

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

ELOÁ ROSSONI

**FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO NA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE: PROCESSOS EDUCATIVOS EM TEMPOS LÍQUIDOS**

Porto Alegre

2010

ELOÁ ROSSONI

**FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO NA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE: PROCESSOS EDUCATIVOS EM TEMPOS LÍQUIDOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

Porto Alegre

2010

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

R838f

Rossoni, Eloá

Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde : processos educativos em tempos líquidos / Eloá Rossoni . – 2010.

223 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2010.

Orientadora: “Prof^a Dr^a Dagmar Elisabeth Estermann Meyer”.

1. Atenção primária à saúde 2. Atenção básica à saúde
3. Residência integrada em saúde 4. Formação em serviço
5. Modernidade líquida 6. Estudos culturais I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação II. Título.

CDU 614

Bibliotecária: Eloisa Futuro Pfitscher CRB 10/598

ELOÁ ROSSONI

**FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SERVIÇO NA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE: PROCESSOS EDUCATIVOS EM TEMPOS LÍQUIDOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Educação.

Aprovada em 03 de setembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Faculdade de Enfermagem – UFRGS

Prof. Dr. Lucas Neiva Silva – Instituto de Ciências Humanas e da Informação - FURG

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – Faculdade de Educação – UFRGS

Prof.^a Dr.^a Russel Terezinha Dutra da Rosa – Faculdade de Educação – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Nestes agradecimentos, faço menção às muitas pessoas que acreditaram e acreditam no meu potencial. Durante o período em que cursei o doutorado, algumas pessoas aqui referidas se foram deste nosso mundo, em especial, minha mãe Celina de Oliveira Rossoni. Entre outras coisas, ela compartilhou comigo muitas leituras, principalmente quando a acompanhava nas viagens até o grupo escolar onde atuava como professora. Com ela, aprendi muitos dos valores éticos e morais que carrego comigo, especialmente o respeito à vida humana. Outra pessoa que não está mais conosco, mas me apoiou e acolheu durante a graduação e transformou minhas férias de adolescente em momentos especiais, foi minha tia Zoé Kelbert, de quem sempre senti um olhar confiante. Neste momento, lembro também da professora e colega Isaura Bueno, que se foi há alguns meses. Em nosso último encontro, esboçou um sorriso de satisfação, quando soube que eu estava fazendo doutorado. Muito do que foi possível aprender fora dos muros da universidade, durante a graduação, devo às oportunidades que me proporcionou.

Agradeço também àquelas pessoas que vivem a vida de forma especial e por isso tornam melhor a vida de outras tantas pessoas:

À Dagmar Meyer, minha orientadora, agradeço não só pela aprendizagem, mas pela acolhida no meio desta caminhada, o que tornou possível superar as muitas turbulências que vivenciei nos últimos cinco anos.

À Tânia Maria Drehmer, amiga e professora, pois foi quem me deu o último empurrão rumo ao doutorado. Tenho certeza de que teu exemplo de dedicação ao ensino permanece na lembrança de teus alunos e de tuas alunas.

Aos meus colegas e às minhas colegas do grupo de orientação – Aline Marie Dabdab Abichequer, Analídia Petri, Elisabeth Gomes, Carin Klein, Catharina Silveira, José Soares Damico, Fátima Pilotto, Helena Dória Lucas de Oliveira, Ileana Wenez, Jeane Félix, Letícia Prezzi Fernandes, Luiz Fernando Alvarenga, Maria Cláudia Dal'igna, Maria Simone Schwengber, Paulo Ferreira, Priscila Dorneles, Sandra dos Santos Andrade, Zulmira Newlands Borges – pelas leituras, críticas e sugestões. Estou certa de que este trabalho ficou mais fácil e melhor após as colaborações de vocês.

Às/aos colegas do Centro de Saúde-Escola Murialdo: Antonio Ricardo Tolla da Silva, Cristina Ruperti, Dalva Maria Heibes da Silva, Dulce Helena Cabral Hatzenberger, Elson Romeu Farias, Eva Leivas Barbosa, Loiracy Lucas de Lima, Hedi Berwarld Daniel, Isabel Cristina Lisboa, Lenara Keiko Amakaua, Lucia Thaler, Maria Luisa Pedroso Correa de Souza, Simone Glimm, Tania Dornelles Picon, Tania Regina Callegaro Araujo, Veronica Gonda Sabella. De alguma maneira, vocês estão presentes neste trabalho e contribuíram de formas diferentes para que ele fosse possível.

Aos/às colegas José Ricardo Abreu, Damásio Macedo Trindade, Elisabete Kasper, Jorge Alberto Buchabqui, Cynthia Isabel Vivas Ponte, Danilo Blank, Francisco Arsego de Oliveira, Mario Roberto Garcia Tavares, Maurem Ramos, Nara Selaimen Gaertner de Azeredo e professores/as Waldomiro Carlos Manfrói, Carmem Lucia Bezerra Machado, Jadete Lampert, Jorge Alberto Rosa Ribeiro, Marcelo Zubaran Goldani, Norma Marzola, Sergio Saldanha Menna Barreto, Ellis D'Arrigo Busnello e a aluna de doutorado Mara Nibia da Silva, com os quais comecei esta caminhada no Projeto de Pós-Graduação em Educação e Saúde, promovido pela Faculdade de Medicina e Faculdade de Educação da UFRGS e dos quais me separei por força das circunstâncias, agradeço a parceria e a convivência. Cada um de seu modo fez o que era possível.

Aos/às colegas do Departamento de Odontologia Preventiva e Social – Berenice Barbachan e Silva, Claides Abegg, Clarissa Fatturi Parolo, Dalva Maria Padilha, Julio Baldisserotto, Lina Hashizume, Marisa Maltz, Paulo Cauhy Petry, Sandra Liana Henz, Sonia Blauth Slavutzky, Solange Maria Beys Bercht e Tania Maria Drehmer – que apoiaram, em 2005, minha liberação das atividades docentes, acreditando que o meu doutoramento em Educação era importante para a qualificação do ensino da Odontologia.

Às minhas colegas do Estágio Supervisionado I da Odontologia/UFRGS agradeço o apoio nesta reta final: Angela Antunes Nunes, Arisson Rocha da Rosa, Cristine Warmling, Ramona Toassi, Sonia Blauth Slavutzky e Vania Aita Lemos.

À direção e docentes da Escola de Saúde Pública, representados aqui nos nomes de Sandra Regina Martini Vial, Miriam Dias e Fátima Plein pelo apoio e incentivo na conclusão do doutorado.

Aos/às professores/as doutores/as da minha banca de avaliação: Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira, Lucas Neiva Silva, Ricardo Burg Ceccim, Russel Terezinha Dutra da Rosa, agradeço a disponibilidade de aceitarem o convite e as contribuições que fizeram para qualificar este trabalho.

Aos professores e às professoras do Programa de Pós-Graduação em Educação, com os quais convivi nas disciplinas, agradeço pelo apoio e pelo comprometimento com o ensino.

Aos/às residentes e alunos/as da graduação, por me incitarem sempre a novas buscas, devido a seus questionamentos e ao meu compromisso com a formação.

À fisioterapeuta Fernanda Volpatto da Silva, pela escuta e pelos atendimentos extras, para que eu pudesse trabalhar incessantemente na digitação deste trabalho.

Ao Márcio Gastaldo, pela dedicação às correções da escrita e à estética deste trabalho.

À minha irmã Elisabete Rossoni, pela paciência em transcrever as entrevistas.

Ao meu filho Marcelo, obrigada pela colaboração na constituição das figuras que ilustram a tese.

Ao meu marido Marco e a meus filhos Marcelo e Alexandre, valeu a paciência e o afeto. Amo muito vocês.

Nossas vidas, quer o saibamos ou não e quer o saudemos ou lamentemos, são obras de arte. Para viver como exige a arte da vida, devemos, tal como qualquer outro tipo de artista, estabelecer desafios que são (pelo menos no momento em que estabelecidos) difíceis de confrontar diretamente; devemos escolher alvos que estão (ao menos no momento da escolha) muito além de nosso alcance, e padrões de excelência que, de modo perturbador, parecem permanecer teimosamente muito acima de nossa capacidade (pelo menos a já atingida) de harmonizar com o que quer que estejamos ou possamos estar fazendo. Precisamos tentar o impossível.

Zygmunt Bauman

RESUMO

A residência multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde, tema desta tese, faz parte de uma rede de formação na área da educação e saúde no Brasil. A formação dentro de serviços de saúde tem como objetivo preparar profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde. O foco da pesquisa volta-se para os processos educativos vivenciados por residentes e preceptores/as no *Programa de Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva*, desenvolvido predominantemente em unidades básicas de saúde pertencentes, até 2009, ao Centro de Saúde-Escola Murialdo e vinculado à Escola de Saúde Pública. O programa busca formar profissionais para o planejamento, a gestão e a clínica da atenção básica em equipe multiprofissional, orientados para a integralidade da atenção. Esta tese analisa como trabalhadores/as e residentes vivenciam os processos educativos em serviço, que relações de poder-saber constituem e atravessam essa formação e alguns dos desafios que são colocados às instituições formadoras. Trata-se de uma investigação qualitativa cujo percurso metodológico tem aporte nos estudos culturais em aproximação com a etnografia pós-moderna, pois estes concebem a cultura como campo de produção de significados, no qual os diferentes grupos sociais, situados em posições diferenciadas de poder, lutam pela imposição de seus significados à sociedade. O trabalho de campo foi desenvolvido no período de março de 2007 a abril de 2008 e o material empírico inclui documentos pedagógicos e administrativos institucionais, legislação pertinente à regulamentação dos programas de residência, relatórios de residentes, observação direta das equipes nos ambientes de trabalho e entrevistas com os/as trabalhadores/as que atuam nas unidades básicas de saúde. Para refletir sobre as limitações e as possibilidades desta formação, utilizei, especialmente, os escritos de Bauman acerca das características culturais da “modernidade líquida”. As unidades de análise estruturadas, a partir destes pressupostos, abordam: o enfrentamento cotidiano das incertezas por trabalhadores/as e residentes; os saberes e as práticas constitutivos da formação em situação de trabalho na atenção básica; os desafios da formação em serviço em tempos líquidos; as relações de saber-poder nas dinâmicas de ensino/serviço/gestão, sobretudo as implicações dos conflitos das corporações

profissionais e da municipalização da assistência nos processos educativos da residência. Estas relações produzem potencialidades e vulnerabilidades no programa de residência, no contexto estudado, marcado pela provisoriedade e pela incerteza. A partir destas análises foi possível apreender que, em tempos líquidos, a criatividade e a solidariedade são ferramentas importantes dos e nos processos educativos que preparam para a vida (profissional).

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Atenção básica à saúde. Residência integrada em saúde. Formação em serviço. Modernidade líquida. Estudos culturais.

ABSTRACT

Multidisciplinary residency in primary health care, subject of this thesis, is part of a network of training in education and health in Brazil. Training in health care aims to prepare professionals for action in the National Health System. The research focus turns to the educational process experienced by residents and preceptors in Integrated Health Residency Program: Primary Care in Public Health, developed predominantly in basic health units belonging, in 2009, to the Murialdo Health School-Centre, and linked to the School of Public Health. The program seeks to train professionals for the planning, management and clinical practice of primary care in multiprofessional teamwork oriented by integral care. This thesis examines how workers and residents experience educational processes in service, which relations of power-knowledge are/go through such training and some of the challenges that are posed to the educational institution. This is a qualitative research whose methodological course has input into cultural studies in approach to post-modern ethnography. These studies conceive culture as a field of meaning production, in which different social groups located in different positions of power are fighting for impose their meanings on society. Fieldwork was conducted from March 2007 to April 2008 and empirical data included educational and administrative documents institutions, relevant legislation to the regulation of residency programs, reports of residents, direct observation of teams in the workplace and interviews with workers in training places. To discuss the limitations and possibilities of this training, I used especially the writings of Bauman about the cultural features of "liquid modernity". The units of analysis structured to address these assumptions are: the daily confrontation of uncertainties by workers and residents, the knowledge and practices constituting the training on the work in primary care, the challenges of in-service training days net; the relations of knowledge-power in the teaching/service/management, especially the implications of conflicts of professional corporations and the decentralization of assistance in the educational processes of the residence. These relations yield potentials and vulnerabilities in residency programs in the studied context marked by provisional and uncertain. From this analysis it was

possible to apprehend that in times of liquid modernity, creativity and solidarity are important tools of/on educational processes that prepare for (professional) life.

Keywords: Primary health care. Basic health attention. Integrated health residence. Training in health service. Liquid modernity. Cultural studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tirinha do Radicci, do cartunista Iotti.....	174
Figura 2 – Reportagens do jornal <i>Correio do Povo</i> sobre o financiamento e a situação do setor de saúde no Brasil, 2008.....	182
Figura 3 – Reportagem sobre proposta do Estado para o Município assumir o Murialdo.....	185
Figura 4 – Reportagens de jornal local, dando visibilidade aos problemas institucionais e às demandas de usuários/as.....	190
Figura 5 – Reportagens do jornal <i>Correio do Povo</i> sobre os movimentos de greve de trabalhadores/as do Murialdo.....	192
Figura 6 – Desfecho da municipalização das UBS do Murialdo, conforme reportagens veiculadas no jornal <i>Correio do Povo</i>	193

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CES – Conselho Estadual de Saúde

CEVS – Coordenação Estadual de Vigilância em Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGVS – Coordenação Geral de Vigilância em Saúde

CIES – Comissão de Integração Ensino e Serviço

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COGERE – Colegiado de Gestão Regional

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASSEM – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

COREME – Comissão de Residência Médica ou Comissão de Residência Multiprofissional

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EC – Estudos Culturais

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

FAURGS – Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FES – Fundo Estadual de Saúde

FFFCMPA – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre

FUGAST – Fundação Universitária de Gastroenterologia

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

HMV – Hospital Moinhos de Vento

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social
MEC – Ministério da Educação
MFC – Medicina de Família e Comunidade
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PET – Programa de Educação para o Trabalho
PPP – Projeto Político Pedagógico
RIS – Residência Integrada em Saúde
R1 – Residente de primeiro ano
R2 – Residente de segundo ano
R3 – Residente de terceiro ano
SES/RS – Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCE – Tribunal de Contas do Estado
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ULBRA – Universidade Luterana do Brasil

