perspectiva, o conceito de saúde-doença é entendido de forma gradualista, colocando a possibilidade de intervenção na doença de forma precoce, chamada de prevenção. A própria noção de prevenção acaba sendo reestruturada, tornando possível sua fragmentação em primária, secundária e terciária, o que termina por recolocar a medicina como profissão com capacidade de dar conta de forma totalizadora do novo campo apresentado (PAIM E FILHO, 1998).

## **MOVIMENTOS SOCIAIS NO CAMPO DA SAÚDE NO BRASIL**

A ideia de compreendermos as diferentes perspectivas de organização dos sistemas e dos movimentos sociais no campo da saúde em diferentes partes do mundo e sua repercussão na América Latina permite colocar em evidência os diferentes determinantes que acabam influenciando a conformação do sistema de saúde brasileiro. No Brasil, diferentes lutas e arranjos políticos criam as condições de possibilidade do nascimento de um sistema nacional baseado em princípios e diretrizes que desafiam as compreensões tradicionais sobre o tema. O resgate dessa parte da história irá nos permitir acompanhar essas lutas para apontar o potencial transformador colocado nas propostas brasileiras.

Diante dos movimentos internacionais e suas influências na América Latina, é possível termos um panorama das formas como a medicina ganha legitimidade e poder no campo da saúde. A centralidade de poder colocada em torno dessa ciência permite que sua construção paradigmática ganhe espaço como a mais importante entre as demais formas de pensar e agir junto aos sujeitos quando falamos em saúde. Sua metodologia de atuação denota certa alienação do sujeito sobre seu próprio corpo, tirando espaço das formas populares de saber e dando centralidade à figura do médico como detentor do saber sobre saúde, doença e cura. Evidenciar anormalidades e buscar padrões de funcionamento considerados normais acaba provocando movimentos de medicalização e isolamento das diferenças, considerando-se estas como doenças.

Os movimentos internacionais de crescimento da medicina e de centralidade das práticas por ela estabelecidas provocam movimentos no campo da saúde também no Brasil. Assim, para que possamos dar seguimento às ideias e concepções que embasam a necessidade de transformação dessas práticas por novos modelos de formação dos profissionais, torna-se necessário evidenciar os movimentos que permitem a mudança e construção de um sistema nacional com características próprias no cenário brasileiro.

O modelo econômico agroexportador vigente no Brasil até a metade do século XX determinou que a política de saúde estivesse voltada para o controle de doenças que colocavam em risco as relações de exportação. A política de saúde era

dirigida principalmente para o combate de doenças de “massas”, como o controle de endemias e epidemias, que poderiam prejudicar a exportação, incorporando-se uma perspectiva militarista, denominada sanitarismo campanhista, que se tornaria o modelo hegemônico de saúde do século XIX até a década de 1960 (LUZ, 1979).

O modelo agroexportador deu lugar, progressivamente, à industrialização, o que redefiniu as prioridades no campo da saúde, modificando a política e as práticas sanitárias. O processo de industrialização, acompanhado pela urbanização - com formação de grandes centros urbanos -, substituiu o “saneamento dos espaços de circulação de mercadorias” para atuar sobre o corpo do trabalhador, restaurando sua capacidade produtiva.

A importância central dos trabalhadores no modelo industrial incipiente, associada com a maior participação social operária, induz à renovação da política de saúde. Emerge, então, a assistência médica vinculada à Previdência Social, criada na década de 1920 por meio da lei Elói Chaves e considerada por alguns como marco do início da Previdência Social, a partir do surgimento das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) (CUNHA e CUNHA, 1998).

O modelo emergente consolida-se na década de 1930 com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), organizados por categorias profissionais (marítimos, bancários, industriários), que passam a ter como atribuição a assistência médica, reforçando um caráter eminentemente médico-assistencial privatista. Ao contrário dos CAPS, os IAPs têm uma administração mais dependente do governo federal e ampliam a cobertura das categorias profissionais em relação àquelas. O comprometimento do Estado frente às necessidades de seguridade em saúde colocadas pelos trabalhadores expande-se, levando, na década de 40, à criação do Serviço Nacional de Febre Amarela e do Serviço de Malária do Nordeste (CUNHA e CUNHA, 1998).

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, em 1960, uniformiza os direitos de segurados de diferentes institutos, aumentando o gasto com Previdência. Nesse sentido, a criação da seguridade social, a criação do Estatuto do Trabalhador Rural no governo João Goulart, em 1963, e a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social no final do governo Juscelino Kubitschek contribuem para as novas prioridades na saúde (CUNHA e CUNHA, 1998).

Em 1964, é gerada a coalizão internacional modernizadora, com fortalecimento do papel do Estado, criação de fundos de investimento setoriais não-tributários, desvinculação dos trabalhadores da Previdência Social e substituição do modelo de IAP pelo do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Surge, então, a partir de 1966 um novo modelo de saúde no Brasil. As principais características do novo modelo seriam a ampliação da cobertura previdenciária; uma prática médica curativa, individual, especializada e assistencialista; a criação de um complexo médico-industrial; e a organização da prática médica orientada pela lucratividade (MENDES, 1993).

Esses aspectos caracterizaram o novo modelo, denominado “sanitarismo desenvolvimentista”, contribuindo no debate conceitual. Estabeleceu-se mais claramente a relação entre saúde e economia, definindo-se a correlação das condições de saúde do povo com seu desenvolvimento econômico (CUNHA e CUNHA, 1998).

Na metade da década de 1970, com a expansão econômica do país, ocorre a separação entre previdência social e trabalho, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social. O Estado passa a subsidiar a prestação de assistência médica pelo setor privado, particularmente hospitais e serviços de alta densidade tecnológica, o que leva ao crescimento de consultas médicas, procedimentos, internações hospitalares, aparecimento da medicina de grupo (a partir dos convênios-empresa), gerando uma nova forma de articulação entre o Estado e o empresariado (MENDES, 1993).

Ainda na segunda metade da década de 1970, diversos fatos, como o maior debate nas universidades, a criação dos departamentos de medicina preventiva, a atuação da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), a realização da Conferência de Alma-Ata (em 1978) e a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), aliadas à mobilização dos trabalhadores da saúde, propiciam espaço para o avanço do movimento da reforma sanitária.

A assistência médica supletiva (fruto da medicina de grupo) e o crescimento do movimento pela reforma sanitária potencializam as mudanças na década de 1980, trazidas pela lei nº 6.229, que institucionalizou a separação entre ações de saúde coletiva (estatais e não-lucrativas) da atenção médica (privada e lucrativa) no

contexto político nacional de crise econômica e redemocratização do país. Esse período coincide com a crise econômica do Estado, fragilizando sua articulação com o setor privado nacional e multinacional e reproduzindo no campo da saúde a política neoliberal do “estado mínimo”.

A Nova República, período de transição política do modelo autoritário para democracia articulada pelas elites abrigou - entre outras características - um eixo de política social que superasse a dívida social dos governos militares. Período de crise fiscal e inflação sem controle, com crescimento do processo recessivo, o início da década de 1980 é marcado por uma quebra na coesão interna do regime, com avanço dos movimentos de democratização do país, sendo considerado um período de três crises: ideológica, financeira e político-institucional (MENDES, 1993).

Em 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo a implantação da rede básica de saúde como tema central, culminando com a implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, o PREV-SAÚDE. Reflexo da crise econômica nacional, a crise financeira da Previdência Social é atribuída à assistência médica; na tentativa de controlá-la, é criada uma instância reguladora da saúde previdenciária, em 1981, denominada Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) Sua atribuição é propor normas para prestação de assistência à saúde da população previdenciária e medidas de avaliação e controle da atenção médica, objetivando reduzir gastos, particularmente da atenção hospitalar. Do CONASP, foi proposto o plano que retirou a normatização da atenção médica do Ministério da Saúde, colocando-o no INAMPS, o qual passa a ser composto por técnicos ligados ao movimento sanitário, atuando conjuntamente com a direção (alinhados à proposta médica liberal). Essa aliança influencia as políticas sanitárias, que passam a determinar mudanças graduais no modelo médico-assistencial. O plano propunha um modelo mais regionalizado e hierarquizado, que levaria à integração das ações de saúde a partir, principalmente, do Plano de Racionalização Ambulatorial, que cria as Ações Integradas de Saúde (AIS) (MENDES, 1993).

As AIS ampliaram os mecanismos de convênios – negociados por estados e municípios –, todavia, introduzindo uma cultura de atenção médica, tendo o setor estatal como um dos prestadores de serviços. O final da década de 1980 marca a

ampliação do número de municípios conveniados no âmbito das AIS, chegando a uma cobertura de 70% da população do país no ano de 1987 (FLEURY,1991).

Entretanto, as eleições de 1982 e 1983 abrem espaço nos governos estaduais e municipais para técnicos que fazem parte do movimento sanitário, inserindo na agenda política princípios como os de descentralização e de gradual municipalização. Esse processo resultará na criação, em 1988, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), órgão que atualmente pode ser considerado fundamental para formato organizativo do SUS. A criação desse conselho já aponta para novas formas de gestão, em que as pactuações para consolidação do sistema passam pela descentralização decisória.

Importante marco nos movimentos no cenário brasileiro é o movimento de Reforma Sanitária, que ganha potencial no final da ditadura, resgatando a ideia de organização da vida coletiva a partir da construção de direitos democráticos que, mesmo ligados ao direito à saúde, colocavam em jogo a perspectiva de igualdade e voz em uma sociedade desigual e silenciada pelos anos de ditadura militar. A Reforma pode ser tomada, então, como uma proposta por dizer respeito à criação de princípios e direitos apontando para um novo ideário sanitário e, ao mesmo tempo, um projeto que representa um conjunto de políticas articuladas para construção de uma nova consciência sanitária, defesa da participação da sociedade e vinculação da saúde com lutas políticas e sociais (FEUERWERKER, 2005).

### **Movimento de reforma sanitária: luta pelos direitos e consolidação de um sistema nacional de saúde**

A influência das lutas e movimentos de transformação das políticas sociais e de saúde em outros cenários do mundo acaba eclodindo no Brasil com a organização do movimento de Reforma Sanitária. A reforma sanitária constituiu-se no momento mais emblemático na formatação político-ideológica do projeto de saúde, inserindo na agenda nacional três aspectos fundamentais na história do movimento sanitário: a) no plano político, estabelece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, reconhecendo o direito de todos às ações de saúde, compondo uma cidadania plena; b) no plano conceitual, amplia a definição de saúde, refletindo-a nos princípios norteadores do novo sistema; c) no plano

estratégico, propõe a instituição de um Sistema Único de Saúde, tendo como princípios a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular (MENDES, 1993).

Nesse cenário de lutas, podemos apontar que a força do movimento sanitário no Brasil está na sua capacidade de estruturação democrática, capilar e inclusiva, adotando um estilo de militância que buscava coerência entre a teoria e as novas propostas de ação. Assim, a saúde acaba configurando-se como um espaço onde os diferentes atores sociais, implicados na derrota do regime de ditadura militar, podem colocar sua marca a partir de um discurso contra-hegemônico, comprometido com a criação de modos de construção política implicados com a radicalidade da proposta levantada (FEUERWERKER, 2005).

Na busca pela implantação da democracia e concretização das bandeiras de luta do Movimento Sanitário Brasileiro, em 1986, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde. Sua realização foi um marco no debate em torno do modelo de saúde no Brasil, apontando como principal característica o caráter participativo, democrático e representativo com que as propostas foram debatidas, em um processo iniciado com conferências municipais e estaduais. A estruturação de uma forma diferente de discussões e escuta das proposições e necessidades dentro da pluralidade de culturas e necessidades difundidas pelos diferentes lugares do Brasil culminam em um evento nacional que se diferenciou das Conferências anteriores, caracterizadas por uma participação social mais restrita. Isso representou a confluência do projeto contra-hegemônico na área da saúde e estabeleceu o consenso entre diferentes forças políticas, movimentos sociais e correntes de pensamento, propondo finalmente a criação de um Sistema Único de Saúde.

A saúde, na VIII Conferência, foi definida como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987. p. 4).

Processo modernizador e democratizante, a reforma sanitária propõe que o Sistema Único de Saúde (SUS) dê suporte à saúde como um direito dos cidadãos, em constante construção pela ampliação de sua base social e da consciência

sanitária do cidadão. Implanta-se outro paradigma assistencial, criando mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema (MENDES, 1993).

O novo cenário, trazido pelos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde e a mobilização em setores governamentais, influencia dois processos: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incorpora os princípios da reforma sanitária, e a elaboração da nova constituição. Já se expressavam no SUDS os princípios da reforma sanitária: a universalização, a integralidade da atenção, regionalização e hierarquização, a descentralização, a democratização das instâncias gestoras e a política integrada de recursos humanos.

A fase inicial de implantação do SUDS foi caracterizada pela desconcentração das ações de saúde para estados e destes para os municípios, promovendo um avanço na descentralização, com o fortalecimento do papel do Estado e enfraquecimento da concentração de prestação de serviços – logo de poder – do INAMPS, de suas estruturas burocráticas e do setor privado prestador de serviços, representado pela Federação Brasileira de Hospitais e Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde. Entretanto, o SUDS teve resultados limitados na descentralização, refletindo-se em uma priorização da assistência médica individual em detrimento das ações coletivas, que permanecem como reflexo dos programas de saúde pública (MENDES, 1993).

O cenário subsequente é de disputa entre o Ministério da Saúde, que reivindicava a incorporação do INAMPS, e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Todavia, estava dado o movimento de municipalização da saúde, bem como a fragilização do INAMPS. A Assembleia Nacional Constituinte abrigou um importante debate, que reafirmou os princípios e valores afirmados pelo movimento de reforma sanitária, tais como: a) o conceito de saúde numa perspectiva de articulação entre as políticas sociais e econômicas; b) seu entendimento como direito social universal derivado do exercício de uma cidadania plena; c) caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; d) criação do Sistema Único de Saúde com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, que se fizeram presentes na promulgação da Constituição de 1988 (MENDES, 1993).

A lei 8.080, de 1990, incorpora os preceitos constitucionais da saúde como direito de todos e dever do Estado, o conceito ampliado de saúde, com sua



determinação social, e o SUS, com seus princípios de universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, sem conseguir incluir dispositivos capazes de regular o setor privado. Entretanto, a universalização do direito à saúde prevista na constituição e a tentativa de adequação das estruturas estatais tiveram impacto limitado pela crise econômica e fiscal do Estado e sua relação com o esgotamento do modelo desenvolvimentista (MENDES, 1993).

A legitimação da proposta de construção e implantação do Sistema Único de Saúde, marcando uma nova concepção de saúde que possibilita a construção de um modelo técnico-assistencial diferenciado no cenário brasileiro, é o marco de conformação das conquistas obtidas pelo movimento de reforma sanitária. A legitimação de uma proposta que se apresenta contra-hegemônica desde a sua concepção mostra a possibilidade de construções diferenciadas e ousadas, que somente podem ser sustentadas quando calcadas na participação popular, nos acordos políticos e no investimento para formação de profissionais envolvidos e implicados na tarefa de levar a reforma para seus espaços cotidianos de trabalho.

A ousadia colocada nas propostas de conformação e implantação do sistema nacional exige uma postura de reorganização, tanto da sociedade civil, na busca por seus direitos de cidadania e controle das políticas de saúde, quanto dos próprios gestores e profissionais do campo, apontando a necessidade de novas formas de educação em saúde. É nesse contexto que o movimento de Saúde Coletiva passa a ganhar maior legitimidade e espaço para suas proposições e experimentações, na abertura do campo da saúde às demais profissões, com novas formas de compreender e valorizar as práticas e propor desenhos de gestão técnico-assistenciais em maior consonância com os conceitos a serem desenvolvidos e propostos pelo SUS.

## **SAÚDE COLETIVA: NOVO OBJETO, PROPOSTAS DE CAMPO E NÚCLEO**

A importância de situarmos este movimento, possibilitando a descrição de suas compreensões e ferramentas, dá-se pelo fato de ser um campo que proporciona não só a abertura para outras profissões, retomando a complexidade

colocada no sujeito da saúde, como também a retomada da dimensão política implicada em cada ato de saúde.

Além dos pactos políticos exigidos para funcionamento do SUS nos níveis nacional, estadual e municipal, o resgate da dimensão política implicada no cotidiano de trabalho impõe a necessidade de articulação intersetorial entre saúde e educação, no intuito de renovar os modelos de formação de profissionais, que agora passariam a trabalhar dentro das diretrizes e concepções do novo sistema. A Saúde Coletiva consegue colocar-se, ao lado do movimento de Reforma Sanitária, como produtora de novos marcos teóricos e práticos para consolidação do SUS, como apresentaremos a seguir.

Campos (2000) indica que o termo “saúde coletiva” passa a ser utilizado no Brasil no final da década de 1970, quando um grupo de médicos oriundos dos movimentos da medicina social, preventiva e da saúde pública procura fundar um novo campo científico que tivesse uma orientação teórica, metodológica e política privilegiando o social como categoria analítica da saúde.

Segundo Paim e Almeida Filho (1998), no caso da América Latina, especificamente, a emergência desse campo indica a existência de pontos de encontro para problematização e renovação das práticas em saúde pública, tanto no âmbito dos conceitos acadêmicos científicos quanto no das práticas e atividades profissionais. Isso coloca em questão a necessidade de somar esforços para construção de um marco teórico-conceitual que dê conta da superação do paradigma científico – o qual demonstra evidentes sinais de esgotamento – que sustenta as práticas no campo social da saúde. A possibilidade apresentada pela saúde coletiva, segundo esses autores, é reconhecer a complexidade colocada no objeto “saúde-doença-cuidado respeitando sua historicidade e sua integralidade” (p. 301).