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	18
PARTE 1: TODA ESCRITA TEM UMA HISTÓRIA.....	21
1 COMO TUDO COMEÇOU.....	21
1.1 Articulando conceitos aos contextos da formação em serviço.....	28
1.1.1 <i>Integralidade: o que a formação tem a ver com isso?.....</i>	30
1.1.2 <i>Integralidade da atenção, educação permanente e formação em saúde: como essa tríade se entrelaça?.....</i>	33
1.1.3 <i>A integralidade do cuidado, o trabalho em equipe e a formação em saúde: uma articulação necessária.....</i>	40
1.2 Fazendo escolhas teóricas.....	45
PARTE 2: CAMINHOS POR ONDE ANDEI.....	54
2 DESCER AO CAMPO E ESTRANHAR O FAMILIAR.....	54
2.1 As singularidades do [trabalho de] campo.....	59
2.1.1 <i>Descrição da UBS A.....</i>	62
2.1.2 <i>Descrição da UBS B.....</i>	68
2.1.3 <i>Similaridades na composição das equipes das UBS e no processo de trabalho.....</i>	72
2.2 Saber ver e saber ouvir.....	77
3 A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM EXERCÍCIO DE RELEITURA.....	84
3.1 O ingresso na RIS: Atenção Básica em Saúde Coletiva.....	89
3.2 Principais diretrizes e instâncias deliberativas da RIS.....	91
3.3 Propostas do PPP para o primeiro e o segundo ano de formação.....	94
3.3.1 <i>A avaliação na residência.....</i>	100
3.3.2 <i>A produção de conhecimentos na RIS.....</i>	101

3.4	A proposta do terceiro ano opcional.....	102
	PARTE 3: PROCESSOS EDUCATIVOS	105
	EM CONFIGURAÇÕES LÍQUIDAS.....	
4	ENFRENTANDO O “VIVEIRO DAS INCERTEZAS”.....	106
5	SABERES E PRÁTICAS CONSTITUTIVOS DA	119
	FORMAÇÃO E DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	
5.1	Os desafios da formação no cotidiano de provisoriedades.....	134
5.1.1	<i>A aprendizagem do acolhimento e seus inúmeros desafios no cotidiano.....</i>	<i>140</i>
5.1.2	<i>Processos educativos reconhecidos como potências na formação.....</i>	<i>149</i>
6	RELAÇÕES DE SABER/PODER NAS	159
	DINÂMICAS DE ENSINO/SERVIÇO/GESTÃO.....	
6.1	Implicações das interações e dos conflitos das corporações	162
	profissionais nos processos educativos da residência.....	
6.2	O processo de municipalização e suas implicações na	178
	residência.....	
7	UMA CONCLUSÃO INCONCLUSA.....	196
	REFERÊNCIAS.....	202
	APÊNDICE A – Distribuição de residentes por período e profissão no	217
	programa de terceiro ano opcional em atenção básica, Centro de Saúde-	
	Escola Murialdo, Escola de Saúde Pública, 1978-2008.....	
	APÊNDICE B – Características de profissionais e técnicos/as	218
	entrevistados/as, Centro de Saúde-Escola Murialdo,	
	Porto Alegre, RS, 2008.....	
	APÊNDICE C – Características de residentes ingressantes em 2007,	219
	Centro de Saúde-Escola Murialdo, Porto Alegre, RS.....	

APÊNDICE D – Mapa das gerências distritais de saúde de Porto Alegre.....	220
APÊNDICE E – Mapa de localização das UBS, Centro de Saúde-Escola Murialdo, Porto Alegre, RS.....	221
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	222
ANEXO B – Roteiro da Entrevista.....	223

APRESENTAÇÃO

Esta tese é o resultado de algumas escolhas, muitas vezes propositais, mas que, em alguns momentos, foram acidentais. No entanto posso dizer que, mesmo quando as escolhas foram propositais, não foi possível prever, antecipadamente, o que poderia encontrar pela frente. Posso também considerar este trabalho como o fim de uma etapa e o recomeço de outra, se é que esta delimitação pode ser feita. Mas o que mais importa, neste momento, é que este texto poderá ser lido por outras pessoas e me possibilitou, enquanto pesquisadora, apresentar outros olhares sobre os processos educativos que envolvem a formação multiprofissional. Então, nesta seção cabe apresentar resumidamente o que poderão encontrar pela frente, mas é provável que esta escrita gere em cada pessoa outras releituras dos ditos e dos acontecimentos.

Muitos caminhos foram percorridos para chegar até aqui. Em alguns houve ventania, em outros ocorreu tormenta, teve momentos de sol, alegria e carinho, alguns viraram ansiedade, desejo e ruptura, outros transformaram-se em saudade. Ao longo desta caminhada, iniciando pela elaboração e pela defesa do projeto, seguido do trabalho de campo até a finalização da escrita, a problemática que permaneceu entre idas e vindas foi a da formação multiprofissional em serviço (na atenção básica), denominada no país como Residência Multiprofissional e no Rio Grande do Sul como Residência Integrada em Saúde. Os significados atribuídos por residentes e preceptores/as¹ aos processos educativos vivenciados em situação de trabalho são problematizados neste estudo a partir dos Estudos Culturais e da etnografia pós-moderna. Diferentemente do que algumas pessoas pensam sobre o que é pesquisar, este trabalho não se propôs a coletar dados e analisá-los à luz da neutralidade científica. O material que originou esta tese foi produzido a muitas mãos e muitos pensamentos, a partir dos meus questionamentos, mas influenciados pela orientadora e pelo grupo de pesquisa, com o protagonismo das pessoas que convivi no trabalho de campo. Quanto aos/às muitos/as autores/as aqui citados, destaco que as leituras de Zygmunt Bauman impregnaram este texto, no entanto procurei usar mais sua crítica e inventividade do que seu lado pessimista, apontado por críticos de seu trabalho.

O trabalho de campo foi desenvolvido no período de março de 2007 a abril de 2008, e o material empírico incluiu documentos pedagógicos e administrativos institucionais, legislação pertinente à regulamentação dos programas de residência, relatórios de residentes, notícias veiculadas na mídia, observação direta das equipes nos ambientes de trabalho e entrevistas com os/as trabalhadores/as que atuavam nas unidades básicas de saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo.

Apresento, a seguir, o trabalho que pude tecer a partir desta pesquisa, que está constituído por três partes. Na primeira parte *Toda escrita tem uma história*², apresento em que momento minha história de vida profissional se imbrica com a desta escrita e que escolhas teóricas me possibilitaram analisar o material empírico. O capítulo 1, *Como tudo começou*, situa aquele que lê no que mobilizou quem escreve, apresenta as questões de pesquisa que orientam a investigação e articula o contexto da formação estudada a conceitos que atravessam as políticas de educação e saúde no país, entre eles, a integralidade, o trabalho em equipe e a educação permanente em saúde. No final da primeira parte, apresento os campos teóricos escolhidos e que interconexões com o estudo são possíveis através destes campos.

A segunda parte desta tese, *Caminhos por onde andei*, é composta por dois capítulos que tratam dos encaminhamentos metodológicos empreendidos para desenvolver o trabalho de campo e dão a conhecer os cenários desta formação. No capítulo 2, *Descer ao campo e estranhar o familiar*, descrevo a forma como me inseri no campo, os cuidados com os aspectos éticos, as ferramentas necessárias para o percurso. Caracterizo ainda o campo estudado e o que fui encontrando lá, que pode ajudar leitores e leitoras a entenderem como residentes e preceptores/as vivenciam os processos educativos no contexto dos serviços de atenção básica.

No capítulo 3, *A formação em serviço na atenção básica: um exercício de releitura*, é propiciado ao/à leitor/a conhecer o desenho pedagógico do programa e suas nuances em diferentes contextos históricos. Referi-me a um exercício de releitura, pois

¹ O uso, ao final das palavras, das flexões de gênero e número explicita que nos grupos citados há homens e mulheres.

² Utilizo itálico para colocar palavra(s) em suspenso ou para destacá-la(s) e aspas duplas no caso de citações.

fui partícipe da escrita dos documentos pedagógicos que orientam esta formação em conjunto com o corpo técnico-docente.

A terceira parte desta tese, intitulada *Processos educativos em configurações líquidas*, está dividida em quatro capítulos, incluindo a finalização da tese. Nesta parte, são apresentadas as análises realizadas de como residentes e preceptores/as enfrentam as incertezas no cotidiano dos serviços, que saberes e práticas constituem esta formação e que relações de saber-poder a atravessam. Início pelo capítulo 4, *Enfrentando o viveiro de incertezas*, cuja escrita começou quando ainda estava imersa no trabalho de campo. Creio que isso teve uma consequência importante no modo como o apresento, pois o texto representa vozes, rostos, nomes, alegria, sofrimento, incerteza e insegurança. Ao mesmo tempo, tento mostrar a minha surpresa com a capacidade de luta, resistência, inventividade e solidariedade que trabalhadores/as e residentes desenvolvem frente à incerteza cotidiana. O capítulo 5 é o mais extenso da tese e trata da análise dos *Saberes e práticas que constituem o trabalho e a formação na atenção básica*, a partir de como residentes e preceptores/as vivenciam os processos educativos diante de preconceitos, desafios e potencialidades que atravessam os cenários da atenção básica em tempos de liquidez e provisoriedade.

Dois acontecimentos marcaram os cenários em que desenvolvi o trabalho de campo de 2007 a 2008, entre eles o Movimento pelo Ato Médico e a retomada da municipalização das UBS do Murialdo. Estes acontecimentos refletiram na organização do programa de residência de muitos modos e seus desdobramentos estão reunidos no capítulo 6, sob o título de *Relações de saber-poder no ensino/assistência/gestão*. Eles são tratados com especificidade em dois subcapítulos: o primeiro refere-se às implicações das interações e dos conflitos das corporações/categorias profissionais nos processos educativos da residência, e o segundo registra a retomada e o desfecho do processo de municipalização e suas implicações na vulnerabilidade programática da residência. E, por fim, no capítulo 7, apresento algumas reflexões que foram possíveis diante deste percurso.

Após esta breve apresentação, convido as pessoas, que assim como eu se preocupam com a formação de profissionais da saúde, a seguir esta caminhada.

PARTE 1: TODA ESCRITA TEM UMA HISTÓRIA

1 COMO TUDO COMEÇOU

Nossa história são muitas histórias. Em primeiro lugar, porque, muitas vezes, não a contamos para nós mesmos, mas a contamos a outros. E a construímos, então, levando em conta o destinatário. Procurando provocar uma interpretação (sua interpretação) e procurando controlá-la. E aqui se abrem múltiplas diferenças, múltiplos espaços de sentido. Em primeiro lugar, porque nossas histórias são distintas conforme a quem as contamos. (JORGE LARROSA, 1996, p. 474).³

Comecei o processo investigativo que deu origem a esta tese a partir de algumas inquietações pedagógicas e políticas com as quais convivia em um de meus trabalhos, que envolve a formação multiprofissional em serviço na área da saúde. Incluía-se nestas inquietações a maneira como as condições pedagógicas, oferecidas nos serviços onde a formação multiprofissional ocorria, estavam dando conta de cumprir com o compromisso político de preparar profissionais para atuarem em nosso sistema de saúde.

Desde a finalização do curso de graduação na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tenho me envolvido com o ensino na área da saúde. Inicialmente, trabalhei na formação de técnicos em saúde bucal, em seguida como professora da graduação na Faculdade de Odontologia, onde atuo até hoje. Trabalho, também, no Centro de Saúde-Escola Murialdo (Murialdo), diretamente com a formação pós-graduada de profissionais de saúde, no *Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS): Atenção Básica em Saúde Coletiva*, no qual desenvolvo atividades de docência, orientação dos trabalhos de conclusão de curso e coordenação do programa de residência⁴ multiprofissional.

Ao longo dos 25 anos de vivência profissional na universidade e na Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), fiz alguns deslocamentos que considero

³ Embora as normas oficiais de redação científica propostas pela ABNT indiquem que nas citações deve constar apenas o sobrenome do/a autor/a, escolhi escrever nome e sobrenome, sempre que o/a autor/a for inserido pela primeira vez no texto, a fim de visibilizar as autoras, uma vez que, na língua portuguesa, quando não se sabe o sexo de quem está falando, este/a é sempre tratado no masculino.

⁴ Residência: modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde (BRASIL, 2005a).

oportuno relatar. Entre eles estava a realização do mestrado em Bioquímica, cuja dissertação voltou-se para o estudo experimental da ação de adoçantes na causalidade da doença cárie, o que me possibilitou desenvolver com maior credibilidade as disciplinas com os/as graduandos/as em Odontologia em função da valorização atribuída à pesquisa técnico-científica nos cursos da área da saúde. O motivo de buscar o doutorado na área da educação deveu-se, principalmente, ao fato de que ao final do mestrado, ao retornar ao trabalho na SES/RS, fui lotada no Murialdo e comecei a trabalhar com profissionais de várias áreas da saúde, inicialmente na assistência, mas em seguida também com a formação na residência.

Em 1997, fui convidada, devido à minha experiência com o ensino da graduação, a abraçar, junto com outros/as trabalhadores/as do Murialdo, a retomada da formação multiprofissional que havia sido interrompida em 1996. A partir de então, assumi diversas posições e funções na minha vida profissional marcadas por esta bandeira de luta, participando do movimento nacional por legitimação dos programas de residência multiprofissional que, de 2005 até o momento atual, resultaram em vários seminários de trabalho e nas portarias e leis que regulamentam esta formação junto aos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC). Localmente, participei, a partir de 1999, da implementação, legitimação e consolidação do Programa de Residência Integrada em Saúde, vinculado à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), principalmente da ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva, desenvolvida no Murialdo, para a qual dirijo o foco desta tese.

Olhar para os contextos nos quais a maior parte da formação multiprofissional ocorria pareceu um desafio tentador e incitou-me a escrever o projeto que originou esta tese. Aproximar-se do cotidiano das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) era um deslocamento importante em 2006, até porque a instituição vivia situações conflitantes no cenário político que implicavam diretamente na organização das equipes e repercutiam no programa de residência. Refiro-me, aqui, da possibilidade de municipalização da assistência, da precariedade das estruturas físicas das UBS e da provisoriedade dos contratos de trabalho de parte dos profissionais. Como propõe Michel Foucault (1998, p. 13): “existem momentos na vida onde a questão de saber se podemos pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se

vê é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”. A elaboração do projeto de pesquisa e sua realização constituíam, naquele momento, uma possibilidade deste deslocamento.

Várias questões surgiram no transcorrer da elaboração do projeto, propiciadas e/ou motivadas pelas leituras, pelas discussões do grupo de pesquisa e orientação e pela aproximação com o campo, mas a qualificação do projeto de tese auxiliou a definir o recorte que este trabalho poderia dar conta. Optei, então, por analisar os processos de formação multiprofissional de residentes na Atenção Básica, no Centro de Saúde-Escola Murialdo, através do acompanhamento do trabalho de duas equipes nas UBS. Algumas questões mobilizaram-me neste percurso, entre elas:

Como preceptores e residentes vivenciam esses processos de formação no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde?

Que relações de poder-saber constituem/atravessam essa formação e que desafios elas colocam às instâncias formadoras?

Até 2009, nas sete UBS do Murialdo vinculadas à gestão estadual de saúde, ocorria grande parte das atividades e da carga horária dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (para graduados em Medicina) e do Aperfeiçoamento Especializado Atenção Básica em Saúde Coletiva (para graduados em Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social), que constituem o *Programa de Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva*.

O objetivo do curso é formar profissionais de saúde para o planejamento, a gestão e a clínica da atenção básica, através do trabalho em equipe multiprofissional com vistas à integralidade da atenção em saúde, conforme explicitado no planejamento pedagógico elaborado pelo corpo técnico-docente, desde 2000, quando foi retomada a formação multiprofissional vinculada à ESP/RS (ELOÁ ROSSONI et al., 1999; ROSSONI; RUSSEL T. DUTRA DA ROSA, 2000; ROSSONI; ELSON ROMEU FARIAS, 2002; ROSSONI et al., 2008).