Considerando a noção de produção social da saúde intimamente ligada à proposta da saúde coletiva, fica inevitável a necessidade de assumir a construção de uma proposta teórica que admita diferentes atravessamentos disciplinares. Uma proposta aberta e em processo de expansão, pois permite e necessita atualizar-se a partir das produções feitas no corpo teórico prático das diferentes disciplinas envolvidas no processo de compreensão do sujeito em suas relações com a saúde. Diante disso, é importante tornarmos visível a pretensão da saúde coletiva na

formação de seu campo científico, seu núcleo de saber e, finalmente, sua proposta de construção de um plano transdisciplinar.

Escrever sobre Saúde Coletiva pode apontar para recortes diferentes. Porém a proposta de fazer uma leitura da Residência Multiprofissional em Saúde como espaço de resistência e criação frente aos conceitos hegemônicos utilizados no campo da saúde levanta a necessidade de fazer uso de diferentes atores/autores que se fazem presentes nesse campo, discutindo algumas possibilidades de problematização da saúde.

O uso de diferentes autores ao dissertar sobre este tema faz-se necessário e ao mesmo tempo desafiador. Aponta para a necessidade de reverter antigos paradigmas colocados nas teorias e práticas em saúde, ao mesmo tempo em que sinaliza possibilidades atuais e contemporâneas de prática e criação de novos espaços de formação. Para tanto, torna-se importante compreendermos um pouco sobre a saúde coletiva, suas formas de pensar e compor com a saúde pública e em que medida seu campo de produção de conhecimento permite as discussões que podem embasar novos paradigmas de atenção e formação em saúde.

### **A Saúde Coletiva e seu campo de atuação**

Até aqui, resgatamos as partes da história da reforma sanitária e da saúde coletiva como importantes marcos transformadores das políticas e práticas em saúde no Brasil. Mas é necessário dar visibilidade às formas como a saúde coletiva transforma as antigas concepções e metodologias de ensino e racionalidade científica, apresentando-se como um movimento dotado de um potencial subversivo ao paradigma instaurado pela medicina científica e a reprodução de sua forma de atuação na saúde.

A formação de um campo científico dá-se pelo confronto entre as formulações teóricas por ele produzidas e sua aplicabilidade na formação de políticas que coloquem esse saber em circulação na sociedade. Porém, para que isso se torne possível, é necessário que estejamos trabalhando constantemente tanto na formulação de novos conhecimentos teóricos, quanto na negociação política para sua aplicabilidade. Nesse caso, resgatando o envolvimento político necessário para

análise e construção de propostas que possam servir de base para as quebras no modelo hegemônico sustentado até então pela medicina científica.

Fazendo um breve resgate das ideias de construção desse campo de práticas, encontramos a saúde coletiva ligada às propostas desenvolvidas por Bourdieu sobre esse tema, tendo o autor embasado seus conceitos na construção dialética a partir das ideias de Thomas S. Kuhn. Na ideia de Kuhn, apenas a comunidade científica é produtora e legitimadora do conhecimento científico, e isso se dá a partir da criação de um paradigma.

Um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham como base para suas atuações e discussões, sendo reestruturado pelos frutos das pesquisas e constatações desenvolvidas a partir dele. Membros de uma mesma comunidade são assim identificados por partilharem um paradigma. Na medida em que as realizações científicas começam a tornar-se criadoras de modelos, acabam por orientar as pesquisas exclusivamente na busca de soluções de problemas por elas suscitados. No caso da medicina científica, que assume o paradigma de que a saúde parte de evitarmos ou curarmos o adoecimento, acabamos por ter o isolamento das variáveis na busca de uma construção causal como uma de suas características fundamentais, apresentando-a como condição necessária para o progresso das ciências (JÚNIOR, 1998).

Na ideia desenvolvida por Kuhn, o isolamento, tanto da comunidade científica quanto das variáveis de estudo de um adoecimento, deve ser mantido para garantir o progresso das ciências. A noção de que a ciência deve ser um campo fechado coloca-a com poucos pontos de convergência com a realidade social, não permitindo a oxigenação dos conceitos e reforçando soluções e práticas que se repetem para concretização do saber a ser instituído. Reforça, ainda, a ideia de que uma comunidade científica busca a existência de uma verdade absoluta sobre o objeto que estuda.

Em contraposição à ideia de Comunidade Científica, Bourdieu introduz o conceito de campo científico, considerando que, na verdade, tal conceito não elucida de forma adequada a dinâmica das práticas sociais científicas na sociedade moderna. Para o autor, a produção do conhecimento acaba mostrando-se também como um caso especial de produção e distribuição de mercadorias. A partir dessa analogia, indicam-se as possibilidades de ligação entre o campo científico e o

mercado capitalista, propondo-se a compreensão desse campo como “mais um mercado particular da ordem econômica capitalista” (JUNIOR, 1998. p. 29).

De acordo com Hochman (1994), para Bourdieu, “o campo científico” é o lócus de uma competição em que está em jogo especificamente o monopólio da autoridade científica, definida de modo inseparável, como a capacidade técnica e o poder social, ou, de outra maneira, o monopólio de competência científica, no sentido de capacidades – conhecidas socialmente – de um agente falar e agir legitimamente em assuntos científicos. Assim, quando propõe a noção de campo científico, o autor toma o campo intelectual como um espaço aberto, ainda quando submetido a conflitos de origem interna e externa. Para Bourdieu, a evidência da ligação entre o campo científico e o mercado de bens permite a construção de outra importante ferramenta teórica, aproveitada pelas propostas da saúde coletiva – a introdução da ideia de bens simbólicos.

Tão importante quanto a produção de bens materiais, os bens simbólicos estão relacionados com a capacidade produtiva colocada nas relações entre os atores do campo. O campo de bens simbólicos favorece a leitura das modificações do sistema de relações, entendendo a multiplicidade de determinações que a inclusão da ideia de bens simbólicos coloca, inclusive, na determinação das diferentes identidades que os campos sociais adquirem a partir dessa concepção. “O mercado de bens simbólicos tem seu capital específico, sua forma de acumulação, objetos de disputas e ‘lucros’ diferenciados” (JUNIOR, 1998).

Nessa perspectiva, está incluída a ideia de revalorização das relações humanas e da multiplicidade de encaminhamentos que cada encontro social pode desencadear, abrindo a possibilidade de retomar a importância das trocas simbólicas existentes no cotidiano das organizações de saúde. Permite-se a retomada da valorização das relações humanas compreendidas nas dimensões de poder, produção e legitimação dos saberes e práticas no campo da saúde, apontando possibilidades importantes para modificação das formas de educação dos profissionais. Consideram-se de forma crítica e reflexiva as produções de um saber com implicações diretas nos encontros produzidos entre os atores do sistema, permitindo que os trabalhadores se coloquem e sejam valorizados de forma integral no desenvolvimento de práticas em saúde.

Mesmo assim, a noção de um campo aberto mantém a ideia de que cada disciplina possua um núcleo de saberes que correspondem ao que possa ser definido como produção científica em relação ao objeto que se propõe a estudar. Assim, temos uma nova questão colocada: como as diferentes disciplinas podem dialogar dentro do campo de estudos da saúde coletiva?

Segundo Campos (2000), a formação de disciplinas aponta para o fechamento de uma parte do campo científico a partir da monopolização de um saber e gestão das práticas por agrupamento de especialistas; assim, a “institucionalização desta parte do campo seria seguida da consequente criação de aparelhos de controle sobre as práticas sociais a ele referentes” (p. 220). Admitindo-se que as propostas da saúde coletiva passam pela modificação das concepções de sujeito colocadas no campo da saúde, torna-se necessária uma reflexão sobre as possibilidades de organização dos saberes disciplinares e da produção de conhecimento conforme o novo paradigma proposto. Por isso, a proposta de uma forma de percepção diferenciada do que podemos entender por campo leva-nos a procurar outras formas de concepção dos saberes disciplinares que se atravessam na construção do sujeito da saúde.

Ainda de acordo com Campos (2000), no campo da Saúde Coletiva, existe sobreposição de limites entre as disciplinas, assim como nas práticas, acabando por remeter à ideia de que nesse campo é possível formar novos laços entre as práticas e a produção dos saberes. O campo está em constante processo de descoberta e conformação, livremente colocado entre pensarmos o instituído e o instituinte, valorizando as práticas em saúde como possibilidade de percepção das necessidades do sujeito, das formas de gestão e educação dos profissionais para negociações políticas de inclusão de novas ferramentas em saúde.

Campos (2000) aponta duas alternativas para fugirmos ao paradoxo do isolamento paranóico ou da fusão esquizofrênica das diferentes disciplinas, a necessidade de uma flexibilização dos conceitos formais de divisão entre as profissões e seus espaços de atuação, mostrando que somente tornando flexíveis essas fronteiras é que conseguiremos a formação de conhecimentos que deem conta das necessidades dos sujeitos. Ao pensarmos nisso, devemos estar também atentos à forma como as profissões estão se colocando e objetivando suas práticas e teorias quando ligadas à saúde coletiva.

A proposta de flexibilização do fechamento disciplinar pode ser substituída pela conformação de um núcleo de saber aberto, relacionado aos conhecimentos profissionais, mas que permita as trocas nesse amplo campo em construção que a saúde coletiva oferece. Um núcleo, ao contrário da ideia de trocas e atravessamentos que compõem o campo da Saúde Coletiva, representa certa aglutinação dos diferentes saberes e práticas, não rompendo radicalmente com a dinâmica do campo, mas somando-se a ele em trocas progressivas na construção do saber: “o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional, e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (p. 220). A aglutinação dos saberes e práticas não rompe radicalmente com a dinâmica do campo. Não há como escapar à institucionalização de um saber e à administração organizada das práticas sociais, mas ela pode ser mais democrática, aberta a distintos campos de influência, e isso ressalta a dimensão da saúde como um objeto socialmente construído.

As dimensões de campo e núcleo estão em convergência, sendo um processo complexo de trocas que as alimentam. Campo e núcleo estão sendo vividos e criados a partir da forma como experimentamos nossa vivência cotidiana no trabalho em saúde. A proposta de produção de um conhecimento demonstra isso. Quando estamos escrevendo ou optando por uma nova prática sob a influência que os demais núcleos podem nos proporcionar, reforçamos a existência de um campo em Saúde Coletiva. As questões ligadas à psicologia e a forma como esse saber a compõe estão tão ligadas na produção da saúde coletiva quanto a produção da psicologia como uma ciência da saúde. Estamos falando aqui da aceitação da complexidade colocada na concepção de saúde que aceita a determinação social como parte de seu campo, provocando ações transversais, já contidas nas diretrizes do próprio sistema de saúde, permitindo que os entrelaçamentos entre as diferentes profissões que compõem essa rede levem à reorganização do próprio núcleo profissional que se atravessa no campo da saúde.

De acordo com Luz (s.d)<sup>2</sup> é possível assumir três diferentes “tons” que podemos perceber nas proposições de saúde coletiva para construção do saber

---

<sup>2</sup> Artigo aceito para publicação na *Revista Saúde e Sociedade: O campo da Saúde Coletiva: O campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas*. s.d.

nuclear: um tom analítico conceitual, um tom de análise sócio-histórica e um tom interrogativo sobre o caráter coletivo deste campo. Como prática analítica conceitual, a revisão proposta adota diferentes características de análise na formação de um conceito nuclear para ela própria que tematiza fundamentalmente a “positividade” da saúde. Como análise sócio-histórica, quando tornamos possível o entendimento histórico de lutas e transformações nas disciplinas envolvidas com a saúde, podemos ter conscientes as amarras ao paradigma médico biologicista com pequenas revoluções e rupturas nos saberes já instituídos. Sobre o caráter coletivo do campo, compreende-se que as necessidades de um sujeito são irreduzíveis frente às necessidades de intervenção populacional.

A ideia de tematizar sobre a própria forma de estruturação do pensamento e problematização dos saberes já constituídos coloca a saúde coletiva como um núcleo de produção de resistência às práticas que desconsideram a singularidade e subjetividade presentes nos encontros com cada sujeito. A ideia da saúde coletiva não se dá pela formação de novas disciplinas que possam dar conta do sujeito da saúde, mas sim pela construção de um plano transdisciplinar que avance a partir da aceitação da complexidade dos saberes já instituídos e da flexibilização das fronteiras destes para partilha de um objeto único, transdisciplinar e complexo. Há uma irreduzibilidade da saúde coletiva à adoção de um modelo único de discursos e práticas. Trata-se de deixar de explorar as formas de encontro com os sujeitos para conformação de novas teorias e assim sucessivamente a construção de novos modelos assistenciais embasados em propostas de valorização da vida.

A proposta de não ser um campo com discussões a priori, mas sim em contínua atualização, produz uma discussão constante sobre campo e núcleo, partindo do questionamento feito sobre os próprios limites e atualizações possíveis em saúde coletiva. A proposta desses conceitos nasce da possibilidade de pensar as fronteiras que se delineiam para compreensão da saúde coletiva como um saber em constante atualização e troca com as diferentes profissões que compõem as transversalidades que tornam possíveis esse campo de conhecimento.

Assim, a reconstrução do próprio campo e núcleo da saúde coletiva indica uma nova proposta de inclusão dos trabalhadores, de diferentes paradigmas de compreensão dos agentes envolvidos nos processos de saúde e dos próprios

---



processos. Estes devem conter em si a possibilidade do compromisso concreto com a produção de saúde e a consequente compreensão dos processos de saúde-doença considerando a implicação histórica e social exercida sobre trabalhadores e usuários para a manutenção de um formato mais tradicional diante da mudança iminente.

A Saúde Coletiva configura-se como um movimento que busca o desenvolvimento de teorias e práticas diferenciadas do modelo hegemônico cientificista apresentado até então como base para as formas de concepção e assistência à saúde. A proposta de permear o campo da saúde com os diferentes saberes produzidos pelas ciências humanas e sociais, permitindo a valorização dos diferentes elementos no olhar formador do sujeito da saúde, dá-se pela valorização das práticas cotidianas, trazendo novas formas de produzir e ensinar saúde, entendendo os pontos de convergência entre a assistência e a formação de políticas no campo da saúde.

Para que se tornem consistentes algumas das discussões sobre as formas de organização estrutural e pedagógica das RMS, é importante que possamos adentrar no campo dos estudos da saúde coletiva, entendendo que espaços de oxigenação e mudança a residência oferece, ou não, na formação de profissionais de saúde.

## **MOVIMENTOS PROPOSITIVOS PARA TRANSFORMAÇÃO DOS MODELOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA**

Importante produção do campo da saúde coletiva deu-se na busca de construção de novos modelos técnico-assistenciais, criados e aplicados em cidades distintas, onde foi possível aproveitar um cenário político favorável, somados a articulações entre universidades e serviços. A implantação de formas diferenciadas de organização do sistema de saúde é objeto importante para compreensão de possibilidades de aplicação das teorias desenvolvidas na saúde coletiva. As propostas desenvolvidas servem como base de organização dos sistemas até hoje, e conhecê-las auxilia-nos no entendimento histórico da construção da residência como um dispositivo de formação para criação teórico-prática de ferramentas para atuação no SUS.

Cada uma dessas propostas, que interferem diretamente nas concepções e formas de atuação na formação dos profissionais do SUS, apresenta um crescente de modificações nas concepções de saúde-doença, planejamento e gestão do sistema em modelos técnico-assistenciais diferenciados pela valorização das unidades de atenção básica e entendimento da integralidade no sistema.

## **A PROPOSTA BAIANA DE SILOS**

A proposta Baiana de Silos tem origem no final da década de 70 e foi feita por intelectuais ligados ao departamento de medicina preventiva que passaram, em 1986, a ocupar cargos diretivos na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Tinha como eixo diretor as recomendações da Comissão Nacional da Reforma Sanitária e propunha regionalizar ações por distritos sanitários para implementar antigas bandeiras de luta na saúde: descentralizações, compreensão dos problemas locais e maior acesso da população.

O Distrito Sanitário era descrito como uma unidade operacional administrativa, caracterizada pela existência de recursos públicos e privados, onde eram desenvolvidas ações integradas para resolução dos problemas majoritários da área de abrangência com a participação da população. Mapeava a caracterização da população, fluxos dos serviços e infra-estrutura de cada território. A ação para implementação da proposta consistiu em reuniões e seminários com profissionais, lideranças e políticos; articulações políticas e mecanismos de referência; normatização das ações básicas de saúde; mecanismos de informação, avaliação, planejamento e gerência; municipalização dos serviços de saúde.

A proposta contava com curso de capacitação para gerentes distritais (investimento acadêmico). Capacitavam-se recursos estratégicos a fim de difundi-la. Investia-se na formulação teórica do processo e em avaliações sistemáticas. A concepção de saúde e doença utilizava como marco referencial a epidemiologia social latino-americana, que privilegia o vínculo entre as condições de vida e a saúde, levando em conta diferentes variáveis: biológicas, ecológicas, consciência dos processos econômicos, conceito de reprodução social e pensamento estratégico em saúde.

Os conceitos chave da proposta de Silos, que podem ser percebidos como ferramentas de atuação para construção das diretrizes do SUS, eram: território-

processo – entendendo o território como espaço de permanente construção, permeado por desigualdades que marcam as condições de saúde dos sujeitos; uma nova concepção de problema – buscando um enfoque específico de representação social do problema de saúde, possibilitando a discussão dos técnicos com a população; e, finalmente, a ideia de práticas sanitárias como uma prática social articulada entre política, economia e ideologia, seguindo um modelo de ações programáticas com ênfase na Vigilância em Saúde.

Nesse modelo, já era possível compreender a complexidade existente nas ações de saúde, buscando-se uma forma de compreensão que pudesse dar conta do sujeito de forma integral. A integralidade era compreendida pela formação de operações intersetoriais, mais amplas do que as que os protocolos oferecem, entendendo-se que assim seria possível sair do modelo médico-centrado. Já se admitia a estruturação do sistema como uma hierarquia de três níveis de ação, considerando o primário como porta de entrada única onde eram desenvolvidas ações de promoção, prevenção e recuperação.

### **A PROPOSTA “SAUDICIDADE”**

A proposta de Curitiba, chamada “Saudicidade”, é também datada do final da década de 70 e tem como eixos norteadores a maior qualidade da assistência; melhora no acesso da população; participação popular. Consistia na modificação da atuação das unidades municipais de saúde pela definição da área de abrangência, porém seguindo ainda um modelo de saúde pública onde os atendimentos eram determinados por programas clássicos (voltados fundamentalmente para mulheres, crianças, diabéticos, hipertensos, etc.), abrindo pouco espaço para demanda espontânea.

A integralidade era percebida como a superação das dicotomias entre a clínica e a epidemiologia, entre o individual e o coletivo. Contava com influência da vigilância à saúde. Ousa no modelo proposto como desenho para o sistema ao não seguir o modelo hierárquico de níveis, oferecendo gerências regionais de saúde para articulação dos serviços descentralizados. Não oferece uma caracterização formal das Unidades primárias como única porta de entrada no sistema, que apenas desempenham o papel de centro de referência para sua área de responsabilidade. Conta com a criação da figura do médico generalista, que deveria promover a

transformação das práticas para adoção do modelo de vigilância à saúde. A intersectorialidade é o conceito mais enfatizado na proposta.

As propostas de Silos e de Saudicidade abrem portas para pensarmos temas como integralidade e forma de organização dos serviços assistenciais como possibilidades de quebra da proposta médico-centrada, que privilegiava uma camada social específica e mantinha os serviços de saúde privatizados ou financiados pelo Estado a partir da aceitação de altos custos. Era necessária a experimentação de propostas ousadas que pudessem propor formas diferentes de pensar a saúde em um compromisso mais efetivo com a vida e a organização do acesso igualitário. Essas formas de experimentação, antes mesmo da conformação de um sistema nacional de regulação das práticas, assistência e ensino à saúde, abrem espaço para propostas novas e ousadas, como o modelo Em Defesa da Vida.

### **O MODELO “EM DEFESA DA VIDA”**

Um dos mais atuais e presentes modelos técnico-assistenciais tomados como meta de implantação por suas concepções e formas de assistência em diversos serviços de saúde é a proposta desenvolvida pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA) da Universidade Estadual de Campinas. Essa proposta foi desenvolvida após a formação do SUS e pretendia ser espaço de articulação entre academia e serviço. Levantou a necessidade de criação de um novo modelo de assistência pela constatação de que não tínhamos práticas alternativas ao modelo neoliberal, entendendo que os modelos então discutidos não tinham propostas de mudança significativas no atendimento médico, destacando a importância de se subsidiar essa transformação para que pudesse ser construído um novo paradigma na saúde no Brasil.

Seus princípios norteadores estão diretamente relacionados com as bandeiras de luta do SUS, privilegiando a gestão democrática, a saúde como direito de cidadania e serviço público voltado para defesa da vida individual e coletiva. Também entende como necessária a humanização das formas de assistência, garantindo o acesso ao serviço e aos recursos tecnológicos, a informação individual e coletiva e a equidade no atendimento. Trabalha com ênfase na construção de práticas de controle social para garantia de espaço de participação dos usuários.

Entende que os trabalhadores estão implicados em uma relação pedagógica crítica, mostrando que o profissional deve contribuir para a elevação da consciência sanitária dos usuários, sem ignorar o saber da população sobre seus problemas de saúde e determinantes sociais. Amplia, para tanto, suas compreensões teóricas pelo campo da teoria crítica, onde o encontro entre a ciência e a sociedade se dá pelo resgate do saber popular através de práticas de educação popular e participação comunitária.

Nessa vertente, podemos citar importantes teóricos que influenciam diretamente o movimento da saúde coletiva: Paulo Freire, e sua Pedagogia da Libertação, Habermas, e sua Teoria da Ação Comunicativa, e Bourdieu, que, conforme citado anteriormente, demonstra a existência de um mercado de bens simbólicos, reconsiderando a perspectiva do significado de cada ação ao próprio sujeito, entendendo a implicação de suas ações na formação do campo social-cultural ao qual pertence.

Já a Pedagogia da Libertação apresenta-se intimamente relacionada com a visão marxista do Terceiro Mundo e das consideradas classes oprimidas, na tentativa de elucidá-las e conscientizá-las politicamente. Entende que suas maiores contribuições foram no campo da educação popular para a alfabetização e a conscientização política de jovens e adultos operários, porém ultrapassando esse espaço e atingindo toda a educação, sempre com o conceito básico de que não existe uma educação neutra: segundo a sua visão, toda educação é, em si, política.

Finalmente, com Habermas, ao pretender a recuperação do conteúdo emancipatório do projeto moderno pela Teoria da Ação Comunicativa, tem-se a ideia de uma comunicação livre, racional e crítica - como alternativa de superação da razão iluminista - "aprisionada" pela lógica instrumental, que encobre a dominação. (VEIGA-NETO, 1999).

Além disso, a saúde coletiva faz uso das teorias de Barenblitt e de sua proposta encontrada no Compêndio de Análise Institucional, colocando a autoanálise e autogestão como ferramenta a ser desenvolvida pelos coletivos para superação dos problemas institucionais, evidenciando o jogo de interesses presentes e valorizando a inclusão de diferentes atores no planejamento das ações. Coloca o foco em trabalhadores e usuários, tirando o gestor do lugar privilegiado,

assumindo que a modificação do sistema se dará pela mudança e valorização das práticas criativas que oferecem possibilidade de revoluções cotidianas.

Embasa também suas concepções em autores da corrente pós-estruturalista da Filosofia da Diferença. Esse movimento concentra seus estudos na singularidade e particularidade que habita em cada pessoa, tendo como embasamento criativo estudos antropológicos, pois se dedica a estudar o fenômeno da diversidade, da pluralidade, da singularidade e das diferentes culturas. Propõe o rompimento com antigas teorias que entendiam o sujeito a partir das comparações e não na sua radicalidade de relação e formação pelas influências do meio cultural, social e dos enunciados que formam o sujeito.

Em presença da Filosofia da Diferença, brota a pedagogia, que respeita e cultiva o encontro dos distintos saberes. Cada ser humano é diferente e carrega em si um determinado tipo de saber. É na diferença que está a originalidade, o verdadeiro sentido e a riqueza de ser gente. Dessa vertente, faz uso da noção de caixa de ferramentas para dar um caráter flexível à metodologia e tem influências teóricas de Foucault, Guattari e Deleuze, reforçando a ligação das propostas da saúde coletiva de campo aberto a discussões com os entendimentos da Filosofia da Diferença, entendendo que a liberdade de construção é não se prender a nenhum método pronto.

A concepção de saúde e doença baseia-se na epidemiologia social latino-americana, com dois questionamentos básicos – sobre subjetividade e individualidade –, entendendo a falta de valorização dessas variáveis nos planos. Aponta também a limitação da epidemiologia em perceber os aspectos individuais do adoecer, propondo incorporação da psicanálise e análise institucional. A integralidade deve fazer-se presente no cotidiano dos serviços, buscando ser concretizada em cada prática, porém respeitando a divisão dos tipos de ações entre os trabalhadores (demanda clínica, promoção, prevenção), implicando a gerência do serviço para articulação interna das ações nos diferentes níveis. Quanto à hierarquização, propõe a flexibilização dos modelos clássicos, fundamentalmente a deshospitalização. As unidades de maior complexidade servem de apoio às Unidades Primárias, privilegiando o trabalho em rede.

As Unidades Primárias têm um complexo papel frente à quantidade de atribuições colocadas nesse espaço. Por isso defende-se a proposta de que a

equipe local mínima é multiprofissional, contando com a presença de um setor de triagem que gerencia o fluxo. Dá-se importância à divisão territorial, mas aceitando-se a concepção de território processual e acreditando-se que a adscrição da população ao seu serviço de referência será sempre parcial, criando espaço para usuários migrantes.

Além disso, faz-se uso de noções desenvolvidas nas concepções de saúde mental para estruturar a relação com a população:

- Vínculo e responsabilidade: personalização do atendimento, plano terapêutico singular com profissional de referência.
- Acolhimento: capacidade de solidarizar-se com as demandas do usuário.
- Resolutividade: só referencia situações que ultrapassam suas possibilidades tecnológicas.

Acredita-se que a gestão coletiva favorece a construção de mecanismos de monitoramento que avaliem as operações propostas e o impacto sobre os problemas definidos pela equipe. Conta-se com o desenvolvimento de um importante sistema de supervisão e análise institucional como proposta de educação continuada em serviço. Isso indica a negociação com a equipe de indicadores, metas, problemas, sistema de remuneração diferenciada para trabalhos penosos.

Busca-se romper a lógica dos serviços hospitalares, entendendo que as unidades de referência servem para o apoio às ações primárias e propondo que a gestão do hospital seja horizontalizada, de modo a oferecer liberdade administrativa por unidades de produção. Acredita-se que a intersectorialidade é um importante instrumento de articulação das políticas de governo, porém a ênfase nisso denota atrofia do setor saúde.

Importantes autores juntam-se na construção das ideias pela proposta de construção de uma teoria diferenciada, que privilegia discussões relacionadas com a organização do trabalho em saúde e a valorização e papel dos diferentes atores que compõem o SUS (gestores, usuários e trabalhadores). Aponta-se fundamentalmente a necessidade de voltarmos a tomar os fenômenos produzidos pelo encontro entre esses atores em sua forma desafiadora, sem enquadrá-los em antigas propostas baseadas na racionalidade científica vigente, utilizada na organização das propostas de atenção e assistência à saúde.

Acompanhando essas diferentes formas de organização que a saúde coletiva propõe, antes e depois da conformação do SUS, podemos perceber a força do viés teórico-prático colocado nesse campo de produção de conhecimento. A sobreposição existente entre os campos de saber e buscamos o entendimento de alguns fatores que valem ser salientados e discutidos por estarem continuamente presentes tanto no campo da saúde, quanto nas propostas da Residência Integrada em Saúde. Destacamos assim, a idéia de educação continuada em serviço como forma de melhoria das instituições e trabalhadores; a proposta de integralidade como meta das práticas em saúde e sua estreita relação com o fato de que as equipes mínimas devem ser organizadas de forma multiprofissional, apontando a construção de planos inter e transdisciplinares e a importância que as unidades primárias em saúde assumem na lógica de organização do sistema, fato que mais tarde pode apresentar diferenças na formação pela ênfase escolhida na RIS.

A RMS segue essas discussões, podendo vir a ser, segundo a lógica desenvolvida neste trabalho, um espaço importante de criação de novos conhecimentos e legitimação de práticas menos determinadas em saúde. Dessa forma, esse dispositivo de formação de profissionais pode ser entendido como um avanço na busca da concretização de novas propostas e práticas em saúde.



## **A CONFORMAÇÃO DE MUDANÇAS NO CAMPO DA SAÚDE: PEQUENAS CONQUISTAS PARA PROPOSTAS INOVADORAS**

**OU**

### **Alice toma a pílula de encolhimento para olhar as microrrevoluções pulsantes no campo**

A proposta de dissertar sobre a formação dos trabalhadores da saúde requer o cuidado de situar qual o recorte teórico-prático que nos embasa em tais discussões. Em um sistema complexo como o SUS, com diferentes instâncias de atuação profissional e formas de negociação para implementação de políticas, há sempre margem a diferentes possibilidades de entender e envolver-se nos processos que orientam a formação de propostas para o setor, incluindo a de formação de profissionais no modelo de Residência Multiprofissional em Saúde.

Até aqui, passamos pela descrição de diferentes momentos históricos que podem nos auxiliar na produção de um conhecimento sobre a conformação e as formas de estruturação que os programas de RMS oferecem atualmente. Inicialmente, a leitura das concepções de saúde-doença e a crescente implicação do campo da saúde com os saberes médicos evidenciam as relações e os diferentes interesses que levam à instituição do paradigma médico cientificista através das relações entre saber e poder no que se refere à organização social e econômica que a criação de políticas de saúde exige. Além disso, as formas de relação dessa disciplina com as políticas de estado e seus atravessamentos nos desenhos de organização econômica evidenciam as diferentes perspectivas e acordos que acabam sendo feitos, permitindo em muitos momentos que a valorização radical da vida e da saúde das populações não se coloque como o objeto mais importante em questão. Entender a doença como o distanciamento do que pode ser considerado uma conduta normal traz à medicina a possibilidade de construção de um saber normatizador e discriminatório frente à população. Diversos movimentos internos e externos ao campo da saúde acabam evidenciando a configuração da medicina científica como formadora de um paradigma que domina as práticas em saúde.

Depois disso, pudemos acompanhar de que forma, no Brasil da época pós-ditadura, movimentos de redemocratização e de reorganização de diferentes setores lutam pela implantação de práticas coletivas e políticas participativas. Figurando de

forma fundamental no sentido de construções teóricas com implicação real e propositiva entre os discursos e as novas formas de organização social da saúde, o movimento de Reforma Sanitária ganha reconhecimento e força na conformação e legitimação de seus ideais na formação de um sistema nacional de saúde. O SUS aponta para uma regulação e organização única das práticas públicas e privadas no setor, democratizando o direito de acesso à saúde a todos os cidadãos brasileiros.

A força colocada na transformação do próprio conceito de saúde que passa a ser utilizado pelo SUS denota a quantidade de ações pelas quais este deveria responsabilizar-se para garantia da implementação de práticas mais humanas que remetessem à valorização da vida em sua radicalidade como um dever do Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros. Nesse sentido, as bases teóricas e propostas de gestão e organização do sistema nas diferentes instâncias (estaduais e municipais) ficam perpassadas pela saúde coletiva como movimento de base propositiva dentro das construções da reforma sanitária. Somam-se a isso as ideias defendidas pela Saúde Coletiva de inclusão de outras disciplinas no campo da saúde para compreensão e estudo do sujeito da saúde em sua complexidade real de implicação no campo social.

Dessa forma, passamos agora a entender quais movimentos foram possíveis a partir das novas leituras e tecnologias propostas pela saúde coletiva e seu compromisso de defesa da vida e dos direitos de acesso à saúde e demais condicionantes implicados nesse conceito, de acordo com sua definição a partir da legitimação do SUS. A mudança paradigmática colocada pelas ideias da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva aponta para novas formas de relações intersetoriais entre saúde e educação, possibilitando espaços de formação diferenciados quando implicadas com os princípios e diretrizes colocados para o funcionamento do sistema; tais princípios, quando ressignificados, podem levar à construção de práticas de relacionamento diferenciado com trabalhadores e usuários do SUS.

Neste capítulo, apontaremos algumas políticas e fatos do cenário social que nos acompanharam para montagem e entendimento do recorte de estudo escolhido para este trabalho. Iniciamos pela criação da política de educação permanente em saúde como importante passo para entendermos a consolidação do modelo de

ensino/aprendizagem para formação de profissionais no campo, não baseado no paradigma cientificista moderno.

### **A INFLUÊNCIA DOS DESENHOS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS EM SAÚDE NOS MODELOS DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Fortemente marcada pelas práticas da medicina moderna do século XVIII, a saúde pública ganha corpo com o desenvolvimento das práticas voltadas para os registros individuais e sociais. Ela se torna responsável pela proposta das novas estruturas urbanas, provocando o esquadramento do espaço público em distritos sanitários para obtenção de maior controle e criação de estratégias de prevenção no controle de epidemias e endemias. Com um discurso marcado pelo naturalismo médico, impregnado de cientificidade, acaba por legitimar a crescente medicalização, proporcionando ao Estado o controle das condições de saúde da população como umas das maiores riquezas (BIRMAN, 2007).

Entretanto, esse discurso médico naturalista suspende a dimensão política das práticas em saúde, desconsiderando a leitura da população sobre as suas condições de saúde, silenciando “qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações que se destinam às práticas sanitárias” (BIRMAN, 2007, p.2). Pensando-se nos movimentos de transformação nas formas de educação em saúde anteriormente apontadas neste trabalho, iniciando-se pela base da formação de sanitaristas e passando-se pelas especializações em saúde pública e o desenvolvimento de práticas embasadas nos modelos de medicina social, preventiva e comunitária, o movimento de Saúde Coletiva apresenta-se como um importante aliado para consolidação do SUS. A aproximação de sua base social de produção de conhecimento às ideias de direito à saúde e acesso universal propõe modificações nas compreensões de saúde e doença, colocando a proposta de novos desenhos técnico-assistenciais, conforme apontados anteriormente, que consolidam seu campo de ações de planejamento, gestão e ressignificação das práticas aos trabalhadores a partir de seus processos de inserção nos serviços.

Com a entrada das ciências humanas no território da saúde, permeando a área com a produção de diferentes valores e práticas, propõe-se a releitura crítica

das práticas sanitárias até então estabelecidas, problematizando as categorias de normal, anormal e patológico, entre outras, e marcando o surgimento da saúde coletiva. Esta destaca que o tecido social é marcado por profundas diferenças culturais, religiosas e estéticas, não mais permitindo que as dimensões simbólica, ética e política fossem desconsideradas pelas práticas sanitárias e assumindo a proposição de reestruturação na saúde pública (BIRMAN, 2007).