A história do Murialdo como centro formador é antiga. Foi fundado como posto de puericultura, em 1957, resultante de um convênio entre a Associação de Proteção à Infância e o Departamento de Saúde da Secretaria da Educação e Saúde Pública do

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. A assistência à saúde nesta época era bastante precária, pois não possibilitava acesso à população sem vínculo empregatício e norteava-se principalmente em ações voltadas para epidemias, puericultura e gestantes. Em 1963, passou a Centro Médico Social São José do Murialdo. Um ano depois, através de um convênio com a UFRGS, caracterizou-se como local de formação e aperfeiçoamento de pessoal da SES/RS e como campo de estágio em medicina preventiva e saúde pública da Faculdade de Medicina, dando os primeiros passos em direção a um local de ensino em serviço (JOÃO WERNER FALK, 1999; CLÉCIO HOMRICH DA SILVA, 2002; FARIAS; AIRTON TETELBOM STEIN; JOSÉ ERNESTO HOFFMANN et al., 2004).

O pioneirismo, na implantação do Sistema de Saúde Comunitária⁵ e dos programas de residência médica e multiprofissional, tem distinguido o Murialdo, no cenário nacional, como órgão formador na área de atenção primária à saúde. A formação multiprofissional pós-graduada iniciou em 1978, portanto uma década antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1976, já era desenvolvido, no local, o Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária, atualmente, denominado Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2002a). Estes acontecimentos coincidem, internacionalmente, com a Conferência de Alma-Ata, que discutiu os princípios da Atenção Primária à Saúde⁶. Alguns destes princípios foram incorporados na assistência e na formação em saúde já naquela época. No país, também se iniciava o Movimento

⁵ Sistema de Saúde Comunitária: para a organização da atenção à saúde na região foi considerada uma população adscrita em um território definido, que era atendida sob responsabilidade da equipe de saúde com o enfoque da vigilância e da educação em saúde. A estrutura física proposta consistia em uma unidade central e quatro postos avançados (ELLIS BUSNELLO, 1976).

⁶ Atenção primária à saúde (APS): nível do sistema acessível a todo novo problema e necessidade, que presta atenção ao longo do tempo a todos os transtornos (menos os mais raros) e coordena e integra a atenção prestada em outros lugares ou por outros profissionais. Segundo Barbara Starfield (2001, p. 8-9), a atenção primária à saúde deve centrar-se na saúde das pessoas, considerando determinantes o meio físico e social em que as pessoas vivem e trabalham, mais que nas enfermidades específicas. No Brasil, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) foi adotado pelo governo para denominar suas secretarias e documentos oficiais (GUILHERME ARANTES MELLO; BRUNO JOSÉ B. FONTANELLA; MARCELO MARCOS P. DEMARZO, 2009). A Portaria 648/2006 considera a ABS como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, visando à qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (BRASIL, 2006a). Este termo foi adotado, nacionalmente, pelo governo brasileiro, para denominar suas secretarias e documentos oficiais.

pela Reforma Sanitária, que redundou, na década de 80, na criação do SUS. Estes acontecimentos nacionais e internacionais articulavam-se em torno de objetivos comuns, que eram ampliar o acesso à saúde e modificar o modelo de atenção, num contexto em que as agências internacionais impunham racionalização do financiamento na área da saúde através de proposta de APS seletiva.

Na década de 90, para a implementação da descentralização da saúde⁷ – um dos princípios do SUS – ocorreram redirecionamentos nas formas de atuação das diversas esferas de gestão do sistema de saúde, cabendo ao gestor municipal a incumbência da assistência à saúde local. Quando, em 1996, ocorreu a municipalização da saúde⁸, em Porto Alegre, as UBS de responsabilidade da SES/RS passaram para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com exceção da Unidade Sanitária São José do

⁷ Descentralização - é uma das diretrizes organizativas do SUS, que aponta que a base do sistema de saúde deve ser municipal, ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços (CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS, DARIO FREDERICO PASCHE, 2006).

⁸ Municipalização da saúde - a descentralização da saúde avançou, nos anos 90, com a municipalização da gestão de ações e serviços. Os municípios foram estimulados a assumirem a responsabilidade de gestão de modo gradual, através da adesão a uma das condições previstas nas Normas Operacionais Básicas, inicialmente pela NOB 01/93, depois alterada pela NOB 01/96 (BRASIL, 1993; BRASIL, 1996) e a seguir modificada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002c, VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 550-551). A NOB 01/93 previa as seguintes modalidades de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Na gestão incipiente, a SMS assume, imediata ou progressivamente, mediante cronograma negociado com a Comissão Bipartite, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores de serviços; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIHs (Autorizações de Internações Hospitalares) e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados, com ou sem fins lucrativos; incorpora ações básicas de saúde à rede de serviços. Na gestão parcial, a SMS, além do já descrito, assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas e recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município. Na gestão semiplena, o município recebe mensalmente o total de recursos financeiros para o custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos (MERCEDES RABELO, 1996). Porto Alegre adotou, em 1996, a gestão municipal semiplena da saúde. Em 1998, a NOB-SUS/96 estabeleceu duas modalidades de municipalização: Gestão Plena de Assistência Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde, as quais estão em vigência. A primeira supõe a gestão apenas das ações e dos serviços básicos, dando direito ao recebimento de um piso fixo de atenção básica (correspondente a um valor *per capita* repassado automaticamente). Além desse valor fixo, os municípios podem aderir, gradativamente, a programas como a Estratégia de Saúde da Família, pelos quais recebem um valor adicional correspondente. A Gestão Plena do Sistema de Saúde implica na total municipalização de ações e serviços, sejam eles públicos ou privados. Nesse caso, o repasse de recursos é integral, de acordo com um teto previamente estabelecido, e caberá ao gestor municipal o gerenciamento desses recursos que pode ser significativo, como no caso de Porto Alegre, onde há inúmeros hospitais, equipamentos e funcionários, de prestadores públicos e privados, de serviços preventivos e curativos (ISABEL NOEMIA RÜCKERT; MERCEDES RABELO, 2005).

Murialdo⁹. A instituição, reconhecida como importante local de ensino, deixou de pertencer à 1ª Coordenadoria de Saúde e reforçou seu vínculo com a ESP/RS, permanecendo sob a administração estadual, a fim de qualificar os processos de formação em serviço que desenvolvia e reafirmar seu papel de centro formador.

Desde então, por inúmeras vezes, a gestão da saúde no Distrito Partenon foi pautada em reuniões do Conselho Distrital e Municipal de Saúde. A municipalização das UBS pertencentes ao Murialdo foi um assunto recorrente nas pautas, bem como na agenda do gestor estadual e municipal, em diferentes gestões partidárias. O fato de as UBS estarem vinculadas à gestão estadual passou a ser uma das justificativas do gestor municipal para a não ampliação de serviços de saúde na região. Como a assistência à saúde também não é mais incumbência da gestão estadual, o precário investimento nas estruturas físicas das UBS tornou difícil a manutenção da qualidade dos serviços oferecidos frente à demanda da população e à necessidade de ampliação da rede de serviços de atenção básica.

Quanto à residência, de 1996 a 1999, paradoxalmente, a formação multiprofissional sofreu descontinuidade e, nesse período, foi ofertada somente a residência médica. Ao longo dos anos, diversos conflitos de interesse e a pressão de várias forças políticas, pessoais, corporativas e culturais determinaram diversas conformações no ensino desenvolvido nas UBS do Murialdo. Entre elas, posso citar: o tempo de formação multiprofissional que variou de um a três anos em diferentes períodos (ora com a denominação de estágio, treinamento ou aperfeiçoamento especializado, enquanto a residência médica manteve-se em dois anos) e a interrupção da formação multiprofissional¹⁰. Essa suspensão ocorreu tanto devido à ausência de reconhecimento e valorização das profissões quanto em decorrência da diminuição do valor da bolsa de residentes das diversas profissões em relação à bolsa de residentes da Medicina, como em 1991, quando foi assinado decreto¹¹ pelo governador da época,

⁹ Unidade Sanitária São José do Murialdo: denominação do Centro de Saúde-Escola Murialdo em meados da década de 90.

¹⁰ A residência multiprofissional desenvolvida no Murialdo sofreu interrupção nos períodos de março de 1986 a março de 1987, 1989-90, 1996-99, em função de diferentes conjunturas da gestão estadual de saúde. A partir de 2000 até o momento atual, 2010, o programa se manteve sem interrupções.

¹¹ Decreto 34.143 dispõe sobre o valor da bolsa de estudos paga aos bolsistas não médicos do Hospital Psiquiátrico São Pedro e Unidade Sanitária São José do Murialdo, e estabelece o sistema de reajuste (RIO GRANDE DO SUL, 1991, p. 5).

estipulando um valor de bolsa diferenciado à residentes não médicos (RIO GRANDE DO SUL, 1991). Esse fato só foi contornado em 2002, quando foi instituído o programa de bolsas de estudo para o Programa da RIS, com valor igualitário para todas as profissões, através da Lei 11.789/2002 (RIO GRANDE DO SUL, 2002a).

Desde 2000, o Murialdo é credenciado junto à ESP/RS para o desenvolvimento do *Programa de Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva* e é campo de estágio para as outras três ênfases do Programa da RIS: Saúde Mental Coletiva, Dermatologia Sanitária e Pneumologia Sanitária. Também era campo para estágio curricular de inúmeros cursos de graduação da área da saúde de instituições públicas e privadas. No momento da execução do projeto, o Murialdo estava ligado pela assistência ao Departamento de Coordenação dos Hospitais e pelo ensino à ESP/RS.

Em 2007, o Murialdo prestava assistência a uma população geograficamente adscrita de cerca de 50 mil habitantes (IBGE, 2000), na zona leste de Porto Alegre. Possuía uma unidade central e sete UBS que estavam distribuídas nas vilas Campo da Tuca, Vargas, São Judas Tadeu, São Miguel, João Pessoa e duas no Morro da Cruz, localizadas na gerência distrital de saúde Partenon-Lomba do Pinheiro (Apêndice D – Mapa das gerências distritais de saúde de Porto Alegre; Apêndice E – Mapa de localização das UBS). Uma delas é mantida pelo Hospital Moinhos de Vento (HMV), o que garante ao hospital usufruir de certificado de filantropia. As equipes multiprofissionais das UBS desenvolviam trabalho de assistência à população e ensino de residentes e estagiários/as da graduação.

Assim como o Murialdo, outras instituições, no Brasil – cada uma com suas peculiaridades –, têm se incumbido, ao mesmo tempo, pela assistência à população na atenção básica e pela formação em serviço dos programas de residência (FLÁVIO ALBERTO DE ANDRADE GOULART, 2002). Não há notícias de experiências internacionais desta amplitude, nas quais se congregue a formação pós-graduada de trabalhadores/as de diferentes profissões com o foco no trabalho em equipe em serviços, a partir das diretrizes do sistema de saúde vigente no país. Em conferência ministrada na ESP/RS, em 2003, Starfield¹² surpreendeu-se com a formação

¹² Barbara Starfield é uma médica norte-americana, referência internacional e autora do livro *Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia* (STARFIELD, 2001).

multiprofissional que ocorria no Programa de Residência Integrada em Saúde, congregando diversas profissões para o trabalho em equipe.

A seguir, para pensar os processos educativos que ocorrem nestes contextos de formação, trago para a cena alguns conceitos que se articulam com as áreas da educação e da saúde e que são usados como justificativa para a realização da residência multiprofissional/integrada em serviços do SUS.

1.1 Articulando conceitos aos contextos da formação em serviço

Qualquer processo educativo ou investigativo pressupõe o uso de vários conceitos e teorias, seja para entender a proposta do autor e dar sustentação à metodologia escolhida, seja para discutir o que foi produzido. Bauman utiliza-se da metáfora do nascimento das plantas para exemplificar o nascimento de um conceito:

Na fase inicial de sua vida, semelhante à das plantas, os conceitos são o que o solo e as circunstâncias da germinação lhes permitiram ser. Impregnam-se do conteúdo do solo de que brotaram. [...] Depois que os conceitos se desenvolvem, a direção e a extensão de sua viagem dependem inteiramente de outras coisas; no entanto, para onde quer que se dirijam, carregarão consigo seus sinais de nascença. (BAUMAN, 1998, p.160-161).

Mesmo que “as mais universais das noções” tenham nascido e adquirido forma “na experiência particular das pessoas vinculadas a lugar e tempo específicos” (BAUMAN, 1998, p.160-161), os conceitos, quando empreendem viagem, podem adquirir diferentes significações. Claudia de Lima Costa (2000, p. 46), ao analisar a tradução cultural e as práticas feministas, permite refletir sobre “a intensa migração de conceitos e valores que acompanham as viagens dos textos e das teorias”, salientando a importância de estender “uma leitura íntima do texto em mãos para uma leitura igualmente íntima do texto social”. Alerta ainda que, muitas vezes, um conceito que apresentou potencial de ruptura em um dado contexto, em outro lugar pode se tornar despolitizado. Ainda há de se esperar que os conceitos possam provocar leituras imprevistas, dependendo do lugar e das pessoas que os leem, assim como as leituras das teorias – quando introduzidas em outro contexto, podem transformá-lo radicalmente. Para exprimir resumidamente, um conceito pode ter inúmeras leituras,

dependendo de quem o lê, do contexto onde é lido ou relido e das mudanças que provoca ou não em cada contexto. Assim, para Bauman:

À medida que se desenvolvem e amadurecem, os conceitos começam a se mover por conta própria e, às vezes, alcançam territórios bastante distantes de seu local de origem. Eles vagueiam pelo passado, que os ignorava na época em que era ainda presente. Ou fazem uma incursão ao futuro, que – quem sabe? – pode, de igual modo, ignorá-los quando sobrevier, uma vez que não os julgará úteis. (BAUMAN, 1998, p. 160).

As colocações de Costa (2000), juntamente com as reflexões de Bauman (1998), fizeram-me pensar a respeito de alguns *conceitos* que permeiam os processos de educação e saúde e que passaram a adquirir visibilidade durante o Movimento pela Reforma Sanitária¹³, tornando-se bandeiras de luta do direito à saúde no país. Integralidade é um destes *conceitos* que funcionou/funciona como ruptura com alguns pressupostos da atenção e da educação em saúde sendo, posteriormente, incorporado nas políticas de educação e ensino na área de saúde pelo vigor com que tensionava/tensiona outros conceitos hegemônicos. Portanto conceitos não carregam somente significados, mas também valores. No caso da integralidade, carrega o valor da “afirmação da vida”¹⁴.