Diante dessas transformações no campo da saúde a partir da década de 1970, eclode a crise estrutural na saúde pública brasileira e a consequente proposta de reforma no sistema. As práticas de saúde pública encontravam-se, ainda, eminentemente voltadas à medicalização, dando ênfase a políticas individualizantes que acabavam por supervalorizar os atendimentos privados em detrimento de investimentos sociais e financeiros na reforma do setor público. É nesse cenário que, em 1978, em Ottawa, se formulou a declaração de Alma-Ata, que expressava a necessidade de ação urgente dos governos, dos trabalhadores de saúde e do desenvolvimento, bem como de toda a comunidade mundial, para promover a saúde de todos os povos do mundo. Discutiu-se a inclusão de estratégias em saúde que considerassem cuidados ambientais, o incentivo a iniciativas e práticas de responsabilidade pessoal na prevenção de agravos e a promoção de comportamentos, atitudes e práticas saudáveis.

Enquanto isso, no Brasil, no mesmo ano, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que se estabeleceu como o marco fundador de uma nova concepção para a qualidade de vida no país. Essa conferência proclamou a saúde como direito do cidadão, ampliando e politizando esse conceito e nele incluindo a visão social dos processos de adoecimento ou de um modo de existência saudável.

Em 1988, a Constituição Federal Brasileira instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com a proposta de que todo cidadão brasileiro tem direito de acesso à saúde, que passa a ser um dever do Estado. Assentado nos princípios doutrinários da universalização, integralidade e equidade, o SUS tem sido palco, nos últimos anos, de um intenso debate sobre a adoção de modelos assistenciais que garantam, no cotidiano, a execução dos princípios constitucionalmente previstos.

A constante construção e aperfeiçoamento do sistema tornam-se necessários pela complexidade de fatores que se apresentam como modificações nas compreensões até então utilizadas em saúde. É cada vez mais importante que se

trabalhe na construção de dispositivos capazes de auxiliar na gestão e concepção de práticas baseadas nos princípios e diretrizes propostas pelo sistema.

Assim, inaugurando-se uma nova fase de participação nas políticas públicas de saúde com a promulgação da nova Constituição Federal Brasileira e sua complementação com a lei orgânica número 8080 de 1990, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que aponta a saúde como um dever do estado e um direito de todos os cidadãos.

Com o SUS, nascem as novas diretrizes para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e funcionamento dos serviços de saúde no Brasil. Segundo o artigo 198 da lei orgânica do SUS, os serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizados por três diretrizes centrais: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (CF/88, art. 198), denotando uma proposta de ações de saúde promotoras de inclusão social e direito à cidadania. O novo conceito de saúde a ser trabalhado aumenta o escopo de variáveis a serem consideradas como determinantes nos processos de saúde e doença, o que proporciona a inclusão de variáveis sociais e econômicas na definição de políticas de saúde.

A proposta de ações que tivessem foco nos âmbitos individuais e coletivos aponta a herança de diferentes formas de organização dos sistemas nacionais em países como Canadá e Estados Unidos, juntando diferentes formas de concepção e atuação junto às comunidades. A reforma de qualquer setor exige a proposição de novas formas de ação políticas, administrativas, sociais e econômicas. A reforma sanitária conseguiu ser propositiva em suas bandeiras de luta, criando bases teóricas e práticas para administração e implantação do novo sistema.

O SUS baseia seu modelo técnico-assistencial considerando a divisão em três níveis hierárquicos e propondo formas de atenção em espaços diferenciados de atuação de acordo com a complexidade percebida no processo saúde-doença. Seu desenho pode ser descrito como um modelo piramidal que contém, na ampla base da pirâmide, os serviços de atenção básica. Estes, formados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), serão responsáveis pela atenção primária dos grupos populacionais com área de cobertura preestabelecida. Essas unidades compõem o que podemos chamar de uma rede básica de atendimentos, sendo responsáveis pela organização de ações de promoção, prevenção e recuperação. Elas podem ter

a flexibilidade necessária para criação de ações de acordo com a realidade local, ações estas que devem ter como base para organização o próprio território adscrito e a possibilidade de negociação das prioridades junto à comunidade local. São considerados serviços de porta de entrada aos níveis subseqüentes, que teoricamente são definidos como tendo maior complexidade tecnológica implicada na resolução dos problemas (CECÍLIO, 1997).

No nível intermediário, ou secundário, estão os serviços ambulatoriais, onde os atendimentos são embasados em especialidades clínicas, com apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de pronto-atendimento a urgências e emergências em hospitais gerais com atuação em nível distrital. Já no topo da pirâmide estão os serviços de maior complexidade, ou nível terciário. Este é composto pelos serviços hospitalares de alta complexidade, dispendo de tecnologias mais complexas de diagnóstico e tratamento em hospitais terciários ou quaternários, com caráter regional, estadual ou até mesmo nacional (CECÍLIO, 1997).

A proposta colocada nessa forma de organização é a racionalização de atendimento, buscando dar conta das necessidades sociais e econômicas. A organização dos serviços no modelo piramidal poderia propor um ordenamento do fluxo de pacientes, que teriam os serviços de atenção básica como porta de entrada e encaminhamento aos demais níveis apenas quando necessário. O fluxo deveria dar-se nos dois sentidos possíveis, de cima para baixo e de baixo para cima, funcionando fundamentalmente pelo sistema de referências e contrarreferências e possibilitando o atendimento das pessoas nos espaços tecnológicos mais adequados.

Além disso, de acordo com Cecílio (1997), esse modelo propicia a implantação de um sistema nacional que segue as bandeiras de luta até então apresentadas pelo movimento de Reforma, principalmente no que diz respeito à regionalização, à hierarquização e ao direito de acesso aos serviços. As UBS podem ser consideradas como a difusão de serviços que permitem o acesso universal; a organização de uma cobertura territorial e populacional definida permite o diálogo com as condições sanitárias e de ordenamento social colocadas em cada espaço, permitindo o trabalho embasado em um território vivo, pulsante. Além disso, a clareza na definição dos níveis de atendimento e de suas responsabilidades permite a ação de fiscalização externa, facilitando à população usuária do sistema o controle

das ações administrativas e econômicas na definição de prioridades de investimento, tanto em recursos humanos quanto na aquisição de equipamentos.

Em comparação com os níveis secundários e terciários, onde a centralidade das ações segue sendo colocada nos atendimentos médicos, perpetuando o modelo hegemônico de medicalização, e no aumento de tecnologias complexas para ações curativas, a rede básica ganha espaço para desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde. Por conta disso, acaba se mostrando um espaço privilegiado para experimentação e criação de novas práticas, podendo, inclusive, arriscar-se na proposição de um modelo de atuação contra-hegemônico, valorizando a possibilidade de construção de vínculos mais estreitos com usuários inseridos em seus contextos de vida, aproximação dos problemas comunitários. Propicia a atuação em diferentes determinantes de saúde, como moradia e saneamento básico, por exemplo, podendo identificar com maior clareza os focos prioritários para atuação da equipe.

Atualmente, o que percebemos na prática denota um funcionamento de fluxos de forma truncada e burocrática. O sistema de referência e contrarreferência engessa os fluxos. A passagem aos níveis superiores da pirâmide tornou-se de difícil acesso, e a demora faz com que usuários não mais respeitem a hierarquia proposta, desconsiderando ações de atenção básica e superlotando os pronto-atendimentos e emergências. Além disso, para que pudéssemos ter um bom funcionamento desse modelo, seria necessária uma virada cultural na compreensão em saúde, devolvendo-se aos usuários o conhecimento sobre o próprio corpo, a capacidade de autocuidado e diálogo com os profissionais disponíveis nos serviços (que nem sempre são médicos), de forma a valorizar a integralidade das ações, o que indicaria a construção da saúde como uma prática físico-social-mental e conscientizadora da valorização à vida de forma irrestrita.

É importante situarmos que a descrição desse formato piramidal não pretende a discussão das limitações do modelo referido como um desenho técnico-assistencial vigente na organização do SUS. Entendemos que esse modelo já dá claros sinais de suas deficiências quando das dificuldades reais que se apresentam na comunicação entre os níveis hierárquicos, podendo, inclusive, apontar as discussões geradas quanto à necessidade de revisão do conceito de complexidade implicado nesses níveis. Se considerarmos a ideia de que o SUS contém esse

desenho como modelo de proposta instituído, podemos nos voltar à ideia de desenvolvimento dessa crítica para pensarmos também de forma construtiva como poderemos problematizá-la quanto à influência na formação de profissionais das áreas da saúde.

As proposições implicadas no desenho técnico-assistencial do SUS demonstram uma forma específica de concepção dos níveis hierárquicos e de complexidade a partir da consideração dos aparatos tecnológicos presentes em cada nível. Para consideração de todas as variáveis implicadas no conceito de saúde a ser desenvolvido pelos trabalhadores da saúde, seria necessário um novo olhar sobre as variáveis que determinam essa hierarquia, considerando a importância de cada ação em saúde a partir da compreensão de que todos os níveis de atenção demonstram importante complexidade na rede de cuidados necessários para produção de saúde. Além disso, coloca-se o desafio de criar formas de abordagem diferenciadas em cada nível do sistema a fim de dar conta da proposta de atenção integral à saúde, evidenciando-se, inclusive, a necessidade de práticas educativas que possam favorecer essa perspectiva diferenciada de atuação no SUS.

Essa forma de atuação no sistema piramidal, que considera a importância colocada em todos os níveis hierárquicos propostos pelo sistema, estaria em maior conformidade com as propostas do SUS e permitiria uma visão mais ampla de saúde que considera diferentes variáveis como determinantes dos processos de adoecimento, valorizando as condições sociais nas quais os sujeitos se encontram implicados. Para tanto, é importante considerar que as mudanças estruturais no sistema de saúde acabam por exigir também modificações ligadas à formação dos profissionais que o compõem, proposta essa que ainda não conseguimos atingir de forma efetiva. A hierarquização colocada no desenho do sistema acaba reforçando a ideia de que a saúde e a doença podem ser hierarquizadas, trazendo mais reconhecimento às especializações e atuações nos níveis secundários e terciários. A proposta colocada na rede básica de atendimento de acompanhar o desenvolvimento das condições sociais e processos de vida para construção de outras ferramentas que possam dar conta da saúde de um indivíduo ou de uma população é pouco valorizada. A dicotomização entre as práticas individuais e coletivas aponta a desvalorização da compreensão do indivíduo em seu contexto, reduzindo as ações clínicas à prática de reprodução dos saberes, o que aponta para



fragmentação do sujeito e manutenção de modelos historicamente colocados das formas de entendimento sobre os sujeitos e seus processos de saúde e doença.

De acordo com Ceccim e Ferla (2003):

Os desafios atuais na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde estão em aprender a não dissociar atenção individual às doenças e adoecimentos da vigilância à saúde (risco de retorno à biologização); não dicotomizar qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não dissociar os grupos de trabalhadores (da gestão, da atenção e da vigilância); não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto à população como um trabalho de aprendizagem junto à população e, finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituidor das profissões de saúde e do campo da atenção integral à saúde...(p. 216).

Atualmente, observa-se uma movimentação em nível nacional, tanto na busca da implantação de práticas em saúde que respeitem as diretrizes propostas pelo plano do SUS, quanto para reestruturação na formação das categorias envolvidas com o trabalho em saúde, para que estas estejam em consonância com o desenvolvimento do trabalho proposto no setor público de saúde.

### **CENÁRIO DA CRIAÇÃO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

As dificuldades de concretização do sistema, advindas de uma precária preparação dos profissionais de saúde, colocam, entre outros temas, a formação dos profissionais de saúde em questão. É necessário que se pensem e organizem modificações nas políticas educacionais ligadas ao setor, pois um “profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações no perfil ético, técnico e institucional do pessoal que irá atuar e preencher os cargos de comando do setor reformado” (CECCIM e FERLA, 2003). Já previsto pela Constituição Federal/88 (inciso III, art. 200) como competência do SUS o ordenamento e formação de recursos humanos na área da saúde, acaba sendo alvo importante de discussões em diversas conferências, dando início a organização de um movimento nacional na busca da concretização dessas políticas.

Com o papel de implementar a atribuição do SUS de gestão da educação dos profissionais da área, foi instituída, em 2004, pela portaria Nº198/GM/MS, a “Política

Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor” (artigo 1º). Buscou-se, com essa estratégia, consolidar a Reforma Sanitária Brasileira a partir do fortalecimento da descentralização e do desenvolvimento de estratégias e processos para construção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva. Adotou-se, como metodologia das novas políticas, a articulação entre os componentes de gestão, assistência e participação popular na educação dos profissionais para incorporação de atores mais identificados com o cenário da saúde.

A Educação Permanente torna-se o conceito pedagógico e metodológico para experimentação das relações entre ensino-aprendizagem e entre docência e atenção à saúde, considerando como peça importante para esse aprendizado a “reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva” (p. 1). A Educação Permanente em Saúde (EPS) surge pela necessidade de melhoria na formação dos trabalhadores do SUS, sinalizando ser necessária a criação de novas formas de entender e produzir saúde.

Importante diretriz da EPS está na estratégia apresentada para sua implantação, que insere o processo educativo ao lado das práticas de serviço, buscando a construção de espaços coletivos de avaliação e análise do sentido colocado no cotidiano do trabalho em saúde. A intenção é a reflexão sobre os sentidos das práticas em saúde, considerando a singularidade dos atos de cada trabalhador para construção de novos aportes teóricos e ferramentas de atuação no sistema a partir da implicação direta dos trabalhadores na análise de seu cotidiano.

Entretanto, apenas a abertura da área à entrada de outras profissões, que passam a ser consideradas ciências da saúde, não garante a utilização de novos modelos de atenção e assistência aos usuários do SUS. Existe uma hegemonia das práticas biomédicas, que se apresentam com um conceito ainda estreito de saúde como ausência de doença e determinismo biológico na produção de doenças.

A instituição da Lei Nº 8080, que legitima o Sistema Único de Saúde, coloca em xeque o conceito de saúde vigente, apontando para a importância do atendimento integral, o que pode ser compreendido como importante balizador para práticas e formação de novas concepções a serem aplicadas no trabalho assistencial e de gestão. Pela profundidade colocada nas mudanças conceituais, o próprio sistema

não consegue ainda dar conta da formação e capacitação dos profissionais já implicados no cotidiano de trabalho com formato de antigos sistemas de saúde, onde eram divididas as práticas de saúde pública e as práticas em assistência.

Alguns fatores podem ser apontados como justificativa para construção dessa política, como o cenário de renovação veloz dos conhecimentos, saberes e tecnologias, a necessidade crescente de inclusão de profissionais preparados para atuação no SUS, tanto pelo crescimento da área, quanto pela grande circulação de profissionais devido à precarização dos vínculos de contratação. Tal fato prejudica de forma grosseira o desenvolvimento de políticas longitudinais, como as propostas pela atenção primária em saúde, que favorecem a integralidade na atenção dos diferentes atores envolvidos na saúde: usuários e trabalhadores.

O SUS vem conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, recentemente se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social (FEUERWERKER, 2005, p. 491).

Outro entrave importante para concretização da melhora da qualidade dos serviços prestados pelos trabalhadores do sistema está relacionada a antigas concepções, vindas da administração e reforçadas pela psicologia organizacional pelo conceito de recursos humanos. Pensar os trabalhadores como outra forma de recurso do sistema, ao lado de insumos e recursos tecnológicos, por exemplo, aponta para alienação do trabalhador, não valoriza a construção de saberes locais e indica a reprodução das práticas já acumuladas em cada núcleo de saber como mais importante. Isso permite o estabelecimento de poucas trocas, prejudicando o espaço de criação e valorização dos trabalhadores como atores sociais envolvidos na criação e consolidação das políticas e práticas de saúde. Isso também é fruto de uma compreensão que coloca a gestão das políticas de formação como uma atividade secundária, por vezes desconectada das políticas de atenção à saúde.

O modelo de capacitação utilizado na visão de aplicabilidade dos recursos humanos ao sistema está baseado na lógica dos saberes específicos, que em geral se apresentam com linhas de atuação hierarquicamente determinadas, vindo no formato de programas de ação ou ações programáticas que privilegiam a

compreensão individual, esvaziando o sentido da integralidade na assistência. Essas linhas de capacitação acabam sustentadas pelas visões particulares do atendimento médico individualista e macropolíticas de vigilância à saúde, formando linhas de capacitação de recursos humanos, sem considerar, muitas vezes, o saber já construído pelo profissional em suas práticas como proposta a ser ressignificada pelas novas tecnologias que vêm sendo produzidas nos temas em questão. Essa marca de ações fortemente embasadas nas práticas fragmentárias e especializantes aponta para repetição da forma de capacitação e desenvolvimento das práticas médicas, historicamente usadas como base para todas as demais profissões.

As idéias e os valores oriundos do modelo médico-hegemônico são, portanto, predominantes na sociedade. São eles que orientam a formação dos profissionais de saúde e estão presentes na cabeça dos trabalhadores do SUS. Essas idéias e os interesses que elas representam interferem, a todo o momento, na possibilidade de consolidação do SUS (FEUERWERKER, 2005, p. 491).

É nesse cenário que a EPS, passando por diferentes sentidos, acaba se configurando como importante dispositivo para discussão e reflexão das práticas, entendendo que só assim se tornará possível a atuação dos profissionais em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. De acordo com Ceccim (2005), a EPS pode corresponder a diferentes sentidos, que podem ser agrupados quando nos referimos a ela como possibilidade metodológica: Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Formal de Profissionais.

Como Educação em Serviço, destaca o espaço de trabalho como fundamental para produção de novos conteúdos, instrumentos e recursos para um projeto de mudança institucional. O fato de considerar a produção de atos em saúde como importante fator para mudanças institucionais coloca-se como uma forma de atuação política, instigando os trabalhadores à produção de micropolíticas e reflexões cotidianas que podem levar ao entendimento das mudanças necessárias. Já a Educação Continuada refere-se mais especificamente à construção de quadros institucionais, investindo na capacitação dos trabalhadores em serviço com tempo e espaço determinados. Como Educação Formal de Profissionais, consegue colocar-se aberta à multiplicidade das vivências profissionais, propondo a integração entre os setores do trabalho cotidiano e as práticas de ensino.