Keneth Rochel Camargo Junior (2007) questiona se integralidade é uma palavra que pode ser tida como um conceito, pois a considera como uma rubrica ou um agregado semântico que agrupa um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Entre elas, cita o discurso de organismos internacionais voltados à atenção primária e à promoção de saúde, os princípios expressos nas políticas do MS e em textos acadêmicos que envolvem críticas sobre a assistência à saúde. O autor também salienta a confusão que pode ser feita entre “atenção integral” e “atenção total”, colocando em questão se é possível e desejável que a atenção à saúde possa dar conta da “totalidade” das

¹³ Movimento social em defesa da saúde como direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar, que se organizou no Brasil durante os anos de 1970 e 1980 (RICARDO BURG CECCIM, 2008, p. 12).

¹⁴ Termo cunhado por Nietzsche, que, a partir das interpretações da tragédia de Aristóteles e Schopenhauer, elabora uma nova perspectiva inovadora do mundo e da vida. O filósofo considera que a tragédia, mesmo demonstrando o aniquilamento e a dor do herói, afirma o valor intrínseco da vida, decorrente da compreensão de que todos os elementos constituintes do mundo estão entrelaçados.

necessidades de um ser humano em função do risco de um controle sem precedentes sobre a vida das pessoas e de uma “medicalização também integral” (ibidem, p. 37).

Se na perspectiva da Reforma Sanitária, na década de 70, o termo surge como um ideal regulador imbuído da ideia de “totalidade” – própria da influência marxista, incorporada neste movimento, com o objetivo de superar a fragmentação da atenção –, não seria de estranhar que, em tempos atuais, o mesmo termo precise colocar outras vestes para não perder seu caráter político e inovador. Desse modo, parece mais apropriado que a integralidade seja associada ao desafio constante de enfrentar as singularidades dos processos de saúde e adoecimento em sujeitos singulares com múltiplas demandas que ocorrem aos serviços de saúde, assumindo, como Camargo Junior, que como tal é algo “indispensável” e almejável, mas ao mesmo tempo “inalcançável”.

Ana Carolina Rios Simoni (2007, p. 40) comenta a emergência da integralidade para dar conta do vazio produzido pela multiplicação exponencial das tecnologias biomédicas, que apresentam avanços na abordagem da doença, mas não acolhem na mesma proporção o sofrimento humano. Segundo a autora, a noção de integralidade coloca-se também como resistência ao modelo das especialidades que fragmenta a pessoa atendida, fazendo do sujeito um mero objeto da ação técnica, questionando assim o governo técnico-científico da vida.

Portanto, a partir destes/as autores/as, é possível constatar que diversas reflexões sobre o cuidado em saúde são mobilizadas pelo princípio da integralidade. Como o cuidado deve ser o foco maior da formação, é preciso pensar processos educativos que coloquem a integralidade do cuidado em pauta.

1.1.1 Integralidade: o que a formação tem a ver com isso?

Desde a promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988), em que foram definidos os princípios do SUS, entre eles o da *atenção integral*, está posto como um desafio para as instituições que realizam formação em saúde preparar os/as profissionais graduados/as nesta área para atuação no sistema vigente, ordenado com base na integralidade da atenção, na humanização da assistência, na construção

interdisciplinar do conhecimento e na concepção de trabalho em equipe de saúde. No entanto a educação de profissionais de saúde, no país, sofreu e ainda sofre forte influência do paradigma flexneriano, introduzido a partir da década de 40 com a finalidade de profissionalização do ensino em saúde. Este paradigma, baseado no Relatório Flexner¹⁵, compreende “que há uma hierarquia para as aprendizagens (básico para o clínico) e a necessidade de oportunizar o aprendizado em ambientes de concentração de quadros nosológicos (modelo hospitalocêntrico)”, como apontam Ceccim e Ângela Aparecida Capozzolo (2004, p. 347).

A partir do paradigma flexneriano, o hospital constituiu-se como lócus prioritário do ensino em saúde e foi construída toda uma racionalidade científico-sanitária que valoriza a especialização corporativista, o modelo mecanicista de saúde e a mensuração biologicista de parâmetros e indicadores de saúde a partir de modelos matemáticos, o que tem acarretado fragmentação dos saberes e das práticas relativas ao “andar a vida”¹⁶ (ibidem, p.347). Este ideário científico “tirou a saúde do campo afetivo para situá-la no campo normativo”, ganhando hegemonia a utilização de alta tecnologia para diagnóstico, a atenção centrada em procedimentos e a medicalização da saúde (ibidem, p.348). Acredito que isso não significa que os avanços tecnológicos devam ser descartados, mas admitir que estes avanços não ocorreram na mesma proporção no que se refere aos aspectos relacionais e ao direito à saúde, conforme está veiculado no artigo 200 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Inúmeras reformas educacionais foram realizadas, no país, com o intuito de mudar a formação de profissionais de saúde, como: o ensino da Medicina Preventiva, na década de 60; o ensino extramuros junto à população através dos serviços de saúde

¹⁵ Relatório apresentado por Abraham Flexner, em 1910, como resultado de extensa pesquisa realizada nos Estados Unidos e no Canadá, seguido de novo estudo em 1927, comparando Estados Unidos e Europa. À época, a educação médica era realizada em cursos com pouca base metodológico-científica e com duração de até um ano. Seguindo as designações dos relatórios para a educação médica, o curso passou a ser de quatro anos, com aprendizagem em laboratório e na prática hospitalar, especialização profissional, orientação da pesquisa para a área biológica e controle do exercício profissional através de órgão corporativo, além de criar critérios para o acesso de candidatos e nova caracterização das escolas (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

¹⁶ Ruben Araujo Mattos (2004, p. 1415) usa a expressão de Canguilhem para expressar que “os sujeitos têm modos de andar a vida, que se modificam pela ocorrência de uma doença. É claro que os modos de andar a vida não são escolhas das pessoas, mas emergem do próprio modo como a vida se produz coletivamente. O modo de andar a vida de um sujeito não pode ser compreendido como dissociado do modo como a vida anda num certo lugar, aonde ele vive. Mas cada sujeito apresenta singularidades que se expressam no seu modo de andar a vida”.

comunitária, na década de 70; as propostas de integração docente-assistencial para a integração ensino-serviço, na década de 80; e os projetos multiprofissionais e interdisciplinares de integração ensino-serviço-população, na década de 90 (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 349-352). As mudanças propostas por estas reformas, entretanto, não conseguiram ganhar hegemonia, tanto no ensino quanto nas práticas de saúde. Já a integralidade e a humanização, bandeiras de luta do Movimento pela Reforma Sanitária, ainda estão submetidas a muitos obstáculos para serem lembradas e ganharem espaço nos modelos de ensino e atenção, de forma que as práticas não sejam capturadas pela lógica dominante do “modelo de biomedicalização”¹⁷. Gastão Wagner de S. Campos (2008) aponta que a integralidade é dificultada quando não há garantias de referência para outros serviços, a partir da atenção básica, e quando o acesso a este nível de atenção resume-se a pronto atendimento, indicando que a integralidade da atenção depende da articulação da rede de serviços.

Em oposição ao “modelo de biomedicalização” (CECCIM, 2008), uma rede discursiva busca estabelecer-se, discutindo a formação de profissionais de saúde, na contemporaneidade, atrelada às necessidades do SUS e aos seus princípios e diretrizes, que incluem universalidade da atenção, atenção integral e participação popular. Dentre tais princípios, ênfase tem sido dada ao da integralidade, que através do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), vem dedicando inúmeros capítulos de livros, artigos de revistas e seminários à abordagem deste tema, desde 2001 (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 382). Outras associações fazem parte desta rede discursiva, entre elas a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Associação Brasileira de Ensino de Odontologia (ABENO), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a REDE UNIDA¹⁸. Alguns documentos produzidos por técnicos e gestores do MS também assumem a

¹⁷ Biomedicalização: Ceccim (2008, p. 13) propõe chamarmos de “biomedicalização” em vez de biomedicina (ou no caso de biomédico). Considero este termo mais adequado, “livrando de preconceito a profissão Medicina e de confusão a profissão Biomedicina” [...], como indica o autor. Com base nisso, substituo a escrita de “modelo biomédico” comumente usada por “modelo de biomedicalização”.

¹⁸ Rede de estudos, experiências, conceitualizações e formulações às políticas de educação e da saúde, que discute principalmente ensino, currículo e avaliação na educação superior dos profissionais de saúde. Esta rede surgiu a partir da aglutinação da Rede Ida, que discutia as mudanças promovidas pelos projetos de integração docente-assistencial, com os Projetos UNI, que produziu *Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* (CECCIM, 2008, p. 10).

integralidade e a humanização como eixos estruturantes das políticas de educação e saúde (BRASIL, 2004a, 2004b, 2004c).

Ceccim e Alcindo Ferla¹⁹ (2007, p. 223) referem que está implicado, na produção da atenção integral à saúde, o restabelecimento da “interação ensino-gestão-serviço-controle social, tensionando os projetos de formação à melhor escuta das pessoas que recorrem/usufruem/usam aos/dos/os serviços de saúde”. Estes autores salientam que “a integralidade da atenção pertence e deve pertencer ao conjunto do sistema de saúde”, mas que “ela também é resultante do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”. A experiência da RIS – desenvolvida pela ESP/RS em quatro locais credenciados de profissionalização, entre eles o Murialdo – é colocada pelos autores como uma oportunidade dessa aprendizagem. Portanto, ter escolhido este local, em que se desenvolve residência, para o trabalho de campo e produção do material que subsidiou esta tese, tem múltiplos contornos: a consolidação de políticas de educação e saúde que estão ligadas ao impacto na saúde coletiva e à efetividade do SUS; a qualificação do trabalho e dos serviços prestados à população; e a apropriação subjetiva e coletiva de experiências de aprendizagem por parte de residentes e trabalhadores/as que participam desta formação.

1.1.2 Integralidade da atenção, educação permanente e formação em saúde: como esta tríade se entrelaça?

O conceito ou termo integralidade, como preferem alguns autores e algumas autoras, é polissêmico e utilizado em diferentes contextos, mas em geral refere-se às práticas de atenção, à gestão dos serviços e às políticas públicas de saúde. Nesse sentido, “a integralidade se destina a conjugar ações para a materialização da saúde como direito e como serviço”. Assumir a integralidade como eixo prioritário de uma política, para Roseni Pinheiro, Alcindo Ferla e Aluísio Gomes da Silva Júnior²⁰ (2004, p. 209), significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos

¹⁹ Pesquisadores associados ao LAPPIS.

²⁰ Pesquisadores associados ao LAPPIS.

implicados reciprocamente: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre as esferas de gestão do SUS e nas relações com a sociedade.

Algumas dimensões atravessam o entendimento da integralidade da atenção à saúde, entre as quais estão: a organização dos serviços de forma a garantir acesso ao sistema para cada situação com resolubilidade; o conhecimento e as práticas de trabalhadores/as de saúde; e a formulação de políticas governamentais com participação da população capazes de contemplar as diferenças expressas nas demandas em saúde (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004, p. 276).

Das dimensões citadas, *o conhecimento e as práticas de trabalhadores/as de saúde*, enquanto “dispositivo político de crítica aos saberes e poderes instituídos por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos, nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde”, é aquela que se correlaciona com a discussão da formação de profissionais de saúde (ibidem, p. 276). A integralidade, nessa dimensão, é entendida como um “processo de construção social, que tem na idéia de inovação institucional um grande potencial para sua realização, pois permitiria inventar outros padrões de institucionalidades”, desde que ocorra horizontalidade nas relações entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde na produção de novos conhecimentos e práticas a partir do cotidiano do cuidado em saúde (ibidem, p. 269). Compreende-se, assim, por que este princípio do SUS compõe o objetivo político-pedagógico da formação de residentes no Programa da RIS (RIO GRANDE DO SUL, 2002b) e está presente nas portarias e leis que regulamentam/vam a residência multiprofissional no país (BRASIL, 2005a, 2007a, 2009).

A integralidade da atenção à saúde, no cotidiano dos serviços, é permeada pelas relações de saber e poder que podem produzir assimetrias negativas quando as práticas são subordinadas pela tecnocracia, com suas regras e disciplinas externas ao campo da saúde, “acabando por produzir cisões nos processos de trabalho”. Estas práticas podem também tomar a forma de processos criativos e críticos que reinventam a vida, potencializando ações que questionam o conhecimento instituído e possibilitam aos atores envolvidos discutir quais saberes devem integrar a formação em saúde e quais serão suas fontes (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004, p. 277).

A prática de biomedicalização encontrada nos serviços de saúde possui múltiplas determinações, mas sem dúvida o compromisso das instituições formadoras tem papel fundamental na formulação de mudanças nessas práticas. “Desenvolver dispositivos organizacionais e institucionais que contribuam para a educação do olhar e da escuta de trabalhadores/as” – e para construir novas relações com os/as usuários/as, entre profissionais e com o trabalho – é fundamental para qualificação das práticas de saúde (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p.381). Uma das estratégias adotadas com esta finalidade é a da educação permanente em saúde (EPS), entendida como

processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais. (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 381).

Na perspectiva da formação de profissionais de saúde, o conceito de integralidade da atenção à saúde articula-se com o de EPS, visto que ambos assumem como fundamental possibilitar espaços de discussão, análise e reflexão no cotidiano do trabalho das equipes, propondo o repensar contínuo das práticas e o incentivo de produção de conhecimentos nos serviços. O termo *educação permanente* é usado em outras áreas do conhecimento para referir a necessidade de aprender ao longo da vida, baseado nas prerrogativas de que

o conhecimento que adquirem é eminentemente descartável, bom apenas até segunda ordem e só temporariamente útil, e que a garantia do sucesso é não descuidar do momento em que o conhecimento adquirido não tem mais utilidade e precisa ser jogado fora, esquecido e substituído. (BAUMAN, 2007a, p. 154).

Apesar do pessimismo com que Bauman se refere a essa questão, a contribuição que nos traz segue outro caminho, afirmando que “precisamos da educação ao longo da vida para termos escolhas. Mas precisamos dela ainda mais para preservar as condições que tornam essa escolha possível e a colocam ao nosso alcance”. A justificativa usada pelo autor para esta afirmativa “não se refere a adaptar as habilidades humanas ao ritmo acelerado da mudança mundial”, como tem sido

salientado. Mas há outra razão, menos discutida, embora mais poderosa, que justifica a educação permanente e se move em defesa da democracia, que implica “tornar esse mundo em rápida mudança mais hospitaleiro para a humanidade” (BAUMAN, 2007a, p. 164-167).

A presença contínua de residentes em formação, no âmbito dos serviços, pode provocar nas equipes outro modo de operar, trazendo questionamentos, propondo inovações, desacomodando o instituído. Dessa maneira, a EPS aproxima-se do que Bauman (2007a) acena como a possibilidade de termos e fazermos escolhas, ampliando o escopo de direitos de cada cidadão, evitando que a ignorância política se perpetue, colocando em risco a democracia. Uma das profissionais de saúde²¹ entrevistadas reconhece a possibilidade de *termos e fazermos escolhas*, ao mencionar que a experiência da residência nas unidades de saúde gera motivação, deslocamentos, reflexões e aprendizagem:

Profissional de saúde - Quando tu pensas que estás cansada de uma coisa, sempre tem uma meta. Tu tens que buscar as coisas pra ti, tu não tens que ficar ali brigando. Sempre comento que eu estou no Murialdo porque quero. As pessoas não me obrigam a ficar aqui, eu acho assim que dá pra ti fazer um bom trabalho aqui, mas eu vejo algumas pessoas degradando muito o trabalho, o serviço. Claro que eu sei que as coisas estão arcaicas e velhas, mas existe sempre o novo do aprendizado, das coisas novas que tu estás repensando no encontro com as outras pessoas. Isso aí faz a diferença, faz diferença na vida da enfermagem. Tu encontras pessoas novas, as pessoas vêm com outras ideias, às vezes estão frustrados, mas outras vezes vêm com gás pra aprender, pra dividir contigo, te escutar. Assim acabas aprendendo também. Eu acho interessante.

[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

Os baixos impactos e os altos custos nas capacitações em saúde fizeram com que a proposta de EPS fosse incorporada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na década de 90. A adoção desta proposta metodológica estava centrada no reconhecimento do potencial educativo dos espaços de trabalho e na indissociabilidade entre gestão do trabalho e gestão do conhecimento em instituições comprometidas com a qualidade do cuidado (ELIANA CLÁUDIA DE O. RIBEIRO, 2004).

²¹ O emprego no texto da expressão *profissional de saúde* significa que a entrevista foi realizada com os/as profissionais com graduação em uma das seguintes áreas: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Psicologia ou Serviço Social. Quando referir-se a *técnico/a de saúde*, estão incluídos os/as auxiliares administrativos/as ou os/as auxiliares e técnicos/as de enfermagem.

O conceito de EPS foi incorporado como política no país pelo MS, em 2003, através de resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2003a). Em publicação elaborada por técnicos/as e gestores/as deste ministério, a educação permanente é colocada como “estratégia de transformação das práticas de formação, da atenção, da gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor da saúde” (BRASIL, 2005b, p. 11). A possibilidade de transformação das práticas decorre da reflexão de trabalhadores/as e estudantes sobre o trabalho que realizam ou para o qual se preparam. A EPS baseia-se na aprendizagem significativa, isto é, quando aprender faz sentido para nós, porque responde aos problemas enfrentados no cotidiano das pessoas e das organizações e leva em conta “os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm”. Em 2007, algumas mudanças foram adotadas pelo MS através da Portaria GM/MS nº 1996, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de EPS, criando as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço em Saúde (CIES) e os Colegiados de Gestão Regional em Saúde (CGR/COGERE) e definindo suas atribuições (BRASIL, 2007b). As diretrizes e estratégias definidas nesta Portaria buscavam adequar esta política às diretrizes e ao regulamento do Pacto pela Saúde, iniciativa que lhes dá criação e sustentação (BRASIL, 2006b).

Conforme Ceccim (2004/2005), esta vertente pedagógica só adquiriu o estatuto de política pública na área da saúde em função da difusão da proposta pela OPAS, em reconhecimento à complexidade dos serviços de saúde e à necessidade de adesão de trabalhadores/as aos processos de mudança no cotidiano. Destaca que o aspecto central na Educação Permanente em Saúde é

sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação e mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (ibidem, p. 162).

Entre as propostas da RIS, mencionadas por Ceccim e Ferla (2007, p. 218), consta a articulação com “as diferentes estratégias de educação permanente dos

trabalhadores” dos serviços que se constituem “como locais credenciados de profissionalização, sendo cada área de especialidade denominada ênfase”. A *RIS: Atenção Básica em Saúde Coletiva*, desenvolvida no Murialdo, de que se ocupa esta tese, é uma das quatro ênfases que constituem o programa de residência apontado por estes autores.

Quando esta modalidade de formação iniciou na década de 70, outro contexto político e cultural predominava no país, e apenas alguns programas voltados para as realidades locais conseguiram manter-se, objetivando aumentar a cobertura dos serviços de saúde. Atualmente, 20 anos após a criação do SUS, uma das justificativas para a emergência da residência multiprofissional ampara-se no fato de que a maioria dos/as profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde tem uma formação na graduação voltada predominantemente para um modelo assistencialista-privatista (BRASIL, 2004c, DANIELA DALLEGRAVE, 2008, p. 43), inadequada, portanto, para as demandas do sistema de saúde. Os debates dos Seminários Regionais e Nacionais de Residência Multiprofissional, realizados com a finalidade de encaminhar propostas para a regulamentação das residências, enfatizaram a importância desta modalidade de pós-graduação como uma das estratégias potenciais para repensar o processo de formação em saúde.

O hiato entre a formação e o trabalho em saúde deve-se ao fato de que aproximações da formação profissional com as políticas de saúde somente começaram a estar presentes nos currículos dos cursos de graduação na área da saúde²² a partir da incorporação das diretrizes curriculares entre 2001 e 2004 (BRASIL, 2001a, 2001b, 2001c; BRASIL, 2002b). Nas diretrizes dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Odontologia, por exemplo, são explicitadas a centralidade do SUS e a importância dos egressos estarem aptos a trabalhar em equipe e atuar na direção de garantir a integralidade da atenção (ROSSONI; JADETE LAMPERT, 2003), mas isso não está presente, no entanto nas diretrizes dos cursos de Serviço Social (BRASIL, 2002 d). A presença destes aspectos nas diretrizes curriculares ainda assim não garante mudanças, requerendo, por parte do MS e do MEC, a implementação de incentivos

²² A Resolução n. 287/98 do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de outubro de 1998, define quais são as 14 profissões da área da saúde (BRASIL, 1998).

para que estas mudanças ocorram na graduação através do PET-Saúde e do Pró-Saúde. O PET-Saúde é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizando-se como instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos, respectivamente, aos profissionais e aos estudantes da área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008). O Pró-Saúde destinava-se, inicialmente, em 2005, aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, cujos egressos fazem parte da ESF (BRASIL, 2005c). A partir de 2007 foi estendido para os demais cursos da área da saúde, a fim de criar modelos de reorientação da formação profissional em saúde (BRASIL, 2007c).

A regulamentação nacional das residências multiprofissionais em saúde, através da Portaria Interministerial n. 45/ME/MS (BRASIL, 2007a), incluiu as definições pautadas durante todo o movimento histórico-social de legitimação e construção desta modalidade de formação nos eixos norteadores descritos no artigo 2º. Entre estas definições, destacavam-se a formação em equipe e a integralidade, conforme itens VII e XII, transcritos a seguir:

- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão em saúde;
- XII - integralidade que contemple todos os níveis de Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

Quando a Portaria Interministerial n. 45/ME/MS (BRASIL, 2007a) foi substituída pela Portaria Interministerial 1.077/ME/MS (BRASIL, 2009), estes itens foram mantidos. No entanto a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde foi alterada sem ter sido promovido espaço de discussão, o que acarretou surpresa e indignação nos diversos atores dos movimentos sociais ligados à residência.

Este movimento na formação em saúde, buscando aproximação com o SUS e com os serviços, traz no seu bojo tanto o reconhecimento dos aspectos relacionais entre profissional-usuário/a quanto entre profissionais. Com base nesta premissa, trago a seguir algumas reflexões sobre a necessidade da articulação da formação com o

trabalho em equipe para que a mesma possa potencializar a integralidade do cuidado em saúde.

1.1.3 A integralidade do cuidado, o trabalho em equipe e a formação em saúde: uma articulação necessária

Como ponto de partida para pensar a articulação entre integralidade, trabalho em equipe e formação em saúde, escolhi trazer para a cena os conceitos de saúde que circularam/circulam, disputam espaço e modulam os processos de formação e atenção à saúde. O conceito de saúde tem se modificado de acordo com o contexto histórico e cultural, sofrendo influência de outros campos de ação da vida humana. Em documento do MS (BRASIL, 2005b, p. 16), é colocado que saúde durante muito tempo foi entendida como ausência de doenças físicas e mentais. Na década de 1940, a Organização Mundial da Saúde passou a definir saúde como “completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”. Se estas definições tiveram sua importância histórica construída culturalmente, atualmente, saúde é vista de uma forma mais ampla, como “qualidade de vida”. Tal qualidade não depende apenas das questões biológicas, mas também do estilo de vida que levamos e das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, trabalhamos, nos relacionamos e pensamos em nosso futuro. Nesta perspectiva, para ter saúde é preciso ter acesso às ações e aos serviços de cuidado, tratamento e recuperação.

Dentre os conceitos de saúde, o que encontrei mais próximo ao referencial teórico usado nesta tese é o trabalhado por Marco Akerman e outros (2006), os quais dão ênfase

ao caráter de bem público da saúde, produzida socialmente na interação entre sujeitos que disputam por introduzir seus interesses e necessidades na agenda pública, o que decorre da correlação de forças, jogo que se estabelece em arenas decisórias, mediadas por contextos sócio-políticos e condições materiais específicas. Dessa forma, a produção de saúde decorre de determinadas condições sócio-históricas, do jogo de interesses entre sujeitos que disputam recursos que podem ou não ser distribuídos de forma equitativa para a reprodução da vida. (AKERMAN et al., 2006, p. 129).

Os serviços de saúde e os modos de organização da atenção fazem parte deste jogo, e suas respostas às necessidades de saúde da população resultam dos interesses de diversos/as atores/atrizes (produtores de serviço, Estado, trabalhadores/as e população). Assim, a concepção de saúde e a composição de sistemas e organização de serviços hegemônicos em determinado contexto são determinadas pelo jogo de interesses e pela correlação de forças em determinada sociedade (ibidem, 2006).

Segundo José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (2005), há movimentos que buscam ampliar concepções e abordagens do processo saúde-doença – como a humanização e a integralidade – e construir outro horizonte normativo constituído pelo cuidado em saúde e pela prioridade de interesses/necessidades de saúde de usuários/as dos serviços. Os valores compartilhados na cultura institucional e a racionalidade presente no projeto institucional têm papel importante na configuração da dinâmica do serviço, no modo como as equipes se articulam para o trabalho em saúde.

O conceito de cuidado, nessa dimensão, deve ser pactuado como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para o respeito às diferenças e ao acolhimento, e atendimento do ser humano em seu sofrimento, muitas vezes fruto de sua fragilidade social. É resultado positivo de interações entre usuários/as, profissionais e instituições que “são traduzidas em atitudes, tais como tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (PINHEIRO; FERLA; SILVA JUNIOR, 2004, p. 276). Portanto, a integralidade do cuidado tem conotação plural e é resultado do “embate de muitas vozes sociais que, quando eficazes, podem produzir efeitos de polifonia – ou seja, quando essas vozes se deixam escutar” (ibidem, p. 276). Estudos mostram que “as práticas de integralidade são tão variáveis quanto as realidades dos locais onde se realizam os serviços” e “se transformam incessantemente” (CRISTIANA BONALDI et al., 2007, p. 53). Essas práticas emergem a partir de movimentos de luta de usuários/as, trabalhadores/as e gestores/as e sofrem influência das limitações de financiamento, do que é planejado e programado em cada esfera de governo, das realidades dos serviços oferecidos à população. Portanto a integralidade se expressa em práticas produzidas por relações entre diversos/as atores/atrizes nos diferentes

serviços. Nesse sentido, Bonaldi e outros (idem) reiteram e ampliam o que foi dito, anteriormente, por Akerman e outros (2006):

O que se entende por saúde, o que se deseja em relação a ela, as necessidades de saúde, o que se espera dos serviços e a concepção de integralidade, tudo é construído nessas negociações constantes. Para entender a demanda em saúde e a produção de práticas de integralidade, é fundamental entender como as relações são travadas nos diversos serviços. (BONALDI et al., 2007, p. 54).

Mudar os rumos da organização do processo de trabalho e tornar o cuidado em saúde possível, por exemplo, significa estar com outro/a, trabalhar com outros/as. A integralidade, assim, está atrelada à condição do trabalhar, à integração no processo de trabalho para tornar o cuidado possível. Maria Elizabeth B. de Barros e Regina Benevides de Barros (2007, p. 76) contribuem com esta reflexão:

É na situação de trabalho que podemos apreender sua dimensão coletiva. E por quê? Porque nela os trabalhadores põem em jogo não apenas o que está prescrito para a execução de uma tarefa, seu conhecimento tácito e já codificado, mas outros recursos que possam lhes ser úteis para lidar com o que é imprevisto [...].

Nas situações de trabalho, além das tarefas prescritas, o/a trabalhador/a depara-se também com a falha, com os impasses, com as interrogações e com aquilo que não estava previsto, o que lhe exige criação. Isso não é diferente nas condições de trabalho na atenção básica, em que a variabilidade de situações ultrapassa formas dadas e exige sua gestão e a criação de outros modos de operar com as múltiplas realidades que se desenham no cotidiano dos serviços. Como colocam Barros e Barros (2007), o singular e o coletivo entrelaçam-se na perspectiva do fazer em saúde, pois a experiência do trabalhar é mobilizada pelo que o/a trabalhador/a “experimenta como dele e não dele ao mesmo tempo”, que é inseparável e indissociável de pensar, decidir, combinar, fazer e avaliar. Para essas autoras, ainda há uma inseparabilidade entre o trabalho em situação e os processos de formação em situação de trabalho, pois ambos constituem-se em um “fazer com o outro, ao lado do outro” (ibidem, p. 77).

Entendendo que a “formação em situação de trabalho” é um processo situado e contingenciado por condições e meios do processo de trabalho e do modo como o/a

trabalhador/a vive este trabalho, concordo com Barros e Barros (2007) que uma proposta de formação deve levar em conta as especificidades de saberes e configurações locais. Isso não significa desprezar as prescrições, mas entendê-las como parte da “história-criação dos trabalhadores, de seus modos de lidar com os meios e processos de produção” (ibidem, p. 78). Sendo assim, um processo de “formação em situação de trabalho”, como é o caso dos programas de residência, não deve se limitar à execução atemporal de atividades. Esse processo produz-se e transforma-se no engendramento das relações com outros/as nas situações de trabalho (gestores/as, trabalhadores/as, usuários/as). “A formação em situação, tal como o trabalho situado, nos convoca a habitar este plano de experimentação, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam” (ibidem, p. 79). Meu deslocamento para os contextos em que ocorre a formação de residentes na atenção básica buscou conhecer o modo como se operam os processos formativos para além do que está prescrito no currículo. Percebi que isso somente seria possível se me lançasse no campo das experiências efetivadas nos ambientes de trabalho, imersa na complexidade dos processos cotidianos das práticas de saúde de trabalhadores/as e residentes.

Ao discutir a relação entre formação e integralidade, Ana Lucia C. Heckert e Cláudia Abbês B. Neves (2007) salientam a importância de que os modos de fazer a atenção e a gestão nos serviços de saúde devem ser contemplados na construção de processos de formação que busquem a concretização do SUS e de seu princípio da integralidade. Ressaltam que está implicada nisso a construção de redes que potencializem processos de mudança e que problematizem os modos de cuidar e gerir instituídos.