A EPS pode encontrar as bases de sua compreensão em diferentes vertentes, raízes já descritas no capítulo referente às bases paradigmáticas que compõem a

Saúde Coletiva, como a Educação Popular, de onde provém a força colocada na aprendizagem significativa, na valorização da construção de sentido pelos próprios trabalhadores a partir da resignificação das teorias propostas quando confrontada com as práticas cotidianas. As bases estão ligadas ao Movimento Institucionalista, que coloca a autoanálise e a autogestão como importantes dispositivos de empoderamento dos trabalhadores para construção de políticas mais flexíveis. Entende-se que o sistema está em constante processo de mutação e que existe a necessidade de flexibilidade teórica e reflexiva para que se possa reconhecer isso, sem incorrer na repetição de encerrar a compreensão dos atos dentro de teorias já existentes e instituídas. Além disso, esses dispositivos sinalizam a importância dos movimentos coletivos e organizados de trabalhadores, reconhecendo o trabalho em equipe como espaço privilegiado para ações de reflexão e produção de conhecimento. Buscamos reconhecer que o processo de aprendizagem se compõe necessariamente pela reformulação das estruturas institucionais, tendo como foco o processo produtivo em si, respeitando e valorizando as práticas de cada trabalhador.

Finalmente, como proposta central da EPS que contribui com este trabalho de discussão de algumas estruturas organizativas da RMS e de seu potencial pedagógico, salientamos sua implicação como instrumento questionador e promotor da transformação das práticas de planejamento, gestão e contato com a comunidade, comprometida com as bandeiras de luta da Saúde Coletiva. Isso nos permite entender a “porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde”, colocando-se como ferramenta política para formação de perfis profissionais e transformações institucionais (CECCIM, 2005. p. 162).

No cotidiano dos serviços, a concretização dessa política requer a aceitação do desconforto de não sabermos tudo, de não termos todas as respostas a priori. Requer que os profissionais se permitam ousar no momento de fazer propostas de mudança nos cenários organizacionais. Em momentos em que não se consegue essa clareza, é necessário percebermos os pontos de convergência com as bandeiras de luta já colocadas na própria reforma sanitária. Segundo Feuerwerker (2005), trata-se de uma das únicas reformas setoriais que conseguiram ter ações sociais transformadoras incluindo modelos de cidadania recolocados a partir de uma proposta clara de reconceitualização no modelo de saúde e levando um entendimento crítico às práticas hegemônicas de saúde. Assim, apontam-se

proposições de uma nova divisão do trabalho, incluindo um papel ativo de usuários e trabalhadores no processo de reforma do setor.

Além disso, o movimento pela reforma sanitária se estruturou de maneira democrática, diversa, capilar e inclusiva e adotou um estilo de militância coerente com suas proposições. No processo de luta pela democracia, portanto, a saúde foi um campo em que os diferentes atores sociais comprometidos com a derrota da ditadura contaram com um discurso alternativo ao hegemônico, com formulações e proposições (de saúde, de democracia) e com modos de fazer política compatíveis com a radicalidade da proposta em questão (FEUERWERKER, 2005, p. 490).

O que queremos apontar diante dessa contextualização é que as diretrizes da EPS vêm, em consonância com antigas bandeiras de luta, mostrar uma metodologia diferenciada para dar seguimento às reformas propostas, principalmente tendo em vista a formação de trabalhadores comprometidos com os princípios colocados pelo SUS. Torna-se necessário que as mudanças venham de forma objetiva, mas que possam estar embasadas em metodologias que respeitem os saberes já existentes, construções teóricas comprometidas com a transformação subjetiva, compreendendo a importância da valorização dos espaços de construção coletiva, trabalho em equipe, formas de cogestão dos coletivos. O movimento de construção destes saberes enquanto ferramentas para ação institucional é o que acaba permitindo o empoderamento de trabalhadores e usuários, a fim de construir a subversão da racionalidade científica que não favorece ações que apontem para controle social.

A mudança metodológica proposta pela EPS, segundo nossa compreensão, deve passar pela forma de fazer o reconhecimento dos problemas em saúde. É necessário atentarmos ao fato de que os problemas atuais, de enfrentamento pelo SUS, estão ligados à necessidade de construção e aceitação das novas concepções de saúde propostas, bem como de uma nova forma de compreensão dos problemas, embasados na complexidade colocada nas relações entre os atores e organizações de saúde. Também é necessário aceitarmos os problemas, em geral, somente são percebidos quando despertam algum tipo de afecção, ou seja, ganham corpo a partir das vivências afetivas dos trabalhadores. Isso requer a adoção de propostas teóricas que envolvam uma compreensão menos reducionista dos problemas, considerando-os na complexidade de forças e formas que assumem organizacionalmente. Os problemas devem passar a acompanhar uma

contextualização mais realista, pois assim pode-se buscar sua operacionalidade em acordo com as diretrizes do sistema, ganhando força e articulação suficientes para uma prática transformadora. A força colocada no uso do espaço de trabalho para construção e criação dos trabalhadores, que pode ser compreendida como a diretriz central dos dispositivos utilizados pela EPS, está em desnaturalizar as práticas já instituídas, valorizando trabalhadores para uso e construção de novas tecnologias para o SUS.

Segundo Ceccim (2005), é necessário também superar antigas dicotomias nas quais as mudanças propostas pela reforma sanitária foram construídas: individual x coletivo, clínica x saúde pública, especialidade x generalidade, sofisticação tecnológica x abordagens simplificadas. A superação desses modelos dicotômicos está colocada na construção de práticas educativas implicadas com os cotidianos de trabalho, configurando-se como dispositivos de análise das experiências locais, possibilidades de integração entre formação e ensino, produção de novas práticas de gestão pela valorização dos saberes locais e participação popular.

Assim, a partir dessas concepções, tem-se na EPS um embasamento metodológico importante para criação de dispositivos capazes de dar conta da proposta de não mais antagonizar políticas e práticas em saúde. Isso provoca algumas mudanças nas concepções atuais, aponta para a necessidade de desnaturalizar compreensões históricas colocadas nas estruturas. Um exemplo disso pode ser percebido a partir do modo de determinação de indicadores de avaliação dos serviços de saúde, que se apresentam de forma quantitativa, desconsiderando a maneira de realização do trabalho e não valorizando a potência subjetiva disparada pelos atendimentos.

Nesse cenário, a EPS apresenta-se como uma estratégia fundamental para formação de trabalhadores por embasar-se nas concepções já discutidas neste texto, das quais vale destacar algumas:

- intersectorialidade: valorização das negociações que colocam práticas de saúde emparelhadas com práticas educativas, recomposição das práticas de formação com possibilidade de criação de políticas mais realistas, implicadas com a realidade dos serviços.

- gestão compartilhada: que parte da ideia de uma reconceitualização de saúde e atribui maior sentido às experimentações de trabalhadores, usuários e gestores nos

cenários de saúde, permitindo que a integralidade apareça como um importante princípio a ser respeitado e construído.

- Valorização do controle social: entende que trabalhadores mais apropriados dos princípios e diretrizes propostos pelo SUS percebem a necessidade de novas formas de vínculo com os usuários. Isso estabelece formas mais integrais de atenção à saúde, permitindo que a relação com os usuários se dê de forma mais equânime.

- Implementação de uma pedagogia que proporciona a análise crítica e reflexão permanente nos espaços coletivos de trabalho. Aponta para possibilidade de construções micropolíticas pela valorização dos saberes dos trabalhadores e desenvolvimento de ferramentas de trabalho de acordo com as realidades locais, fator fundamental quando pensamos na pluralidade de organizações e coletivos de saúde no Brasil. Trata-se de fazer uso de uma pedagogia que permite que o saber dos trabalhadores esteja em constante construção, sem deixar de lado os saberes acumulados em cada núcleo profissional, entendendo que as trocas estabelecidas nos campos de atuação podem ser importantes ferramentas em outros espaços.

### **MUDANÇAS NO CENÁRIO EDUCACIONAL: EXISTEM POSSIBILIDADES PARA CONTRUÇÃO DE NOVAS FORMAS DE PRODUIR SAÚDE?**

A legitimação de uma política pensada especificamente para permitir um formato de educação permanente aponta uma nova etapa de valorização dos trabalhadores como peças importantes para concretização do sistema. No entanto, falar no desenvolvimento dos trabalhadores implica o reconhecimento de um desenho assistencial onde seja revitalizada a importância da compreensão dos fenômenos de encontro com os usuários, de modo que isso volte a ter maior valor do que o encaixe em antigas teorias determinantes das práticas.

Nessa perspectiva, para que seja possível garantir o trabalho em consonância com as novas diretrizes organizativas do SUS, a preocupação com a formação dos profissionais de saúde volta a ganhar espaço privilegiado, apontando a necessidade de integração intersetorial entre saúde e educação. As atuais discussões levaram o tema da formação de recursos humanos para atuação no SUS a ser um dos temas centrais na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, realizada em março de 2006. Nessa conferência, colocou-se que as instituições formadoras devem responsabilizar-se no âmbito da produção científica e



qualificação de quadros profissionais para tornarem-se parceiras do SUS, efetivando a interação entre ensino e trabalho e salientando a relevância social da formação em saúde pela existência de referência constitucional sobre essa interação.

Podemos, então, perceber que, desde sua emergência, esse é um sistema em constante movimento, tanto na busca da implementação, de acordo com as leis e diretrizes propostas, quanto na procura pelo aperfeiçoamento nas unidades e serviços já em funcionamento. Com as mudanças no sistema público e criação do SUS vem à tona a necessidade de se considerar o indivíduo em sua integralidade de relações e condições de vida, incluindo moradia, trabalho, condições sanitárias, acesso à escolarização e aos próprios serviços de saúde.

Em diferentes momentos na história da constituição do campo de saberes da saúde pública e saúde coletiva, bem como dos saberes que constituem a produção de conhecimento e outras práticas de saúde, existe um importante movimento relativo à formação do conhecimento e à necessidade de emergirem práticas para a mudança de cenários sociais. Em muitos momentos, percebe-se a dificuldade de romper as fronteiras das áreas do conhecimento que provocam um atrelamento único nas práticas decorrentes das teorias tradicionalmente estudadas na área da saúde. Desse modo, existe uma demanda de aprofundamento e estudo sobre as formas de inserção e produção de conhecimento que vêm se produzindo nas áreas da saúde.

É importante situar que não estamos aqui falando na formação acadêmica que cada profissão considerada da área da saúde se propõe a oferecer, nem a estamos questionando. Se estivéssemos pensando nessa proposta, teríamos um amplo leque de discussões que apontariam para diferenças a serem pensadas desde a concepção de algumas ciências, entendendo que a forma como os regimes de verdade vão sendo estabelecidos acaba por legitimar diferentes teorias e práticas para composição científica e acadêmica das profissões. Estamos aqui falando das propostas de formação de trabalhadores que buscam a inserção e/ou compreensão das políticas públicas de saúde pelo desenvolvimento dentro dos princípios e diretrizes do SUS.

A política de educação permanente em saúde ganha força a partir de sua implementação no ano de 2004. Desde então, a formação dos trabalhadores passa a ser compreendida de forma processual e constante, pois todos os processos

cotidianos ganham espaço, compreendidos como formas de produção de si e do mundo. Nesse sentido, é necessário mudar o foco da formação em saúde, entender que o desenvolvimento dos trabalhadores não deve vir apenas subordinado à técnica científica ou à capacitação operacional. Trabalhadores devem ter a possibilidade de se colocarem no sistema como sujeitos ativos e criativos, atores implicados na construção processual e permanente do sistema.

Quando compreendida a necessidade de reconhecimento de novos espaços para formação dos trabalhadores, legitimam-se, então, a criação das Residências Integrada em Saúde. Legitimadas em diferentes portarias e leis (Portaria SES/RS nº 16, de 1º de outubro de 1999, Lei Estadual nº 11.789 de maio de 2002, e Portaria N. 037/07 GHC-DS-247/07) com propostas, pela Escola de Saúde Pública de integração entre os programas de Residência Médica e Programas de Aperfeiçoamento Especializado (especialização em área profissional), e pelo Grupo Hospitalar Conceição de ser uma RMS. Esses programas ganham força entendendo que a construção de novas bases para assistência e formação de conhecimento em saúde coletiva passam pela integração de saberes, pela inclusão de novas profissões como parte da área e pela compreensão de um conceito de saúde mais amplo que permita a quebra dos conceitos hegemônicos.

É importante situarmos aqui a existência de programas de residência com nomenclaturas diferentes, embasadas nos modelos de organização institucional exigidos para o desenvolvimento de cada modalidade. Existem programas que buscam apenas a formação por área de especialização, onde a titulação oferecida diz respeito à especialização em área profissional. Outros têm seu foco específico na formação de algumas categorias profissionais da área da saúde, em caráter multiprofissional de trocas e construções coletivas. Existem, ainda, os que buscam o desafio de ampliar seus modelos de experimentação na formação pela integração das residências médicas e residências de formação multiprofissional em saúde.

A diferença estabelecida na escolha do enfoque deste trabalho é a proposta de estudo e discussão das estruturas organizativas de duas Residências Multiprofissionais em Saúde que propõem-se a ser espaços diferenciados de formação pela articulação e produção de conhecimentos integrados entre as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de trabalho. Entendemos que o desafio das RMS envolve a ressignificação das práticas

hegemônicas colocadas pelo paradigma cientificista adotado pela medicina. Além disso, há o enfrentamento de ideias que embasam essas duas propostas de residência, indo desde as concepções de cada residência, prolongando-se às práticas cotidianas e passando, então, pelo desafio de bancar novos desenhos institucionais que permitam a transversalidade entre dois programas que passam a desenvolver-se no compartilhamento e construção de um campo coletivo.

### **AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE**

Para que possamos compreender a forma como a RMS posiciona-se como uma estratégia de resistência à manutenção de algumas práticas já colocadas, é necessário pensarmos em alguns conceitos que são propostos a partir da implantação do SUS e das propostas levantadas pela saúde coletiva que auxiliam na compreensão da importância das políticas de educação permanente, da reciclagem e da formação de novos trabalhadores que assumam uma concepção de saúde ligada à valorização da vida, em que os sujeitos possam ser considerados de forma integral. Nossa proposta, aqui reafirmada, permite-nos discorrer sobre a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde e suas formas de legitimação, bem como sobre os significados que a proposta de “formação de trabalhadores para o SUS” pode assumir a partir da relação entre as estruturas organizativas e o potencial pedagógico de dois importantes programas de Residência Integrada do Estado do Rio Grande do Sul.

A escolha do estudo destes dois programas de RIS do RS, a partir do foco das RMS, deu-se por eles serem, atualmente, importantes pólos formadores de profissionais da saúde na modalidade de residência integrada. Na perspectiva de formação de trabalhadores para o SUS, presente em todos os documentos de domínio público sobre as RMS, colocamo-nos o desafio de pensar quais as condições de possibilidade que as estruturas organizativas das RIS/RMS oferecem para formação de trabalhadores para o SUS e quais os princípios e diretrizes que estão sendo levados em conta nessa formação para que realmente tenhamos profissionais mais engajados na proposta da construção do SUS.

O espaço institucional de formação técnica desses trabalhadores inicia na universidade, onde a racionalidade aplicada na formação supervaloriza o saber cientificista e especializado. Os cursos de educação formal buscam legitimar um

processo de habilitação para atuação dentro das competências de cada núcleo de saber, oferecendo em sua conclusão a capacidade de reprodução social que cada área entende como habilitação de um perfil socioinstitucional delineado, seguindo práticas técnicas já definidas.

Porém, quando consideramos a educação permanente para o SUS, esperamos observar algum traçado metodológico que favoreça a implementação de ações pautadas em novos paradigmas, como aponta a política de EPS e o movimento de saúde coletiva. Nesse contexto, isso se dá pela perspectiva de entendermos o trabalho como um território vivo de experimentações, considerando o cruzamento presente entre as descobertas pessoais implicadas no trabalho cotidiano e as demandas e descobertas institucionais e coletivas colocadas nas relações entre os trabalhadores. Estamos em constante descoberta de nós mesmos e do mundo (CECCIM E FERLA, 2003).

Esse entendimento do espaço de trabalho como um território vivo de experimentação também se constitui pelo despertar de atenção e proposição a partir da convivência com os usuários, provocando diferentes reações que vão configurando um cenário complexo e propício para desafiar antigos saberes já instituídos. Entretanto, a formação de um saber crítico sobre os temas em saúde não pode ser considerada como um território de chegada ou de conclusão, mas sim o ponto de partida quanto à necessidade de criação de novas práticas, pesquisas ou teorias sobre o tema.

No atual cenário do SUS, são escassos os investimentos das esferas governamentais na organização e contratação de profissionais para os serviços. Existe uma grande precarização dos vínculos, que passam muitas vezes pelas agências financiadoras internacionais sem configuração de vínculos trabalhistas, por exemplo, apontando um retrocesso na busca de qualificação do sistema e salientando a necessidade de criação ou legitimação de novos dispositivos de formação capazes de dar conta das necessidades da população usuária do SUS.

Legitimado pela lei nº 2.117 de novembro de 2005, que institui nos âmbitos da saúde e educação a Residência Multiprofissional em Saúde, esse formato de educação dos profissionais trata-se de uma modalidade de ensino de pós-graduação com uma estrutura organizativa desenvolvida através da formação em serviço, pela inserção em equipe, oferecendo supervisão nos espaços de trabalho e aulas

teóricas com foco nos núcleos específicos e campo coletivo. Isso permite a reflexão e aperfeiçoamento das práticas cotidianas com a garantia da proposta de educação permanente. Atualmente, o cenário de lutas e buscas pela legitimação do espaço das demais profissões da área da saúde acaba por legitimar a existência dos programas de RMS como um importante dispositivo de modificação do modelo tradicional biologista e médico, centrado no cenário da saúde.