O trabalho em saúde, organizado de maneira fragmentada e verticalizada e conduzido sob a hegemonia do saber biomédico, tem tido impacto sobre o agir em equipe de saúde e sobre o lidar com as singularidades na atenção e no cuidado. Esses aspectos podem modelar a forma como as equipes de saúde se organizam e fizeram com que, a partir de seu trabalho de tese, Marina Peduzzi (1998) cunhasse uma tipologia que se referisse a duas modalidades de trabalho em equipe: a “equipe integração”, em que os profissionais buscam a articulação das ações e a interação dos

agentes, intimamente ligada à proposta da integralidade; e a “equipe agrupamento”, que se caracteriza pela fragmentação de fazeres, pela justaposição das ações e pelo agrupamento dos agentes. Por ora, frente às mudanças e aos tensionamentos que atravessam a constituição das equipes de saúde, em tempos de provisoriedade, é possível pensar em *modelos híbridos* de constituição dessas equipes, marcados por ritmos, limites e individualidades presentes em cada lugar e pelos acontecimentos que afetam as pessoas nas relações de trabalho.

Os processos formativos na área da saúde, tanto graduação como pós-graduação, incluem em suas competências a preparação para o trabalho em equipe. Na perspectiva de que o objetivo primeiro do trabalho em saúde é o cuidado, Fabrícia da Silva Barros e Roseni Pinheiro (2007, p. 117-119), a partir das considerações de Zarafian (1998) sobre o significado de competência, incluem a responsabilização, o desenvolvimento de uma inteligência prática capaz de encontrar soluções para o inusitado e a capacidade de mobilizar uma rede de atores/atrizes para as mesmas situações de trabalho como elementos importantes dos processos formativos. As autoras apontam que a lógica da competência, ao

ênfase a necessidade de uma comunicação intensa, que dê conta do controle do aleatório, confere à ação pessoal de cada profissional um caráter interdependente das atividades profissionais, combatendo “especialismos”. Isto porque não toma as potencialidades a priori, mas admite, também, a aprendizagem da competência, por meio da cooperação no trabalho e dos procedimentos de entendimento recíproco. (BARROS; PINHEIRO, 2007, p. 119).

O reconhecimento da relevância do trabalho em equipe, no âmbito da competência para o cuidado, como uma dimensão da integralidade, convida os/as trabalhadores/as de saúde “não somente para dar respostas aos problemas de saúde da população, mas para se disponibilizarem à troca com outros profissionais da equipe e com os usuários dos serviços” (ibidem, p. 126). A inclusão da competência para o trabalho em equipe nos processos formativos explica-se não só por motivar o compromisso com o processo de trabalho, mas também com as vidas humanas.

1.2 Fazendo escolhas teóricas

Escolher um tema muito trabalhado, com consensos e conflitos explicitados, é um grande desafio. Apesar da existência de inúmeros trabalhos (teses, dissertações e artigos) sobre o tema da residência multiprofissional em saúde, considero produtivo analisar como os processos de formação em serviço na ABS funcionam e acontecem no programa de residência desenvolvido no Murialdo – elaborado com base nos princípios e nas necessidades do SUS –, considerando seu caráter contingente e construído social e historicamente. Trata-se de aceitar a proposta de Alfredo Veiga-Neto (2005, p. 12) de que o importante é “tentarmos encontrar algumas respostas para a famosa questão nietzschiana – que estão (os outros) e estamos (nós) fazendo de nós mesmos?”. A partir daí, cria-se a possibilidade de nos lançarmos a novas perguntas e “ensaiarmos alternativas para que elas venham a funcionar e acontecer de outras maneiras” (ibidem, 2005, p. 22).

No transcorrer do trabalho, percebi que aquelas *condições ideais* para se definir o lugar de investigação, os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos participantes não podem e muito menos devem ser rígidas, devido aos inúmeros contextos provisórios em que as equipes de saúde das UBS estão inseridas. Busquei então leituras que me auxiliassem a entender o que estava encontrando em campo. O acesso aos livros de Bauman, sociólogo polonês que trata da “modernidade líquida”, possibilitou conexões entre as questões surgidas no trabalho de campo e as reflexões teóricas deste autor, que conceitua modernidade líquida como

era líquido-moderna [...] não estabelece objetivos, nem traça uma linha terminal. Mais precisamente, só atribui a qualidade da permanência ao estado da transitoriedade. O tempo *flui* – não “marcha” mais. Há mudança, sempre mudança, nova mudança, mas sem destino, sem ponto de chegada e sem a previsão de uma missão cumprida. Cada momento vivido está prenhe de um novo começo e de um novo final. (BAUMAN, 2007a, p. 88).

Essa e outras leituras fizeram com que eu retornasse as referências utilizadas inicialmente no projeto e me ajudaram a reconstruir algumas prerrogativas do percurso que tinha pensado, no princípio, para o desenvolvimento desta investigação. Entre elas está o fato de refletir sobre os contextos em que as equipes atuam e sobre quais

fatores influenciam sua organização no cotidiano dos serviços de saúde, possibilitando que se constituam como *equipe integração*, *equipe agrupamento* ou em *modelos híbridos* e que, de algum modo, marcam a formação de residentes. Menciono isso porque, quando se discute esse tema, verifica-se que os serviços de atenção primária à saúde ou foram deixados para trás nas observações ou a análise dos dados produzidos considera o cenário da atenção básica como inadequado e/ou apresentando inúmeras dificuldades cotidianas para desenvolver o trabalho em equipe (PEDUZZI, 1998; MARIA CECILIA P. DE ALMEIDA; SILVANA MARTINS MISHIMA, 2001; IÊDA Z. DE QUEIROZ SILVA; LENI A. BONFIM TRAD, 2005). Uma das constatações desses estudos é a alta rotatividade de profissionais pela qual as equipes de saúde da família/atenção básica passam no país, resultante de precarização, baixa remuneração, ausência de planos de carreira e de programas de educação permanente nos serviços. A volatilidade de trabalhadores/as nas equipes fez com que Peduzzi (1998) analisasse o trabalho desenvolvido em serviços públicos de unidade de terapia intensiva hospitalar e de um ambulatório de saúde mental e excluísse as equipes das UBS de sua investigação de doutorado, devido às trocas de profissionais que ocorreram durante o trabalho de campo. Mesmo deparando-me com situações similares neste estudo, minha opção foi manter as observações dos locais de trabalho²³, visto que estas UBS eram campo de formação da RIS.

Segundo Bauman (2001, p. 15), “modernidade líquida” significa muitas coisas, e um dos marcadores que se impõe para aferi-la, “talvez como ‘a diferença que faz a diferença’, como o atributo que todas as demais características seguem [...], é a relação cambiante entre espaço e tempo”. Fazendo uma relação do espaço e do tempo na pré-modernidade e na modernidade, este autor aponta (ibidem, p. 15):

A modernidade começa quando o espaço e o tempo são separados da prática da vida e entre si, e assim podem ser teorizados como categorias distintas e mutuamente independentes da estratégia e da ação; quando deixam de ser, como eram ao longo dos séculos pré-modernos, aspectos entrelaçados e dificilmente distinguíveis da experiência vivida, presos numa estável e aparentemente invulnerável correspondência biunívoca.

²³ O percurso do trabalho de campo é apresentado no capítulo 2, na segunda parte da tese.

Na modernidade, o tempo adquire história, devido à “velocidade do movimento através do espaço”, a mercê da inventividade e das resoluções humanas. A principal metáfora usada pelo autor para caracterizar o estágio presente da era moderna é a da fluidez – qualidade de líquidos e gases de mudar de forma com facilidade e contornar obstáculos. “Os fluidos por assim dizer não fixam o espaço nem prendem o tempo”, portanto estão prontos a mudar de forma a qualquer momento. Para eles importante é o tempo e não o espaço, que será ocupado por um breve momento (ibidem, p. 8). Como os fluidos mudam de forma e se movem rapidamente, tendemos a vê-los como mais leves. Mas a modernidade não foi assim desde o começo. Na sua fase sólida, conforme a frase “derreter os sólidos” dos autores do Manifesto Comunista²⁴, predominava a ideia de substituir o conjunto herdado de sólidos deficientes e defeituosos por novos e aperfeiçoados sólidos. Como afirma Bauman:

Os tempos modernos encontraram os sólidos pré-modernos em estado avançado de desintegração; e um dos motivos mais fortes por trás da urgência em derretê-los era o desejo de, por uma vez descobrir ou inventar sólidos de solidez duradoura, solidez em que se pudesse confiar e que tornaria o mundo previsível e, portanto, administrável. (BAUMAN, 2001, p. 10).

O autor demonstra sua preocupação de que nesse movimento de “derreter os sólidos” foram engolfadas todas as coisas que pudessem impedir os movimentos e restringir as iniciativas, como as lealdades tradicionais, os direitos e as obrigações éticas, além dos deveres com a família e com o lar. Isso fez com que a complexa rede de relações sociais ficasse totalmente desprotegida e exposta à racionalidade dos negócios. Assim ficou aberto o campo para que a economia ditasse uma nova ordem que passou a dominar a vida humana. Nesta nova ordem, “por mais livres e voláteis que sejam os subsistemas [...], isoladamente ou em conjunto, o modo como são entretidos é rígido, fatal e desprovido de qualquer liberdade de escolha” (ibidem, p. 11).

²⁴ Quando Karl Marx e Friedrich Engels mencionaram “derreter os sólidos”, no Manifesto Comunista de 1848, com o intuito de sugerir um curso de ação para uma revolução socialista através da tomada de poder pelos proletários, não imaginaram que esta metáfora serviria para outras interpretações. Bauman (2001, p. 13) considera o que está acontecendo, atualmente, como uma redistribuição e realocação dos poderes de derretimento da modernidade. Os padrões de dependência e interação são liquefeitos de uma forma que as gerações passadas não poderiam imaginar, mas como todos os fluidos não mantêm a forma por muito tempo.

Os primeiros contatos com as equipes propiciaram de imediato o reconhecimento de que, face às condições de volatilidade encontradas nas UBS, a relação cambiante entre “espaço-tempo” deveria/poderia ser considerada na observação desses contextos. Faço, portanto, uso do termo “espaço-tempo” para designar os contextos observados, para marcá-los como lugares processuais, mutáveis, dinâmicos e constituídos historicamente (ibidem, p. 107-149). A instantaneidade do tempo modificou o convívio humano e a maneira como as pessoas cuidam, ou não, de seus afazeres coletivos e tratam, ou não, das questões coletivas. Coloca-se como um desafio, para quem trabalha com a formação em serviços de saúde, entender que os contextos nos quais ela ocorre exigem processos educativos que preparem residentes para enfrentar a liquidez da modernidade e todos os possíveis mal-estares suscitados por ela.

A produção na área de saúde coletiva tem discutido, incessantemente, as mudanças que são requeridas na formação de profissionais de saúde. Explicitam-se críticas à forma como a assistência vem sendo oferecida à população e ao modo como se destinam e se usam os recursos financeiros para a área da saúde. Salieta-se, na perspectiva da organização dos serviços, que o acolhimento e a humanização do cuidado devem ser assimilados e incorporados no fazer em saúde, como uma maneira de refutar a lógica economicista. Entendo acolhimento, a partir de Camargo Junior (2006), como postura e técnica que cada profissional e/ou equipe adota para receber, escutar e tratar usuários/as e suas demandas. O acolhimento, como organização do serviço, nos fala do olhar institucional. Inspirada em Ceccim e Capozzolo (2004), considero humanização como readequação das práticas com centralidade no/a usuário/a, buscando unidade entre técnica e afetividade. Acreditando no valor de tais propostas de investimento no cuidado em saúde, penso que seria importante tratar esses temas na perspectiva da provisoriedade, da incerteza e da insegurança que caracterizam a “modernidade líquida”. Parece oportuno, portanto, pensar como essas condições constituem as equipes de serviços de atenção básica e moldam jeitos de ser e formar profissionais de saúde. Com base nessas observações, meu objeto de pesquisa desdobra-se nas seguintes questões:

Como é feita (se faz) a formação de profissionais de saúde, em tempos líquidos, principalmente com o olhar na integralidade da atenção à saúde?

Como o poder exercido pelas corporações profissionais incide nos processos de formação em serviço?

Se vivemos em tempos de “modernidade líquida” (BAUMAN, 2001), em que se vive e respira incertezas, flexibilidade, medo e provisoriedade, deveríamos nos perguntar: Como o processo de trabalho em equipe se dobra e/ou resiste a essas condições? Como se formam profissionais de saúde para o trabalho em equipe em condições líquido-modernas?

Pode ser difícil desnaturalizar o cotidiano, quando tudo é tão rápido e imediato, mas mais difícil ainda é ver de muitos modos aquilo que nos acostumamos a olhar e a pensar de uma única forma. Traduzo assim algumas das ansiedades – sobre as quais pretendo me debruçar – que me acompanharam no transcorrer deste trabalho e que me auxiliaram na construção das questões de pesquisa.

Considerando as condições existentes para o trabalho em equipe na atenção básica à saúde em UBS do Murialdo, esta tese analisa **os processos de formação multiprofissional em serviço, as relações de poder articuladas ao saber que constituem/atravessam essa formação e alguns dos desafios que são colocados às instâncias formadoras**, a partir de uma investigação qualitativa de inspiração etnográfica.

O trabalho de campo nas UBS foi desenvolvido no período de março de 2007 a abril de 2008. O material empírico foi produzido a partir da análise de documentos pedagógicos e administrativos institucionais, da legislação pertinente à regulamentação dos programas de residência e relatórios de residentes²⁵, da observação direta das equipes nos ambientes de trabalho e de entrevistas com o corpo técnico-docente que organiza essa formação.

Esta tese encontra-se permeada pelas decisões macropolíticas que estão ocorrendo em torno da regulamentação nacional das residências uni e multiprofissionais, dos movimentos das corporações profissionais, do processo de municipalização das UBS do Murialdo e de outras políticas de educação e saúde. Afora

²⁵ Os relatórios de residentes tem como finalidade acompanhar cada trimestre do curso e, mesmo que produzidos para fins de avaliação de seus desempenhos, veiculam reflexões e perspectivas a respeito da formação. Uma cópia do relatório fica arquivada na secretaria acadêmica da instituição e outra cópia é utilizada pela equipe para avaliação do/a residente. O uso dos mesmos e de outros documentos institucionais foram autorizados pela direção da instituição.

isso, também está impregnada das preocupações de quem desenvolveu o trabalho de campo no cotidiano de mudanças e provisórias micropolíticas das UBS, onde ocorre grande parte da formação em serviço dos/as residentes. Nesses locais, existem múltiplas possibilidades de aprendizado, como procurarei apresentar ao longo do texto, mas também os/as profissionais e residentes que ali atuam estão rodeados por inúmeros fatores limitantes e fragilidades que permeiam e constituem a organização do processo de trabalho. O precário investimento estadual na infraestrutura das UBS, a necessidade de qualificação e investimento nos/as trabalhadores/as de saúde e o estigma da municipalização da atenção à saúde são alguns desses fatores. Não pude deixar de lado as vivências que tive como participante do movimento pela legitimação dos programas de residência multiprofissional, no cenário local e nacional, pois de alguma maneira estaria omitindo fragmentos dessa história.