A abertura para integração entre as Residências Médicas e Residências Multiprofissionais em Saúde vem da necessidade apontada pelas teorias contemporâneas em saúde, que entendem a entrada das ciências sociais e humanas no campo como um movimento importante. Esse movimento pode sinalizar um retorno à compreensão do objeto saúde com sua complexidade, entendendo a necessidade de respeitar isso no momento de pensar alternativas para uma vida mais saudável.

Além disso, o próprio conceito de saúde elaborado e difundido a partir da criação do SUS coloca a necessidade de transformação da concepção de saúde em nível teórico e prático para efetivação de um sistema que toma o processo de saúde-doença em sua complexidade e multifatorialidade. O que pretendemos explicitar aqui é que a experiência proporcionada por esses programas almeja a construção de um espaço de trocas, de abertura para comunicação, a fim de que possam ser desenvolvidas práticas coletivas não mais fragmentárias, não apenas relacionadas com os objetos definidos pelas disciplinas de forma isolada. A ideia é poder romper com os núcleos rígidos advindos de cada disciplina, propondo um espaço de campo coletivo para experimentações e criações.

A RMS apresenta-se não apenas como uma iniciativa de formação técnica, mas como um importante movimento político e de ordenação social para garantia da consolidação do SUS, passando a figurar como dispositivo de formação de profissionais de saúde coletiva, ganhando espaço no cenário de discussões políticas e pedagógicas que buscam sua legitimação. Além disso, representa espaço determinante na melhoria das ações e serviços de saúde, apresentando-se como espaços de formação em serviço que buscam a construção de novas práticas e tecnologias em saúde a partir da inserção dos profissionais em equipes multidisciplinares em saúde. Com isso, a troca entre os trabalhadores e destes com

os usuários possibilita a criação de novos saberes e práticas, permeados pelas concepções de atendimento integral.

### **A ESTRUTURA PROPOSTA PARA AS RESIDÊNCIAS**

Quando pensamos na forma de organização das duas RMS em estudo neste trabalho, devemos levar em conta que sua legitimação se dá pela implementação inicial das RIS, que, apesar de buscar consonância com as diretrizes da EPS, se mostra ainda implicada com os modelos oferecidos pelas residências médicas. Por conta dessa é que surge a necessidade de compreender qual o potencial pedagógico colocado nas formas organizativas aproveitadas por estes programas de RMS para então podermos pensar quais as possibilidades desse modelo de formação ser potencializador da transformação paradigmática que apontamos ser necessária para transformação das práticas no campo da saúde.

De acordo com Pasini (2006), as residências em área profissional da saúde, modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, são voltadas para a educação em serviço e visam a formar profissionais que integram a área da saúde – excetuando-se a formação médica, que já possui regulamentação própria desde 1977, quando foi instituída pelo decreto nº 80.281. Isso aponta para um movimento importante dos Ministérios da Saúde, Educação e do Conselho Nacional de Saúde na consolidação desse avanço.

As residências multiprofissionais visam a:

...capacitar o profissional para trabalhar em equipe, tentando abranger o conjunto das necessidades em saúde das pessoas, humanizar a assistência e promover a integralidade da atenção. Cada profissão contém um núcleo de competências próprio, cujo conhecimento específico precisa ser enfatizado e garantido. Os trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais disponibilizam múltiplos núcleos de competências para a assistência, que somados redimensionam o trabalho individual, se potencializam e produzem um campo ampliado, rico de possibilidades e criatividade, ampliando, também, a cobertura sobre o conjunto das necessidades da pessoa assistida e construindo, nos parceiros da equipe, a consciência das necessidades de gestão e organização do sistema de saúde (PASINI, 2006, p. 3).

De acordo com os Regulamentos das RIS dos programas da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição, pesquisados neste trabalho, divulgados e distribuídos como documento base para orientação dos

residentes, a residência multiprofissional deve ser desenvolvida no tempo de dois anos para todos os profissionais que ingressam, podendo ser complementada por um terceiro ano opcional em algumas ênfases da ESP/RS. A carga anual prevista é de 2.880 horas equivalente a um trabalho entre 40 e 60 horas semanais<sup>3</sup>. Normalmente, entre 10% e 20% desse tempo são destinados às atividades de reflexão teórica, e de 80% a 90% para atividades de formação em serviço. A totalidade entre as atividades teóricas e práticas é contextualizada e efetivada pelo trabalho junto às Unidades de Saúde (U.S.) e por seminários, reflexões semanais das atividades de campo, reflexões e estudos de núcleo profissional, estudos de caso, aulas teóricas e por pesquisa.

Os dois programas de RMS estudados contam com o apoio de preceptores que têm a função de acompanhar e organizar a educação em serviço, nos diferentes espaços de trabalho em campo e núcleo. O orientador de campo serve como referência ao residente nas atividades desenvolvidas diariamente nas U.S., como espaços de aprendizagem em serviço. Já o orientador de núcleo tem como proposta servir de referência ao residente para as atividades e reflexões teóricas desenvolvidas por sua categoria profissional de base. A esses dois tipos de orientadores, cabe auxiliar na integração das práticas de ensino-serviço, nas atividades que envolvam o uso de conhecimentos técnico-científicos, bem como no desenvolvimento de atividades que permitam o olhar integrado de reflexões e práticas interdisciplinares.

De acordo com a legislação competente à instituição desses dois programas, com diferentes portarias e regulamentos já citados, eles são desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras, de acordo com a realidade local, e orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e abrange as profissões de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

---

<sup>3</sup> A descrição desse número de horas está embasada nos regulamentos propostos institucionalmente, não tendo sido feita ainda a inclusão das novas discussões e portarias relativas ao número de horas de trabalho exigido pelas RIS.

O objetivo geral das RIS é formação de trabalhadores das diversas profissões para atuação em equipe multidisciplinar com capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político.

No plano técnico, possibilita-se o aperfeiçoamento dos conhecimentos trazidos por cada profissional em sua área de atuação, propiciando trocas mais ricas e novas formas de entendimento do sujeito da saúde, sem a necessidade de limitar-se a antigos paradigmas postos pelas disciplinas que qualificam os profissionais. No plano administrativo, há oportunidade de análise e discussão das formas atualmente utilizadas na organização dos serviços assistenciais, propondo modos de planejamento e gestão mais inseridos nos cenários contemporâneos. No plano político, existe relação constante com a produção de práticas que apontem para a melhora na vida das pessoas, com a produção de diferença a partir de formas mais humanizadas de inserção das políticas de saúde na vida dos sujeitos, tanto de usuários quanto de trabalhadores do sistema. Isso se dá pela necessidade de engajamento no sistema, de formação de um pensamento crítico, entendendo que necessidades e formas de assistência à saúde se dão em um campo histórico, que envolve lutas políticas, sociais e técnicas para que se possa oportunizar a abertura do campo à complexidade que as necessidades em saúde podem demandar.

Considerando o desafio aceito para formação de profissionais no modelo de RIS, as diferenças apontadas nas bases de concepção das propostas de Residência Médica e Residência Multiprofissional e a necessidade de criação de novos modelos técnico-assistenciais e a ressignificação das práticas colocada para formação de trabalhadores do SUS, optamos pelo estudo de três importantes estruturas organizativas comuns aos modelos de Residência (Médica e Multiprofissional) para entendermos de que forma as mudanças propostas pelo SUS podem operar a partir do atravessamento dos novos conceitos propostos pela saúde coletiva e pela política de educação permanente em saúde.

O recorte proposto para discussão neste trabalho irá salientar algumas propostas utilizadas pelas RIS que podem levá-la a ser considerada como um pólo de criação de práticas e teorias que permitam a formação de novos modelos técnicos, de trocas entre os diferentes núcleos de saber. Isso com o entendimento de que a flexibilização das fronteiras acaba permitindo que os núcleos de saber estejam em processo constante de formação tanto pela valorização das práticas de campo,



quanto pela renovação dos saberes a partir da quebra do pensamento reprodutivo, pelo desafio de pensar o impensável para atingir as mudanças necessárias na busca pela conformação das práticas integrais. Entendemos que, para que esta discussão possa fazer-se de forma mais clara, além das portarias, políticas e regulamentos já citados, devemos apontar a possibilidade pedagógica que compreendemos como potencializadora das mudanças a serem desencadeadas pelos processos de ensino oferecidos na residência.

### **PENSANDO UMA POSSIBILIDADE PEDAGÓGICA**

Tendo uma legitimação diferenciada e garantida historicamente pela profissão que estuda e domina as práticas e concepções em saúde, as Residências Médicas ainda servem de modelo para construção das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). A busca pela legitimação dos programas que abarcam a formação de profissionais de diferentes disciplinas do campo da saúde passa pelo aproveitamento das normas e regulagens já utilizadas pelo modelo de ensino médico. A oportunidade de quebra da perspectiva hegemônica encontra-se nas diferenças a serem construídas nos micro espaços de atuação cotidiana, de produção de conhecimento, prática e pesquisa a partir da consideração das diferenças vividas nos espaços de trabalho e não apenas da reprodução.

As últimas pactuações sobre a consolidação e reestruturação da RMS como uma política nacional levaram à construção de uma Portaria Interministerial entre Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC). A Portaria Interministerial N° 45, de 12 de janeiro de 2007, legitima a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Esta deverá credenciar os Programas de RMS e de Residência em Área Profissional da Saúde a partir das instituições habilitadas para oferecê-los; avaliar e acreditar os programas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS que atendam às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira; renovar, sugerir modificações ou suspender o credenciamento dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde que não estiverem de acordo com a regulamentação aplicável, entre outras atribuições, como registrar certificados e propor carga horária aos programas.

A Portaria Interministerial que institui a CNRMS define, em seu art. 2º, que as RMS devem construir suas propostas político-pedagógicas orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS. Devem ser contemplados 12 eixos norteadores, considerando-se desde a realidade socioepidemiológica do país e as realidades locais de saúde da população até uma concepção ampliada de saúde que considere os atores envolvidos, sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, para tornarem-se protagonistas nos processos sociais.

Segundo Veiga-Neto (1999), a pedagogia moderna apresenta sua base de estruturação sobre o sujeito e a razão no pensamento kantiano, que propõe o entendimento do sujeito através de sua historicização, partindo dele para a compreensão do mundo. O currículo, nessa configuração, deve ser tomado como “um artefato escolar radicalmente comprometido tanto com a própria constituição daquilo que se denomina *sujeito moderno*”, quanto com a noção moderna de que existe um modelo de sujeito transcendente a ser alcançado pela prática da razão (p. 96). As consequências disso podem ser observadas nos currículos e práticas pedagógicas construídas, utilizando-se de uma visão *a priori* que engessa as práticas educativas.

Essa mudança paradigmática coloca-nos a possibilidade de novas construções, onde, retirando-se a necessidade de uma prática educativa calcada nos currículos formados *a priori*, busca-se examinar as práticas, como se organizam os enunciados, como se articulam os poderes que levam à emergência de diferentes ações e verdades constituídas. Esse se torna o ponto de partida para análise no historicismo radical, retirando as possibilidades de transcendência, levando-nos a compreender a construção histórica a partir de ações e acontecimentos, não havendo na história nada além da superposição de acontecimentos para a legitimação das práticas e de determinadas verdades (VEIGA-NETO, 1999).

É nessa proposta de inversão da lógica vigente nas construções curriculares *a priori* que fundamentaremos a discussão do potencial pedagógico das propostas organizativas oferecidas nos dois programas de RIS do RS, com foco na modalidade de ensino no formato de RMS. Buscaremos compreender também sua concordância ou não com as políticas e leis que dão conformidade a esse modelo de ensino em serviço.

Entre os eixos propostos pela portaria, destacamos alguns processos que, em consonância com as diretrizes e políticas de saúde, podem levar a uma orientação teórica que aponte para a construção de formação baseada nas necessidades do sistema, considerando a diferenciação dessa forma de ensino.

A motivação inicial deste trabalho nasceu pela ansiedade de perceber a RMS ainda pouco clara na forma de propor, subsidiar e avaliar o ensino oferecido. A oportunidade de inserção em um dos programas propiciou a experiência de ser residente e vivenciar as diferentes sensações despertadas durante esse processo. A necessidade de questionar os modelos organizativos oferecidos surge pela inquietação frente a um processo de vivência que inclui alegrias e frustrações. Essas frustrações, na maior parte dos momentos, geraram indagações quanto às capacidades e possibilidades de formação de profissionais de distintas áreas ainda buscando espaço no campo do SUS. A aproximação entre os modelos organizativos, os modelos médicos e a falta de legitimação das RMS nessa época apontavam a fragilidade da construção de propostas que pudessem ser reconhecidas pela inovação e não pela comparação e aproximação dos modelos médicos instituídos.

Durante a vivência experimentada, foi possível observar, em diferentes momentos, que tanto a legitimação do espaço de campo quanto a produção nos espaços de núcleo se faz ainda pelo emparelhamento com as ferramentas que a medicina desenvolve em sua proposta de residência. A existência de manuais e regulamentos que subsidiam as formas de inserção e atuação dos profissionais nas RMS não substitui a necessidade de construção de uma proposta político-pedagógica consistente em suas diferenciações, em sua originalidade de proposta de trabalho e desenvolvimento de profissionais. Porém, a falta de clareza quanto à existência dessas propostas, que acabaram sendo alvo de discussões quando colocadas entre as exigências feitas pela CNRMS para a creditação ou validação dos programas de residência oferecidos, aponta para a dificuldade de legitimar necessidades e exigências do campo na quebra de produção de práticas e teorias hegemônicas.

Assim, a proposta configurada pela revisão e discussão dos documentos de domínio público que apresentam, descrevem, discutem e fazem proposições sobre formas e metodologias de funcionamento das RIS estabeleceu-se no sentido de

questionar as estruturas organizativas já instituídas a fim de problematizá-las – quem sabe, como subsídio à construção das propostas político-pedagógicas ou apenas como forma de evidenciar o compromisso assumido com o potencial criador e problematizador implicado nas RMS. A necessidade de um recorte que permitisse a clareza do foco de estudo deste trabalho levou-nos a optar por três importantes temas presentes nas formas de estruturação das RMS que podem nos auxiliar no entendimento deste dispositivo e de suas condições de produção de diferença na formação de profissionais comprometidos com o desenvolvimento de um trabalho engajado nas diretrizes do SUS: a educação em serviço, a inserção em equipes multiprofissionais e as aulas e supervisões.

Até agora, pudemos ver as diferentes formas por onde as práticas e teorias em saúde acabam legitimando um modelo que não tem como base a valorização radical da vida, o direito de acesso aos cuidados em saúde, o desenvolvimento de formas de cidadania e valorização dos diferentes saberes, conforme proposto pelo SUS. Pudemos apontar a necessidade de criação de novas formas de praticar saúde, entendendo a implicação disso não apenas no cotidiano de trabalho, mas na quebra de um modelo historicamente construído de expropriação de autocuidados e de desvalorização dos saberes populares em prol dos saberes acadêmicos, que seguem a padronização dos corpos pela visão fragmentada e determinada dos sujeitos por seu status social; um modelo que posiciona sua força de trabalho a partir de políticas de saúde calcadas na padronização e controle da população, desconsiderando a subjetividade implicada nas diferentes possibilidades de produção de saúde.

Quais seriam, então, as brechas possíveis para que as RMS possam desenvolver-se como produtoras de diferença? Pensemos em alguns pontos de estruturação e nas condições que se oferecem, ou não, para essas rupturas.

### **A PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SERVIÇO**

As RMS são desenvolvidas a partir da inserção do residente nos locais de trabalho, chamados de campo de atuação. Cada programa de residência conta com diferentes campos de atuação, que são escolhidos pelo próprio residente no momento de sua inscrição para o processo seletivo. No total, entre os dois programas estudados, temos 5 linhas de atuação diferentes: Atenção Básica ou

Saúde da Família e Comunidade; Saúde Mental; Dermatologia Sanitária; Pneumologia Sanitária e Terapia Intensiva.

A experiência de inserção em um dos programas de RIS discutidos neste trabalho apontou a possibilidade de exploração de algumas marcas que, mesmo já tendo sido desenvolvidas experimentalmente em programas de Residência Médica, com instituição mais antiga que as Residências Multiprofissionais, podem ser ressignificadoras de antigas teorias a partir dos novos olhares advindos das trocas disciplinares e da própria proposta de formação de profissionais em acordo com as novas diretrizes do sistema nacional. A inclusão de profissionais das áreas das ciências humanas e sociais no campo da saúde (que, com a legitimação das RMS, acaba identificando-os pela nomenclatura de multiprofissionais) já se dava de forma experimental antes mesmo da existência dos programas de residência multiprofissional. Portanto, podemos entender e problematizar que a legitimação das RMS carrega em sua história antigas bandeiras de luta pelas construções de modelos assistenciais e práticas em saúde que dêem conta das transformações colocadas pela Reforma, instituição do SUS e movimento da Saúde Coletiva. Passando por diferentes momentos históricos, tendo sido interrompida e continuada com diferentes nomes e propostas para aceitação e legitimação como ensino em saúde para profissionais das disciplinas não-médicas, a RMS cresce e desenvolve-se pela importância de sua causa e pelo desejo de construção de um sistema desenvolvido pelo comprometimento dos profissionais que trabalham por sua concretização.

Considerando esse cenário de lutas e ressignificação de estruturas importantes na organização dos programas, passemos aqui à discussão mais específica sobre a primeira das ferramentas de composição do dispositivo das RMS: a educação em serviço. O modelo de treinamento em serviço foi implantado no Brasil, sendo utilizado como principal formato nas Residências Médicas. Assim como o ensino médico de graduação, sofreu influência do Relatório Flexner, elaborado em 1910, face à crise do modelo médico vigente em responder às crescentes e novas demandas em saúde trazidas pela revolução industrial. As Residências Médicas vêm dar conta da crescente necessidade de especialização e do desenvolvimento tecnológico da prática médica como forma de responder ao novo cenário social. Tendo um referencial positivista, nos cursos de graduação, propõe-se a separação

entre pesquisa básica e aplicada, entre teoria e prática, entre ciclo básico e profissional (ou aplicado), reforçando nas práticas a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo. Partindo-se de uma visão mais fragmentária que integral, separam-se os determinantes da produção de doenças, priorizando a dimensão biológica em relação à psicológica e social.

Flexner propôs uma série de modificações e normatizações ao campo de ensino médico, das quais vale ressaltar a introdução do ensino laboratorial, a expansão do ensino clínico em hospitais, a ênfase na pesquisa biológica para superação da era empírica na medicina, o estímulo à especialização e o controle da profissão pela própria classe de profissionais organizados. Assim, desenvolve-se a medicina científica, produtora de tecnologias em saúde que vão se tornar mercadoria, o que reforça o modelo hegemônico de prestação de serviços em todo o mundo ocidental.

A estruturação do ensino, pesquisa e ensino das práticas de saúde passa a usar como marco e referencial esse relatório, reforçando a ideia de que, para o bom desenvolvimento de pesquisas e métodos de cura para a população, a comunidade científica deveria ser fechada. Além disso, seu método fundamentou-se no isolamento de variáveis para dar respostas mais satisfatórias aos problemas de saúde que apareciam, legitimando uma visão mecanicista, biologicista, individualista, com uma lógica de forma especializada e fragmentária.

Porém, a perspectiva de entrada de outras disciplinas no campo da saúde aponta para a possibilidade de construções diferenciadas, mesmo a partir de práticas comuns já observadas na organização dos serviços. A proposta apresentada para formação de uma Residência diferenciada pela integração entre os diferentes saberes coloca o campo de formação em serviço como espaço privilegiado para trocas e experimentações. Além disso, a inserção nos territórios de atuação coloca os profissionais mais próximos da realidade a ser considerada nos atendimentos e planejamentos em saúde, podendo ser dispositivo de quebra da reprodução e construção de práticas baseadas na integralidade.

O ensino em serviço advindo dessa lógica relaciona-se com a divisão do trabalho, apontando limitações para cada núcleo profissional e determinando a forma de atuação e a legitimação do conhecimento pela capacidade reprodutiva das práticas. A proposta da atuação em equipe na área da saúde apresenta-se como

importante estratégia das RMS, pois permite a presença contínua nos locais de produção, o que propicia o estabelecimento de ações coletivas para aprendizagem. O desafio colocado é a quebra da reprodução social de práticas hegemônicas, flexibilizando os procedimentos instituídos e deixando de lado a necessidade de construção de uma verdade absoluta.

Para que se possa compreender melhor essa proposta, torna-se importante definir com mais clareza que o objeto colocado nesses espaços é a produção de vida – não apenas a obtenção de saúde ou erradicação das doenças, mas um comprometimento com os sujeitos em sua ampla gama de necessidades, que se expressam tanto biológica quanto socialmente. Estamos aqui falando da perspectiva do trabalho pautado na integralidade, onde as tecnologias de cuidado e práticas assistenciais contribuam para valorização da vida. Pelos documentos analisados sobre as RMS, é possível perceber que o enfoque no qual se baseiam sua estruturação está fortemente ligado às propostas apresentadas pela corrente Em Defesa da Vida, que, por sua vez, já está colocada como um dos modelos apresentados anteriormente pelas formas como a saúde coletiva compreende as possibilidades de leitura dos modelos de assistência e concepção de saúde como defesa radical da vida.

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

O enfrentamento direto dos problemas trazidos pelos usuários aos espaços de educação em serviço exige tolerância à falta de respostas prontas e imediatas, pois demanda o questionamento do saber estagnado que o trabalhador/residente traz como modelo de saber instituído academicamente. Além disso, as dúvidas e dificuldades na resolução de problemas complexos colocados como demanda pelos

usuários devem ser valorizadas com a troca entre os diferentes núcleos de saberes a partir da experiência dos profissionais nas ações em saúde. Entendido dessa forma, esse campo de atuação torna-se um espaço privilegiado para quebra da imagem reprodutora de saberes que reforça nos trabalhadores uma postura socioinstitucional repetitiva de padrões hegemônicos de compreensão dos cenários da saúde. Essa experimentação deve servir para desacomodar e proporcionar que as práticas de invenção de si e do mundo ganhem espaço pelo mundo do trabalho.

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

### **A DISTRIBUIÇÃO EM EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE SAÚDE**

A organização dos serviços em equipes multiprofissionais<sup>4</sup>, advindas de diferentes modelos de organização de atenção à saúde, reforça seu valor no Brasil a partir das diretrizes para o exercício profissional no SUS, sendo apontada em diversas discussões relativas ao aumento da qualidade do trabalho e da formação de trabalhadores e já prevista também na formação acadêmica através das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de formação da área da saúde (CECCIM, 2006).

Segundo Ceccim (2006):

Seria simplista supor que a formação de um profissional de saúde resulta apenas de um processo de aquisições cognitivas e comprovação de habilidades de discernimento intelectual. A formação de um profissional de saúde resulta de um processo que envolve as políticas de ensino, as políticas do exercício profissional e do trabalho em saúde (p. 223).

---

<sup>4</sup> Achamos importante apontar que os documentos revisados não usam o termo “multiprofissional” quando indicam a formação pela inserção em equipes de saúde. Porém, pela compreensão desenvolvida até este momento e pela postura propositiva que este trabalho se propõe, incluímos esse termo como forma de evidenciar o que acreditamos estar implicitamente colocado como condição na formação de equipes de saúde que se apresentam como campo de formação de profissionais.



Apesar de essa forma de organização do trabalho ser um espaço propício para as trocas, nem sempre isso se torna possível, devido à postura profissional que valoriza heranças das formações acadêmicas em que prevalece a lógica dos saberes especializados e fragmentados.

A obtenção de um título profissional a partir de um curso de graduação pressupõe a habilitação técnico-científica para atuação nos serviços, gerando ao profissional direitos, deveres e a responsabilização pela definição de necessidades e condutas clínicas. Está colocada nisso a característica primordial para existência de cada profissão, a criação de um núcleo de saberes específicos que geram práticas que possam ser reproduzidas socialmente, legitimando a importância do saber. Cada um dos núcleos acaba produzindo uma forma diferenciada da compreensão do processo saúde-doença, buscando formas diferentes de se comunicar e dar conta das demandas que chegam a eles.

Por conta disso – conceitos importantes advindos de diferentes áreas e utilizados pelo referencial da Saúde Coletiva –, é importante que trabalhadores tenham espaço para análise, busca e criação de diferentes modelos de atenção à saúde e organização dos serviços. A mudança está no rompimento com os saberes que demandam eminentemente a reprodução social, a fim de propiciar espaço de análise e criação, entendendo-se que não só o sistema forma os trabalhadores, mas que o próprio sistema se forma de acordo com o que os trabalhadores articulam para sua construção.

Priorizando a organização nos estabelecimentos de trabalho em saúde no formato de equipes multidisciplinares e considerando as perspectivas que esse modelo oferece apresentadas até então, podemos entender que a multidisciplinaridade se torna uma condição colocada socialmente pela complexidade das demandas de resolutividade exigidas ao sistema. Mesmo assim, é importante tornarmos consciente o fato de que nem todas as resoluções apresentadas conseguem efetivar-se nos cotidianos de trabalho, sendo a multiprofissionalidade um dos desafios. Questionando não só as formas de organização, mas exigindo uma postura diferenciada de trabalhadores e gestores em sua implicação no trabalho cotidiano das ações, a efetivação dessa forma de atuação exige uma postura de aceitação do trabalho coletivo, da partilha de

informações e da problematização das fronteiras disciplinares e, principalmente, da colocação da integralidade como uma meta a ser desenvolvida nesse tipo de trabalho.

Segundo Passos e Benevides (2005), a multidisciplinaridade apresenta-se como uma necessidade de problematização das fronteiras disciplinares, porém sem a efetivação da construção de um sujeito integral para saúde. Isso aponta para uma das limitações colocadas no modelo de trabalho multidisciplinar, que, apesar de oferecer possibilidade de novos encontros entre os objetos colocados por cada núcleo de saber pertencente ao trabalho em saúde, ainda não efetiva o rompimento das fronteiras que em geral dificultam a comunicação entre os profissionais. A partir disso, poderíamos entender o sujeito da saúde sob uma ótica multifacetada, onde cada área de formação se responsabiliza por um cuidado específico, mas que nem sempre produz uma resposta efetiva frente às necessidades demandadas. O importante é percebermos que, diante desta problematização, temos a oportunidade de assumir a incapacidade de qualquer disciplina isolada dar conta do objeto saúde; porém, ainda assim, na experiência multidisciplinar, não há o rompimento das fronteiras do saber, permitindo que as respostas sejam elaboradas em separado, seguindo a lógica de manutenção da existência de diferentes sujeitos criados por cada perspectiva disciplinar.

Para que possamos, então, avançar nos planos de construção apontados pela saúde coletiva como caminho para construção de práticas de saúde baseadas na integralidade, a problematização desse modelo de atuação pode ser melhor compreendida quando pensamos na forma de encaminhamento interdisciplinar também previsto nos regulamentos das Residências Multiprofissionais. Aí a multidisciplinaridade aparece como condição colocada no espaço físico de trabalho na intenção da construção de atividades resolutivas e propositivas da interdisciplinaridade.

Porém, embora a interdisciplinaridade coloque em questão a criação de um novo campo de conhecimento estabelecido a partir das trocas de saberes que a formação em serviço pelo modelo de equipes multidisciplinares propõe, ela acaba figurando como uma nova forma discursiva do campo das ciências. Pelo paradigma da interdisciplinaridade, a troca oportunizada entre disciplinas que possuem algo em

comum em seus campos da saúde pública possibilitaria a criação de novas práticas. No entanto, acompanhando o cenário da modernização, que exige a produção de saber dentro de um modelo científico, acaba-se encerrando o modelo da interdisciplinaridade como um referencial discursivo para formação de mudanças no campo.

Segundo Luz (s.d.): “no campo da saúde pública, este novo modelo propiciou a existência de um paradigma da interdisciplinaridade, no qual certas sub-disciplinas, oriundas das ciências humanas e da vida, viriam construir novas disciplinas ou sub-disciplinas com métodos e conteúdos teóricos próprios (...) com o estudo de populações específicas e sua exposição ao adoecimento” (p.6). Esse modelo acaba tornando-se muito atuante no campo, proporcionando estudos e pesquisas implicadas nesse paradigma como, por exemplo, o desenvolvimento de trabalhos na perspectiva quanti-qualitativa e o uso de conceitos como vulnerabilidade e risco para estudo de populações específicas. Dessa forma, podemos entender uma abertura para pesquisas não apenas embasadas na perspectiva experimental, entendendo que novas categorias de análise podem ser incluídas quando pensamos em formas de produção da saúde.

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

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

horizontalizada entre as ciências a fim de produzir um saber que irá se configurar a partir do andamento das pesquisas. Esse novo formato passa a ser conhecido com transdisciplinaridade e permite a integração dos saberes produzidos pelas práticas experimentais e pesquisas qualitativas. As novas formas de produzir conhecimento, no modelo transdisciplinar, apresentam-se mais agregadoras. Isso torna possível que o conhecimento gerado pela prática vivenciada junto às populações ou indivíduos passe a ter sua importância considerada, retirando a separação entre o senso comum e a ciência colocada pela modernidade.

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

A quebra da ideia de existência de um suposto saber na figura do profissional de saúde permite trocas efetivas entre os trabalhadores e destes com seus usuários, priorizando as necessidades reais em detrimento da reprodução dos saberes instituídos. Isso se torna possível pela valorização da autonomia do trabalhador no sentido de empoderá-lo para permitir práticas de autoanálise e autogestão nos espaços organizacionais. A mudança na forma de atuação dos profissionais, não mais embasando as práticas na reprodução dos saberes, mostra-se como meio de dissolução da dissociação colocada entre o discurso dominante e a prática cotidiana, fortalecendo a observação dos fenômenos como fonte de conhecimento melhor que os divulgados em antigas doutrinas que não valorizavam princípios de integralidade do sujeito trabalhador e usuário do sistema.

## **AULAS E SUPERVISÃO: TEMPO-ESPAÇO PARA PRODUÇÃO DA DIFERENÇA**

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

Temos aqui a necessidade de dar corpo ao que chamaremos de espaço-tempo crítico. Esse espaço-tempo pode encontrar diferentes formas de expressão de suas condições, porém, neste trabalho, poderemos apresentar duas interessantes propostas.

A primeira delas encontra-se nas propostas de Baremlitt para construção de uma análise institucional a favor de práticas implicadas no contexto descrito das equipes, onde a legitimação das trocas auxilie no espaço de auto-análise das práticas para potencialização da autogestão dos serviços. De acordo com o próprio autor, a auto-análise refere-se ao processo de reapropriação, por parte dos coletivos que conseguem assumir uma organização independente (auto gestão), de um saber acerca da produção de seus conhecimentos, desejos, demandas, entendendo melhores os problemas e desenvolvendo estratégias que apontem soluções. Este processo possibilita aos coletivos a enunciação das acusações de sua alienação. Essas perspectivas apontam que o mais importante a ser considerado pelo trabalhador/residente está além do tempo de trabalho diário, que apresenta a correria e falta de cuidado com o cuidador colocadas nas organizações de saúde – esta na criação de espaços de oxigenação que permitam a dúvida e a criação de novas respostas frente a antigas demandas.

A segunda das condições de compreensão do espaço-tempo crítico está colocada na capacidade e possibilidade de problematização das práticas e cenários onde a educação acontece. Está relacionada ao desenvolvimento da capacidade crítica embasada em uma análise histórica que permita ao trabalhador/residente perceber e discutir a complexidade dos atravessamentos dos jogos de poder e de

saber presentes no campo da saúde. Neste ponto ressaltamos a importância do processo chamado de autogestão, onde os conhecimentos essenciais são compartilhados permitindo que as decisões sejam tomadas de forma coletiva valorizando a potência transformadora de cada trabalhador, que vivencia a hierarquia não mais pelas vias formais instituídas, mas permitindo que as capacidades e o potencial produtivo sejam os balizadores para sua colocação nos processos de problematização e decisão. Segundo Castel (1998) e Nardi (2006), problematizar é colocar em evidência a existência de um feixe unificado de questões que emergem em um determinado momento, que se reformulam várias vezes através de crises, integrando dados novos, e que permanecem produzindo efeitos. Dessa forma, problematizar significa colocar em análise não somente os objetos que analisamos ou sobre os quais produzimos saberes, mas principalmente pôr em discussão as políticas e práticas já estabelecidas pelo SUS, os diferentes níveis de atuação nas redes de serviço propostos pelos programas de RMS, bem como a inclusão da integralidade das práticas de formação e atuação profissional.

É a problematização que permite desnaturalizar tanto os objetos quanto os referenciais teóricos em que nos fundamentamos. Assim, outra importante consideração a ser feita, retomando a discussão das estruturas propostas para a RMS, está na valorização das aulas de campo e núcleo, entendendo-se que, nesse modelo transdisciplinar, o espaço-tempo de produção para um pensamento livre deve ser conservado e priorizado. Os espaços de aula de núcleo apontam para a possibilidade de pensar a implicação da profissão em questão quando inserida no campo, buscando não só os conceitos comumente utilizados, como também permitindo tomar-se consciência da afetação produzida pelos espaços de trabalho coletivo. As aulas de campo, por sua vez, servem para que o estudo de diferentes teorias produzidas no campo da saúde se multiplique por sua implicação nos encontros com usuários e entre os trabalhadores. Além disso, a produção de tempo-espaço para o pensamento remete a importantes conceitos apontados pela CNRMS para garantia de uma forma de educação que assegure a real implicação dos profissionais na construção do SUS a partir da reflexão crítica e produtora de sentido das vivências que a inserção na residência permite.

Por tratar-se de um modelo de formação em serviço – não apenas serviço, nem apenas formação –, o contato com tutores e preceptores nos campos de

trabalho permite o reconhecimento da experiência pela troca significadora e produtiva de autonomia. Quando compreendidos dessa forma, tornam-se essenciais os espaços reservados para supervisão, para produção de sentido frente ao desenvolvimento das ações. O importante é garantir ao trabalhador/residente e sua equipe um espaço de construção dialógica, definida aqui pela existência de um tipo de diálogo ressignificador, onde a interação dos sujeitos permita a construção de sentido por ambas as partes envolvidas na comunicação. Spink (2004) diz que, em uma comunicação, podem existir diversas vozes, que podem vir de diferentes sujeitos; estes podem ou não estar presentes no momento do discurso, mas se tornam presentes a partir do momento em que o discurso faz com que busquemos compreender e dar sentido ao que está sendo dito. A partir do momento em que entendemos a produção de sentidos como uma construção social, a dialógica torna-se fundamental para significação das práticas e construção dos saberes a partir da interanimação dos sujeitos. Diante de uma relação dialógica, torna-se possível dar sentido ao trabalho desenvolvido através das práticas, reflexões e linguagens discursivas que envolvem a construção da subjetividade do trabalhador.