Este trabalho procura escutar as múltiplas vozes de profissionais, técnicos/as de saúde e residentes, mapear os discursos que as constituem e relatar as condições históricas e práticas de possibilidade que configuram este “espaço-tempo” de formação e assistência – o qual, como tudo que é contingente, está submetido à mudança e à possibilidade da transformação. Reconheço que “o poder das evidências não seja tão absoluto, talvez seja possível ver de outro modo” (LARROSA, 1999, p. 83), mas este foi o recorte interessado que me foi possível fazer deste lugar, que não é neutro. Assumo que, como pesquisadora, estou marcada pelas posições de sujeito que ocupei e ocupo na instituição, entre elas ter coordenado o ensino e a pesquisa na instituição de 2004 a 2007 e, durante a escrita da tese, estar coordenando o programa de residência multiprofissional.

No desenvolvimento da pesquisa e desta escrita, estimulada por muitas leituras, fiz a tentativa de escrever e analisar de outro modo, de conduzir-me de outra maneira, enfim de desprender-me de mim mesma, como sugere a leitura de Michel Foucault (1998). Foi um esforço constante, apesar dos muitos escorregões, mas vejo neste final provisório que é possível “viver-se de outro modo”, “ser outro”, fazer diferente e fazer a diferença, de forma a promover outras formas de subjetividade. Para isso, busquei aporte nos Estudos Culturais (EC), em aproximação com a etnografia pós-moderna, pois tomam como objeto qualquer artefato que possa ser considerado cultural.

Os Estudos Culturais concebem a cultura como campo de produção de significados, no qual os diferentes grupos sociais situados em posições diferenciadas de poder lutam pela imposição de seus significados à sociedade (RICHARD JOHNSON, 2006, p. 51). Os EC utilizam o trabalho de campo etnográfico, a entrevista, a análise de texto e de discurso e os métodos históricos tradicionais de pesquisa para investigar uma ampla variedade de questões (NORMA SCHULMAN, 2006, p. 180). A palavra cultura, nos EC contemporâneos, é

imaginada em conexão direta com o trabalho e sua organização, com as relações de poder e de gênero no local de trabalho, no lar, no bairro, na rua; com os prazeres e as pressões de consumo; com as complexas relações de classe e de parentesco através dos quais forma-se uma noção do eu e do pertencimento; e com as fantasias e os desejos por meio dos quais as relações sociais são desenvolvidas e ativamente influenciadas. (JOHN FROW; MEAGHAN MORRIS, 2006, p. 316).

Dessa forma, os EC propiciam o reconhecimento de que as culturas são processos que tanto unem quanto separam, ressaltam a diversidade e a contestação presente na definição dos grupos sociais e questionam a noção totalizadora de cultura que, ingenuamente, pressupõe encontrarmos coerência nos processos culturais de uma sociedade ou comunidade (FROW; MORRIS, 2006, p. 317). Os EC propõem uma “descolonização do conceito de cultura”, não mais entendida como a perfeição e o ápice de uma civilização e o que de melhor foi dito, pensado e construído na esfera da arte, da estética e dos valores morais criativos. Cultura é entendida como “material de nossas vidas cotidianas”, “como expressão das formas pelas quais as sociedades dão sentido e organizam suas experiências comuns”, expressas em ideias, atitudes, linguagens, práticas, instituições e relações de poder, através de uma série de produções e artefatos culturais (MARISA VORRABER COSTA, 2005, p. 109).

A incorporação da etnografia nos EC ocorreu a partir da década de 1980. A escolha em trabalhar com essa forma de investigação deve-se à minha preocupação com a “experiência vivida”, ao interesse pelos valores e sentidos vividos e aos modos pelos quais os atores sociais definem, por si mesmos, as condições em que vivem (ANA CAROLINA ESCOSTEGUY, 2006, p. 143).

Assumir a etnografia pós-moderna neste estudo implica ser um cidadão estudioso e, também, se necessário, um observador participante. Clifford Geertz (1989a, p. 14) recomenda investir em “descrições densas”, as quais propiciarão interpretações densas. O mesmo autor (2009, p. 29) chama a atenção que “o estudo interpretativo da cultura representa um esforço para aceitar a diversidade entre as várias maneiras que seres humanos têm de construir suas vidas no processo de vivê-las”. Yves Winkin (1998, p. 132) refere que a etnografia nos convoca a, no mínimo, três competências: *saber ver*, *saber estar com* e *saber escrever*. O pesquisador aponta inúmeras recomendações para a inserção no campo que facilitam o “saber ver”, entre elas que é “preferível começar por um campo cujos limites correspondam a um lugar público ou semipúblico”, “campos onde poderão ir e vir”, “lugares simples, comuns, porque eles vão revelar-se à análise como terrivelmente complexos” e “lugares facilmente acessíveis, contanto que vocês possam voltar ali quantas vezes quiserem”. Winkin também chama a atenção para a necessidade de construir mapas temporais, para o que acontece em cada turno, as flutuações em termos de uso, em tipos de públicos, mas também em sonoridade, em luz e em polifonia, pois “um lugar espacialmente definido é sempre um lugar temporalmente definido” (WINKIN, 1998, p. 133). Nesse sentido, o foco não é o lugar, mas o que acontece nele.

Quanto a “saber estar com” outros/as e consigo mesmo/a no campo, isso exige que o/a etnógrafo/a não faça apenas a observação da história. Ele/a precisa participar dela como “um parceiro e um repórter” dos sentimentos e das experiências “presentes nas vidas das pessoas” (ARTHUR VIDICH; STANFORD LYMAN, 2006, p. 73). O estudo etnográfico pós-moderno requer o abandono de valores, teorias, perspectivas e preconceitos estabelecidos e o entendimento de que os mesmos não são hegemônicos e norteadores, mas contingentes. A etnografia, nessa perspectiva, é um texto, um trabalho escrito e, como tal, não pode ser exigido que seja “um registro inalterado e não-filtrado da experiência imediata e um retrato da cultura do outro” (ibidem, p. 72).

É a partir deste referencial teórico que sigo a escrita da segunda parte desta tese, intitulada *Caminhos por onde andei*. No próximo capítulo, relato os deslocamentos e as intencionalidades que me moveram neste percurso. Descrevo também a forma como me inseri no campo, os cuidados com os aspectos éticos, as ferramentas

necessárias para o percurso, o que fui encontrando lá e que pode ajudar leitores e leitoras a entender como residentes e preceptores/as vivenciam os processos educativos no contexto dos serviços de atenção básica. Para isso, acompanhei atividades de residentes e trabalhadores/as e destes com usuários/as, as quais foram descritas no diário de campo. A leitura de documentos, relatórios de residentes, reportagens de jornais locais, atas de reuniões e da legislação auxiliou-me na observação, no relato e na descrição do contexto. A inserção no campo facilitou, posteriormente, a realização das entrevistas.

PARTE 2: CAMINHOS POR ONDE ANDEI

2 DESCER AO CAMPO E ESTRANHAR O FAMILIAR

Creio na pertinência do procedimento etnográfico. Os trabalhos que ele pode produzir estão longe de ser meras “monografias de aldeias” [...]. Ele permite apreender o social com todo o respeito que lhe é devido – e com todo o prazer que dele podemos retirar (WINKIN, 1998, p.145).

Quando iniciei o trabalho de campo da pesquisa que originou esta tese, em 2007, já haviam transcorrido 12 anos de vivências no local de estudo, como profissional de saúde, preceptora e coordenadora de ensino. Portanto foi um desafio inserir-me, enquanto pesquisadora, no “espaço-tempo” do trabalho cotidiano das UBS. Inicialmente, apresento alguns recortes do referencial teórico que me auxiliaram a enfrentar esse desafio e a construir os possíveis caminhos de “saber estar com”, “saber ver” e “saber escrever” (WINKIN, 1998, p. 132) sobre o que fui encontrando no campo. Tal referencial possibilitou-me escrever com um “olhar de dentro” (MARCO PAULO STIGGER, 2002, p. 177) sobre os processos de formação multiprofissional de residentes nesses lugares e com essas equipes, considerando o caráter temporal e circunstancial do campo descrito.

Desprender-se de si mesmo e permitir-se a outros olhares são aprendizagens importantes quando desejamos abandonar a firmeza do solo em que costumamos andar e pretendemos seguir novas trilhas. Rosa Montero (2004, p.191), no livro *A louca da casa*, cita um fragmento de Justo Navarro, o qual diz que “ser escritor é transformar-se num estranho, num estrangeiro: você tem que começar a traduzir a si mesmo [...] escrever é fazer-se passar por outro”. Este “olhar estrangeiro” é discutido, dentre outros, por Dagmar E. Estermann Meyer e Rosângela Soares (2005, p. 37), através das metáforas da “viagem” e do “cruzamento de fronteiras”.

A partir das ideias dessas autoras, acrescento minhas percepções para caracterizar o exercício que empreendi para realizar o trabalho de campo. Quem viaja tem a experiência de não se sentir em casa; de sentir-se, temporariamente, como o outro; de olhar de fora e de cruzar fronteiras. Viajar também implica deslocamentos, mudanças, misturas, des/re/encontros. É como se desafiar a outros passos de dança e,

nesse movimento, permitir-se conhecer fora dos limites das aprendizagens que, até então, nos constituíram. E é justamente o fato de ter feito esse exercício – ao qual Foucault (1998, p. 13) denominou “separar-se de si mesmo” – que me possibilitou “exercitar o estranhamento, a perplexidade e a descoberta diante do próprio saber-fazer” (MEYER; SOARES, 2005, p. 38).

Distanciar-se para *estranhar o familiar* foi um dos desafios que tive de enfrentar tanto ao *descer ao campo*²⁶ quanto neste momento da escrita. Se, por um lado, conhecer o lugar e as pessoas facilitou, por outro foi preciso romper com as fronteiras do meu próprio conhecimento. Entre os auxílios para tal afastamento posso citar o próprio desenho metodológico permeado pelos olhares de muitas leituras, o andar por outro caminho percorrendo os mesmos espaços, mas, também, a interlocução com a orientadora e com os colegas de curso e o deslocamento para escuta dos entrevistados numa outra posição.

Costa (2007, p. 91) salienta a importância de “professores e professoras, que se preocupam com a concretização de uma sociedade menos injusta e excludente, pensarem urgente e seriamente sobre a política cultural”. Transponho essa mesma preocupação para a formação de profissionais que exercitam o cuidado em saúde. Se lembrarmos da Constituição Federal de 1988, que fala da saúde enquanto direito e cidadania, então muitas mudanças ainda precisam ser feitas. A invenção das residências multiprofissionais inscreve-se como uma das estratégias possíveis para essa finalidade, quando abre espaço para o trabalho em equipe, para a integralidade da atenção e para a humanização do cuidado. A autora também salienta:

se não contarmos nossas histórias a partir do lugar em que nos encontramos, elas serão narradas desde outros lugares, aprisionando-nos em posições, territórios e significados que poderão comprometer amplamente nossas possibilidades de desconstruir os saberes que justificam o controle, a regulação e o governo das pessoas que não habitam espaços culturais hegemônicos. (COSTA, 2007, p. 92).

Entendo que, nessa perspectiva, esta tese trata de contar uma história desde uma posição que não é neutra e de um “espaço-tempo” cultural que não é hegemônico.

²⁶ Descer ao campo – termo emprestado de Winkin (1998) para designar o momento de ir da teoria à prática, isto é, ao trabalho de campo e que exigirá muitas idas e vindas entre teoria e prática.

Assumo que é uma estratégia na qual a “vontade de saber” não está desconectada da “vontade de poder”, como afirma Costa (ibidem, p. 92):

Pesquisar é uma atividade que corresponde a um desejo de produzir saber, conhecimentos, e quem conhece, governa. Conhecer não é descobrir algo que existe de uma determinada forma em um determinado lugar do real. Conhecer é descrever, nomear, relatar, desde uma posição que é temporal, espacial e hierárquica. O que chamamos de ‘realidade’ é o resultado desse processo. A realidade ou as ‘realidades’ são, assim construídas, produzidas na e pela linguagem. Isso não quer dizer que não existe um mundo fora da linguagem, mas sim que o acesso a este mundo se dá pela significação mediada pela linguagem. (COSTA, 2007, p. 104).

A partir das citações da autora e da noção foucaultiana de que “conhecer é governar”, foi possível refletir sobre as relações de poder que podem se estabelecer entre pesquisador/a e os/as participantes nas investigações qualitativas, pois

ao descrever sujeitos, objetos e práticas, [...] qualquer modalidade de pesquisa vai criando uma realidade que é uma forma de captura pela significação em que está implicado o poder: quem narra – grupos ou indivíduos – exerce o poder sobre o que é narrado. Mas exercer o poder não significa estar livre dele, pois o poder opera em várias direções, circula: quem narra também é narrado. (ibidem, p. 92).

Na pesquisa qualitativa, os aspectos éticos da investigação merecem atenção especial. Mesmo que alguns autores e algumas autoras considerem que “os métodos qualitativos são mais humanos e moralmente superiores aos quantitativos”, Denise Gastaldo e Patrícia Mckeever (2002, p. 475) alertam que isso não é garantia de inocuidade da pesquisa e, portanto, não isenta o/a pesquisador/a de qualquer responsabilidade sobre os efeitos do trabalho de campo e da sua escrita. Grande parte das investigações qualitativas desenvolve observações e entrevistas em diferentes contextos, nos quais as relações sociais são estudadas na vida cotidiana, exigindo que alguns cuidados sejam tomados para preservar os/as participantes da pesquisa. Como o trabalho de campo desta tese envolveu observações de atividades e reuniões de equipe nas UBS e a realização das entrevistas, fiz um esforço para que a exposição das falas das entrevistas e a descrição das observações registradas no diário de campo não façam com que os/as autores/as sejam facilmente reconhecidos/as. Mesmo com o cuidado de omitir nomes e profissões, isso não garante que as pessoas que

vivenciaram as situações descritas não identifiquem os/as participantes durante a leitura do texto.

O primeiro passo antes de adentrar ao campo foi negociar o acesso ao local através da exposição do projeto ao diretor da instituição que, após perguntar sobre onde ocorreria e quem seriam as pessoas entrevistadas, concordou com a execução do projeto. Após o aceite institucional para desenvolvimento do projeto e a submissão e aprovação do Comitê de Ética da ESP/RS (projeto n. 090/2006), foi preciso escolher, dentre as sete UBS, em quais seria desenvolvido o trabalho de campo.

Havia estipulado critérios para a inclusão das UBS, porém outros critérios tiveram que ser agregados. Nos primeiros contatos com as equipes, verifiquei que três delas não contavam com coordenação fixa, sendo as tarefas de coordenação divididas entre vários membros. Como isso poderia dificultar os acertos de participação nas atividades e a execução do trabalho de campo, optei por escolher as outras três equipes que tinham coordenação, excluindo também a que era administrada pelo H MV, de forma que ficassem as equipes vinculadas à gestão administrativa da direção do Murialdo. Nessas UBS, ocorre predominantemente a formação em serviço de residentes de primeiro ano (R1) e, parcialmente, a formação de residentes de segundo ano (R2).