A experiência de inserção em uma comunidade ressalta a diretriz de participação contida na proposta de sistema e das políticas que embasam a educação permanente em saúde, proporcionando ao trabalhador/residente a experiência de formação que inclua a educação popular, seu reconhecimento como ator social ativo no processo de formação do SUS e de responsabilização com os usuários. Assim, a integração ensino-serviço-comunidade pode ser compreendida como uma diretriz de educação para o SUS. Ela diz respeito à oportunidade que todos os cidadãos têm de inclusão nas discussões, decisões e legitimações das propostas de gestão e ações dentro desse sistema. A participação dá-se através de diferentes níveis de atuação, desde a sociedade civil, passando pelos trabalhadores de todos os níveis e chegando aos gestores.

Apesar de a garantia do controle social estar estabelecida pela Lei Orgânica do SUS (art. 198), ainda é de difícil construção uma proposta realmente participativa que conte com os diversos atores envolvidos. Portanto, a participação exige do sujeito a apropriação dos temas com os quais está envolvido e sua inserção nas instâncias que os colocam em questão. Segundo Campos (2000,p. 223), é necessário “tomar o próprio processo de participação como uma escola em que a

capacidade dirigente dos cidadãos iria se construindo”. Em ambos os processos descritos, é possível uma análise dos diferentes saberes que vêm se construindo a partir das práticas e teorias instituídas e instituintes que fazem parte de um processo de ensino-aprendizagem.

De todas as propostas de análise colocadas neste trabalho, interessa-nos ressaltar que, quando estamos atentos à proposta de construção de um novo paradigma em saúde, o desafio está colocado na ruptura com um pensamento instituído com organização dentro da racionalidade legitimada pela ciência moderna. O desenvolvimento de pesquisas e discussões sobre o tema das RMS estabelece o desafio de pensar sobre o próprio pensamento desenvolvido durante a experiência de inserção nos programas, colocando a perspectiva de mudança nos tempos-espacos criativos que pudemos perceber no desenvolvimento deste trabalho.

Podemos dizer que a experiência vivida durante a residência e a escrita deste trabalho foi atravessada por diversos sentimentos de frustração e falta de competência, que hoje podem ser mais bem compreendidos quando nos dispomos a percorrer novamente o caminho de ser trabalhador/residente de psicologia no campo da saúde. Na experimentação de atuação no campo, com espaços mais marcados pela necessidade de dar corpo à problematização e à criação das práticas, há angústia pela busca de espaço para legitimação que um saber não-médico enfrenta na sua construção pela criação e inovação. No desenrolar desta dissertação, sem a carga de horas, dúvidas e inseguranças geradas pela inserção nos serviços, sentimos a inquietação frente à necessidade de modelos acadêmicos disciplinares que dessem vazão às experiências e necessidades de fazer da escrita uma nova forma de dar corpo a práticas transformadoras. Entendem-se, assim, tanto o trabalho cotidiano nas unidades quanto o tempo de pesquisa e dissertação sobre o tema nos modelos da academia como possibilidades de ressignificação e retroalimentação entre núcleo da psicologia e campo da saúde coletiva.

A escrita destes capítulos trouxe a tranquilidade de que nem sempre estaremos tendo ideias inéditas a serem propostas, defendidas e legitimadas. Nem tampouco precisamos buscar legitimação dentro dos modelos tradicionalmente propostos pelas pesquisas científicas de experimentação, comprovação e repetição. A experiência de escrita desta dissertação nasceu com todas as dificuldades implicadas na produção de um saber livre dos paradigmas convencionais,



apontando sua legitimação, em alguns trechos, pela repetição dos modelos de escrita de causa-efeito nas ideias expostas e, em outros, pela singularidade da descrição de sentimentos que ganharam passagem pelo reavivamento das marcas deixadas pela experiência de ser residente.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS: SER TRABALHADOR/RESIDENTE E SUAS  
LIMITAÇÕES  
OU**

**O encontro de Alice com a Rainha de Copas: “cortem a cabeça dela!”**

Em ano de comemoração dos 20 anos da lei do SUS, é necessário pensarmos que nenhuma política se encontra totalmente consolidada. A existência de uma proposta consistente que busca a garantia de acesso à saúde a toda a população brasileira não a isenta de estar permeada por diferentes interesses políticos e necessidades sociais, fazendo com que sua consolidação nem sempre se dê de forma plena e adequada.

Admitir a complexidade colocada no processo de saúde-doença a partir da inclusão dos determinantes sociais e lutar pela garantia de um sistema de acesso universal e equitativo em meio às adversidades que isso representa dentro de um sistema econômico de acúmulo de capital e valorização das pessoas a partir das suas posses mostram a ousadia e determinação implicadas na consolidação de um sistema nacional com claras bases contra-hegemônicas. A ideia de prever em sua formulação a responsabilização pela formação dos profissionais que virão a compor o sistema e ainda defender a necessidade de formação permanente para valorização dos profissionais aponta para o compromisso social de construção de uma proposta que, apesar de instituída como modelo de funcionamento, se coloca em permanente construção a partir dos atores sociais que assumem as responsabilidades intersetoriais que compõem o conceito de saúde utilizado.

O SUS torna-se exemplo de conquista da cidadania, de busca pela consolidação de práticas de resgate dos saberes populares, de devolução da dimensão de cuidados com o corpo como dimensão individual, possibilitando o resgate da dimensão subjetiva, social e política na clínica e na produção de conhecimento. Algumas buscas apontam para concretização mais imediata, outras dependem ainda da concretização de dispositivos para alcançar a transformação da lógica hegemônica historicamente presente nos campos da saúde e da educação.

De alguma maneira, a escrita deste trabalho procurou fugir de antigos paradigmas colocados na produção de um saber acadêmico científico, teorizando

sobre a produção de saúde implicada na vivência prática de inserção em um programa de RMS. Além disso, a escolha de autores menos tradicionais dentro da academia foi feita pela perspectiva de construção de um saber diretamente implicado na prática vivida na residência e no tempo de inserção acadêmica de construção deste trabalho. Mesmo assim, é possível percebermos, no primeiro capítulo, uma série de dados descritivos, que demonstram a dificuldade em fugir do padrão científico de busca de justificativas em bases de saberes já existentes, em controvérsia com a escrita de um pensamento livre.

A ideia de que algumas das estruturas de organização das RMS podem conter brechas para compreensão de novas formas de atuar em saúde requer que as RMS sejam oferecidas de forma efetiva. A presença de tutores ou preceptores nos espaços de trabalho dos residentes, por exemplo, tanto pode apontar para proteção do residente em seu espaço de criação e trocas para ressignificação de trabalho, como pode indicar a limitação clara do que pode ser experimentado no campo de atuação. Apontamos isso por acharmos fundamental pensar que as brechas para operarmos de forma transformadora no setor estão na implicação de cada profissional inserido na residência, na verdade, na forma de conceber as práticas de cada profissional inserido no SUS. Porém, o importante para nós foi não poupar esforços no desejo de apontar a existência de brechas a serem utilizadas como potencial transformador das práticas, mesmo inseridas em um modelo tradicional de concepção das Residências Médicas.

Além disso, gostaríamos de situar algumas discussões atuais no campo político das RMS que não pudemos incluir neste trabalho, quem sabe, pelo tempo ou pela necessidade de dar um passo atrás na compreensão da lógica colocada quando da formação das RMS.

Quando falamos, então, da construção de um plano transdisciplinar nas práticas em saúde, remetemo-nos à ideia que acompanha os estudos sobre a integralidade. Esse conceito já foi pensado e apresentado nos modelos técnico-assistenciais apresentados pela saúde coletiva, mas pode assumir diferentes formas de compreensão. Assim, colocamos em cena “*a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*” (BRASIL, 1990).

De acordo com Mattos (2006):

Diríamos que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma bandeira de luta, parte de uma *imagem-objetivo*, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (p. 41).

O ideal aqui colocado refere-se à necessidade de estruturação de um sistema de acesso a todos os cidadãos, mas de forma a considerar a complexidade de fatores biológicos, sociais e subjetivos colocados na compreensão de saúde proposta. Além disso, a noção de "*imagem-objetivo* tem sido usada em planejamento para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns dos atores na arena política consideram desejável" (p. 41). O que a diferencia de uma utopia é que sua concepção contém a ideia de que ela pode ser tornada real num horizonte temporal definido.

É importante destacar que a noção de *imagem-objetivo* se coloca de forma estratégica para concepção da forma como a integralidade pode ser aplicada nas ações em saúde a partir de seu caráter de constante movimento. Como profissões da área da saúde buscam o crescimento pelas especializações crescentes, apontando como evolução a fragmentação da compreensão de sujeito implicado nas concepções de saúde, o SUS vem com a perspectiva de que o desenvolvimento de melhores práticas em saúde está na perspectiva menos fragmentária e, conseqüentemente, mais abrangente e integral. Entende-se que, se estamos baseando nosso trabalho na busca da integralidade, mesmo sem termos ainda uma prática determinada do que isso representa, temos melhores condições de produzir saúde na população.

No cenário atual, a integralidade vem se construindo como importante conceito a ser explorado, entendido como uma transversalidade entre as práticas e conceitualizações que operam o SUS. Presente nos diferentes documentos (leis e portarias) que discutem a formação dos trabalhadores para o SUS, a integralidade aponta para a necessidade de que todas as profissões envolvidas na formação de um pensamento em saúde revisitem seus objetos e busquem a ampliação de suas compreensões. Mostrando-se como adversa no cenário crescente das especialidades, que cada vez ganham mais força no ensino em nível de graduação,

a criação de uma perspectiva integral das práticas fica ligada mais fortemente à modalidade de ensino em serviço oferecida pelas RMS.

Apontamos isso como mais uma brecha a ser pensada no momento de ousar na construção de novas práticas em saúde, entendendo que não se apresenta como uma tarefa fácil a de remexer e pensar nos saberes instituídos em cada núcleo de conhecimento, aceitando o desafio de construção do plano transdisciplinar na saúde. Entendemos que o desafio da integralidade se encontra colocado nas RMS pela forma de implicação que esta assume no campo da saúde e pela possibilidade de formar profissionais diferenciados a partir da inclusão nesse modelo de formação.

Junto a isso, gostaríamos de salientar um fato importante que vem sendo discutido pela CNRMS, quanto ao número de horas de trabalho exigidas. A ideia de que os residentes devam cumprir as 60 horas que podem vir a ser exigidas, conforme a proposta organizativa das RMS, deve ser pensada com cautela, pois pode facilmente apontar para falta de um pensamento crítico quanto à questão. Se pensarmos que as RMS devem ser instrumentos transformadores, deveremos estar atentos aos pequenos gestos que podem nos levar a retroceder, no sentido de buscarmos sua legitimação ainda embasados nos conceitos desenvolvidos pelas Residências Médicas.

A exigência do aumento do número de horas a serem cumpridas coloca as instituições em um lugar delicado, pois devem apontar propostas de aproveitamento desse tempo que se façam coerentes com o que almeja uma formação de trabalhadores para o SUS. A doutrina dos corpos e de configuração de normatização das práticas implicada no trabalho repetitivo e de legitimação dos desenhos organizacionais já instituídos nas equipes em que o residente se integra no primeiro ano de residência, suas formas de avaliação ainda baseadas no cumprimento das normas colocadas *a priori* e a simples avaliação de práticas pelo desenvolvimento do saber nuclear em contraposição à construção de um campo comum de atuação nos fazem lembrar o encontro com a rainha de Copas: “cortem a cabeça dela e a façam seguir neste trabalho!”.

Porém, essa rotina pode ser suavizada pela rotina diferenciada do segundo ano. A ideia de uma rotatividade nos espaços da rede e a oportunidade de estudar formas de gestão – como o estágio de gerenciamento, que acontece nas duas

RIS/RMS estudadas – apontam para a possibilidade de criação de um espaço novo, de discussão e problematização das práticas. Porém, está localizado apenas no segundo ano de residência, não permitindo, em alguns casos, a reinserção do residente nos espaços de campo propícios para experimentação das novas concepções. O espaço de circulação pela rede, o acúmulo de leituras e compreensões sobre as diretrizes e fundamento do SUS, que em geral não são oferecidas como possibilidade de estudo aos residentes durante seus cursos de graduação, são peças chave para formação de um trabalhador mais qualificado pela capacidade de compreensão do sistema como um todo.

Além disso, é importante pensarmos que as RMS oferecem diferentes ênfases de formação, sendo localizadas em diferentes pontos da rede assistencial, tanto nos níveis primários quanto nos secundários. Diante disso, atrevemos-nos a apontar como fundamental esse espaço de rotatividade oferecido no segundo ano. Acreditamos que não há como um residente colocar-se realmente a serviço da formação do sistema enquanto não puder desenvolver uma visão ampla e integrada das partes que o compõem. Se estamos falando de formação em serviço, aproveitemos de maneira integral o que a experimentação nos diferentes níveis do sistema nos oferece, entendendo que a complexidade está colocada na relação a ser estabelecida com a saúde, e não na divisão hierárquica proposta pelo desenho do SUS.

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

Quando podemos falar de trabalhadores mais autônomos e implicados na construção do sistema do qual fazem parte, podemos pensar as RIS também como espaço de proposição de novas práticas de gestão. A partir de sua integração entre ensino e serviço, os atores implicados passam a ter a oportunidade de pensar novas propostas, onde o foco seja de uma responsabilidade compartilhada entre

trabalhadores, usuários e gestores públicos. A autonomia colocada nos trabalhadores proporciona espaço para que se corram riscos, que as quebras paradigmáticas podem oferecer para reconfiguração tanto dos espaços de trabalho, quanto das teorias produzidas com embasamento nas práticas cotidianas.

E para quem não sabe como acaba a história de Alice, fica o desafio da busca para que não cortem a cabeça dela! A maior forma de libertação que podemos perceber acompanha o pensamento de que a liberdade está colocada no saber e no reconhecer que somos governados, para então pensarmos de que forma vamos nos posicionar para poder transformar as lógicas que estão postas.

## REFERÊNCIAS

- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.
- BIRMAN, Joel. A Physis da saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 02 de outubro de 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde e Educação. **Portaria Interministerial N° 45, de 12 de Janeiro de 2007: Organiza e disciplina no âmbito dos Ministérios da Saúde e Educação a criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007. Seção 1, pp. 28-9.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores de saúde e a saúde de todos: Práticas de trabalho, Gestão, Formação e Participação. **Consolidado dos relatórios das Conferências estaduais de gestão de Trabalho e da Educação na saúde**. Brasília/DF, 2006.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000, vol. 5, no. 2, pp. 219-230. ISSN 1413-8123.
- \_\_\_\_\_. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000i.
- CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva *Entre-disciplinar* na produção de atos terapêuticos. EM: PINHEIRO, ROSENI. e MATTOS, Ruben Araújo de. Orgs **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.
- \_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, [on line] p. 161 - 177, set 2004/fev 2005.
- CECCIM, Ricardo Burg. FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma Resposta da Formação e Desenvolvimento Profissional para a Montagem de Projeto de Integralidade da Atenção à Saúde. Em: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1997, vol. 13, no. 3, pp. 469-478.
- CUNHA João Paulo Pinto; CUNHA, Rosani Evangelista. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L.M.



**Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde.** Belo Horizonte:COOPMED, 1998.Cap. 2, p. 11-26.*Belo Horizonte: Coopmed, Caderno de Saúde 2.*

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

FLEURY, S. **Avaliação comparativa das Ações Integradas de Saúde.** Avaliação Tecnológica em saúde, 78-81, 1991

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, coordenação de aperfeiçoamento e Residência Integrada em Saúde: **Regulamento da Residência Integrada em Saúde.** Porto Alegre, 2004.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Projeto de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.** 2003. Publicação on-line. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>. Acesso em: 10/02/2009.

HOCHMAN, G. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. Em: PORTOCARRERO, V. (org). **Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

JÚNIOR, Aluisio Gomes Silva. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.

LEI Nº 11.789, DE 17 DE MAIO DE 2002 Cria, no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, o **Programa de Bolsas de Estudos para a Residência Integrada em Saúde.**

LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL DO SUS. O **SUS É LEGAL:** Rio grande do Sul. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde.

Luz, MT. **As instituições médicas no Brasil.** Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979; Costa, NR. *Lutas urbanas e controle sanitário.* Petrópolis, Vozes, 1985.

LUZ, s.d. O campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas. Artigo aceito para publicação na **Revista Saúde e Sociedade** s.d.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. EM: PINHEIRO, ROSENI. e MATTOS, Ruben Araújo de. Orgs. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 180p. ISBN 85-89737-34-9.

MENDES, Eugênio Villaça. As Políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do Estado

neoliberal. Em: Mendes, Eugênio Villaça (Org.). **Distrito Sanitário: processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC; 1993

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final, pág. 4. Brasília, 1987

PASINI, Vera Lúcia. **Residência Multiprofissional em Saúde: uma estratégia de formação de profissionais para o SUS**. Em: Entre linhas – Psicologia e Formação. Ano VII, n. 33. Periódico do Conselho Regional de Psicologia: março/abril de 2006.

PASSOS, Eduardo e BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.** [online]. 2000, v. 16, n. 1, pp. 71-79. ISSN 0102-3772. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 05 de janeiro de 2009.

SABROZA, Paulo Chagastelles. Concepções sobre Saúde e Doença EM: **Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Saúde**. Educação a Distância/Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: SABROZA. Brasília: UnB, 1998. P. 34- 61, cap. 1

SPINK, Marie Jane. **A ética na Pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interação dialógica**. Em Revista Psico, v.31, n.1. Porto Alegre: EDIPUCRS, jan./jul. 2000.

\_\_\_\_\_. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004

VEIGA-NETO, Alfredo. Currículo e história: uma conexão radical. & WORTMANN, Maria Lúcia Castagna. Currículo e Ciências – as especificidades pedagógicas do ensino de ciências. Em: COSTA, Marisa Vorraber, org. **O currículo nos limiares do contemporâneo**. 2º edição. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.