No transcorrer do trabalho de campo, ocorreu a decisão, nas instâncias administrativas da residência, da retirada e transferência de residentes de uma das UBS em acompanhamento para outras unidades do Murialdo, devido a problemas na organização do processo de trabalho e à dificuldade de manutenção de profissionais vinculados à residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Isso fez com que eu continuasse as observações, já em andamento, apenas nas outras duas UBS, pois o foco deste estudo é a formação de residentes.

Entre os critérios inicialmente definidos para inclusão das equipes no estudo, foi considerada a diversidade de categorias profissionais que atuam na preceptorial do programa de residência multiprofissional e na assistência à saúde da população da área adscrita às UBS. A fim de atender esse critério, foram entrevistados/as profissionais de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia e as técnicas de enfermagem e administrativas (Apêndice B). Peduzzi

(1998), em sua tese de doutorado sobre o trabalho em equipe, apesar de não ter entrevistado os/as auxiliares de enfermagem, comenta a importância de incluí-los/as nas entrevistas, pois admite que

não é possível dissociar o trabalho dos profissionais universitários daquele das auxiliares de enfermagem, bem como, considerar o trabalho da enfermeira, que gerencia a assistência de enfermagem, sem considerar o trabalho das auxiliares que executam os cuidados diretos. (PEDUZZI, 1998, p. 120).

Seguindo essa ideia, incluí nas entrevistas, também, os/as técnicos/as administrativos/as, pois são eles/as que registram a produção de trabalhadores/as e residentes nas equipes, respondendo por uma série de fluxos nas atividades desenvolvidas nas UBS, como foi relatado em uma das entrevistas:

Pesquisadora - Tu poderias descrever um dia típico de serviço?

Técnica de saúde - Na chegada, verifico malote, às vezes tem pessoas que chegam me procurando para saber “Ah, ligaram porque tinha a consulta marcada e não encontram a referência”. Então eu vou pesquisar no livro, pesquisar onde está. A pessoa sai com resposta, não fica em dúvidas. Eu carimbo os exames do laboratório para onde vão. Às vezes, eles estão marcados, por exemplo, lá na Faculdade de Farmácia, aí querem trocar e eu vou e troco. O médico autoriza é claro e troco para outro lugar, que é onde eles preferem. Então eu tenho esse contato com o público. Eu examino prontuário, quando me pedem xerox, eu arquivo, mando o pedido de xerox para Unidade Central. Então, estou sempre nessa função administrativa, burocrática como chamam.

Pesquisadora - Tem algum mês em que trabalhas mais com uma coisa do que outra?

Técnica de saúde - Agora, por exemplo, dia 15, quando encerram as planilhas, eu pego todas elas de atendimento, enfermagem e médica e aquelas de visita domiciliar, junto todas e faço uma contagem dos atendimentos, para fazer o boletim de produtividade. Aquilo leva uns três a quatro dias pra fazer, às vezes eu até levo para casa, pois não dou conta aqui, porque sempre um me pergunta isso ou aquilo, então o tempo passa, as horas passam rápido, então precisa ficar concentrada ali, tem que estar contando, fazendo aqueles quadradinhos de contagem que é uma coisa que tinha que ser feita no computador, né. Numa folha de papel almaço, eu faço como que um gráfico e ali eu vou colocando as especialidades e a produtividade.

[Entrevista em 16 de abril de 2008].

Os/as funcionários/as da limpeza, como são terceirizados/as e sujeitos/as a uma rotatividade de vínculo definida pelas empresas que os/as contratam, não foram incluídos/as no estudo. Em princípio, considerei o mínimo de um ano de trabalho conjunto como critério de inclusão da equipe, fato que tive de rever e manter somente para as pessoas entrevistadas devido à alta rotatividade de profissionais. Também foi

considerada a disponibilidade de profissionais e técnicos/as participarem das entrevistas, preferencialmente quem compõe a equipe fixa e permanece atuando em uma UBS na maior parte de seus turnos de trabalho.

2.1 As singularidades do [trabalho de] campo

Neste subcaptítulo, apresento o campo, como me inseri e organizei “lá”, admitindo que outros caminhos seriam e são possíveis. As descrições e as interpretações que faço ao “estar aqui” só me foram possíveis por ter “estado ali”, no cotidiano das UBS (GEERTZ, 1989b, p. 14; ROBERTO CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996, p. 22-23), e resultaram de um movimento de “ida e volta” das teorizações ao campo (WINKIN, 1998, p. 134).

O trabalho de pesquisa com aporte nos Estudos Culturais, por possibilitar o uso de múltiplos procedimentos metodológicos, permitiu-me inúmeras combinações, encaixes e rearranjos até a costura desta colcha de retalhos. Isso não quer dizer que qualquer coisa serviu, pois a *bricolage* (NORMAN DENZIN; YVONNA LINCOLN, 2006, p.17-18), processo que permite a escolha de práticas de pesquisa a partir das questões do/a pesquisador/a e durante o andar da pesquisa, só foi possível a partir de muitas reflexões e do entendimento de que os “métodos devem servir aos objetivos da pesquisa” e não o inverso (LUÍS HENRIQUE SACCHI DOS SANTOS, 2005, p. 20). Como refere Ricardo Rodrigues Teixeira (2001, p. 50), muitas questões e reflexões surgem no “entre-choque com outros discursos, no diálogo com outros pontos de vista, nas conversas – reais e imaginárias – que mantemos com outros interlocutores”.

Minhas primeiras aproximações com as equipes ocorreram em dezembro de 2006, através de contato com as coordenações. A resposta não foi tão rápida como eu gostaria, mas tive que me acostumar à posição de pesquisadora e respeitar o “espaço-tempo” de cada equipe e de cada entrevistado/a.

A primeira coordenadora que se dispôs a me receber marcou minha participação na reunião de planejamento que foi realizada em uma sala da ESP/RS, no turno da manhã. A UBS, localizada próxima à escola, permaneceu fechada a fim de todos os

membros poderem participar. Acompanhei a reunião e, no intervalo, antes de apresentar o projeto de pesquisa, entreguei à coordenadora um documento síntese do projeto. A seguir, transcrevo trechos do diário de campo dessa primeira reunião que acompanhei:

Vários assuntos foram tratados, e as experiências das residentes de segundo ano em outros campos de formação foram compartilhadas com a equipe. As residentes de segundo ano de Serviço Social e Enfermagem contaram a experiência no campo de formação em gestão na Coordenação Estadual da Estratégia de Saúde da Família. Elas relataram a participação no Módulo Introdutório à Estratégia de Saúde da Família em que foram valorizadas pela experiência com territorialização, acolhimento e agenda programada vivenciadas na UBS. Também relataram que perceberam a dificuldade de trabalhar com indicadores de saúde como uma deficiência nas equipes, principalmente, após terem aprendido a trabalhar com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Combinaram, também, nesta reunião uma festa de encerramento de ano, externando a afetividade presente no grupo. Quando me deram a palavra para que expusesse o projeto, expliquei o objetivo e a metodologia da pesquisa e meu papel de pesquisadora com o qual eles/as teriam que se acostumar durante o período do trabalho de campo. Disse que precisaria da colaboração de todos/as para a produção do material empírico. [...] Durante a reunião percebi que algumas pessoas chegaram atrasadas e outras se retiraram no intervalo e não retornaram. Isso foi mencionado durante a reunião. Essa atitude foi possível observar em outras situações e inclusive foi comentado por membros da equipe como um exemplo inadequado para a formação dos/as residentes.

[Diário de Campo, UBS A – dezembro de 2006].

Os comentários de residentes e de trabalhadores/as durante essa e outras reuniões de equipe foram dando-me pistas do que poderia ser explorado no contexto do trabalho de campo, de como os ditos poderiam apontar fragilidades e potencialidades do processo formativo da residência.

Na outra UBS, fui, pessoalmente, contatar a coordenadora para agendar minha participação em uma reunião de equipe. Ela ficou um pouco surpresa quando me viu. Expliquei, então, o objetivo da pesquisa e a necessidade de começar o trabalho de campo e entreguei o documento síntese do projeto. Ela, em princípio, falou dos seus receios de exposição da equipe. Expliquei como seria o trabalho e garanti que os nomes das pessoas não seriam divulgados. Após várias perguntas, ela concordou com a execução da pesquisa e agendou minha participação em uma reunião de equipe.

Realizados os primeiros contatos e as aproximações com as equipes, em dezembro de 2006, estava ansiosa em começar o trabalho de campo e não havia me dado conta de que janeiro e fevereiro seriam meses de mudanças na instituição, devido à rotatividade de pessoas nas UBS. Afora o processo seletivo da residência que ocorria

nesse período, eram meses de férias de profissionais e técnicos/as, e a entrada de residentes de primeiro e terceiro ano ocorreria somente em fevereiro, acompanhada da saída dos/as que finalizaram o segundo e o terceiro ano. Outro fato a considerar é que 2007 foi um ano de transição política. A possibilidade de deslocamentos forçados que poderiam advir em função da troca de direção e da incerteza do amanhã era uma preocupação das pessoas nas equipes. Acabei inserindo-me rotineiramente nas UBS somente a partir de março de 2007, pois percebi que as férias, inclusive as minhas, iriam provocar uma descontinuidade no trabalho.

A troca de gestão na ESP/RS ocorreu rapidamente, e no Murialdo demorou um pouco mais. Apesar da permanência do secretário de saúde do governo anterior, não foram mantidos os mesmos diretores nas duas instituições. Em uma nova acomodação de forças, outras relações de poder se estabelecem, nisto que podemos chamar de dança das cadeiras das gestões federal, estadual e municipal, em que interesses diversos entram em jogo. Mas o acontecimento que marcou esse período de início do trabalho de campo foi, principalmente, a demissão de cinco médicos/as de família e comunidade no momento em que ocorria a entrada de outra turma de residentes no programa. A instituição mobilizou-se para reverter tal situação, pois inviabilizaria a continuidade do programa de residência médica e teria reflexos na residência multiprofissional. Felizmente, naquele momento, foi possível uma solução conjunta quanto à demissão desses/as profissionais, pelo menos provisoriamente, como discutirei posteriormente.

Durante as observações de campo realizadas nas UBS, acompanhei intensivamente as reuniões semanais das equipes e algumas reuniões de planejamento, realizadas bimensalmente. As reuniões semanais ocorriam nas duas UBS, sempre às segundas-feiras. Para melhor situar o leitor, denominarei uma das UBS de A e a outra de UBS B. Na UBS B, a reunião acontecia no início da manhã, com duração média de uma hora e, logo após, realizava-se o atendimento dos/as usuários/as. Na UBS A, a reunião ocorria no final da manhã, iniciando às 11 horas e finalizando ao meio-dia, após o atendimento dos/as usuários/as. Também acompanhei atividades de grupo, consultas e o *acolhimento*.

A seguir, descreverei cada UBS e como foram essas aproximações com as equipes, não com a finalidade de compará-las, mas situá-las enquanto “espaço-tempo” de formação e assistência. As duas UBS possuíam características singulares, mesmo situadas na mesma gerência distrital de saúde (Partenon/Lomba do Pinheiro²⁷), definidas pela composição da equipe de trabalho, pelas características da comunidade adscrita ao serviço, pela estrutura física e por recursos materiais e intersetoriais disponíveis na rede social dessa região. Ambas estavam localizadas em casas de alvenaria de dois pisos alugadas há menos de cinco anos dentro das áreas de abrangência das UBS. Já estiveram em outros locais das mesmas vilas, mas seus deslocamentos geográficos ao longo dos anos ocorreram por motivos diferentes que apresentarei a seguir.

2.1.1 Descrição da UBS A

A UBS A é uma das mais antigas da região, pois sua história confunde-se com a própria história do Murialdo. A área de abrangência da UBS corresponde ao berço da assistência social para a população da região há 50 anos. Segundo relatos orais de profissionais da instituição, a unidade tinha como sede o mesmo local onde ficava a direção do Murialdo. Quando foi construído outro prédio para a Unidade Central e para

²⁷ A Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro é constituída por sete bairros: cinco na região do Partenon e dois na região da Lomba do Pinheiro. A região do Partenon contava com 120.682 habitantes, e a da Lomba do Pinheiro com 58.031 habitantes, conforme o Censo de 2000. A região do Partenon tinha uma população mais madura (63% eram maiores de 22 anos), enquanto a da Lomba do Pinheiro era mais jovem (43,5% eram maiores de 22 anos). A ocupação desordenada e irregular nos morros e nas margens de arroios no Partenon tem sido constante. Observa-se um elevado número de desempregados e subempregados, alto índice de analfabetismo e semialfabetismo e alto índice de mulheres chefes de família nas áreas vulneráveis das duas regiões, o que remete a uma estreita relação com a mortalidade infantil. A mortalidade infantil por anomalias congênitas e doenças infecciosas destaca-se em relação à cidade, o que coloca em alerta a necessidade de qualificação da atenção ao pré-natal e aos cuidados do recém-nascido e da criança no seu primeiro ano de vida. Por outro lado, a mortalidade na infância (1-4 anos) por causas externas destaca-se em relação ao município, onde precárias condições socioeconômicas ampliam a predisposição de cuidadores às situações de injúrias (maus tratos, acidentes e negligência) contra as crianças. Os maiores índices de mortalidade por causas externas concentram-se na adolescência e no adulto jovem (destacando-se a Região do Partenon, em relação à cidade): acidentes de trânsito, homicídios e suicídios são as principais causas, já que este grupo humano apresenta-se como o de maior vulnerabilidade para o uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas. As doenças do aparelho circulatório, neoplasias e as doenças do aparelho respiratório são as três principais causas de mortalidade geral em Porto Alegre, bem como nas Regiões do Partenon e da Lomba do Pinheiro (PORTO ALEGRE. Relatório da IV Conferência Municipal de Saúde, 2006).

a direção do Murialdo, na década de 1990, a equipe permaneceu no prédio, que estava bastante sucateado. No decorrer do ano de 1996, após um sinistro no imóvel, a equipe foi deslocada para a Unidade Central, onde permaneceu até 1998. Após procura de uma nova sede, a equipe estabeleceu-se em uma casa de alvenaria e madeira, alugada, mais próxima à Avenida Bento Gonçalves. As condições de higiene e estrutura da casa fizeram com que a equipe se mobilizasse, solicitando realocação e suspensão do contrato de aluguel. A UBS foi, então, deslocada para outra casa alugada, em 2004, onde permanecia até 2009.

Um dos documentos disponibilizados pela equipe e confeccionado para o acolhimento dos/as residentes, no início de 2007, apontava e nomeava que a equipe era composta por 22 pessoas, contando coordenadora, profissionais de saúde, técnicas de enfermagem e administrativa, auxiliares de serviço geral e vigilante. No entanto a maioria dos/as profissionais de saúde não permanecia mais do que dois turnos vinculada à equipe, pois dividiam seu tempo de trabalho com outras equipes. Nesse documento, eram nomeadas também as residentes de segundo ano, em número de sete, sendo duas delas oriundas da UBS em que havia sido interrompida a residência. Ao final da página, existiam lacunas para serem preenchidas com o nome de residentes de primeiro ano por profissão e também para a inserção de nomes dos/as estagiários/as de graduação de Nutrição e Medicina, que ingressariam em fevereiro e março daquele ano.

Em outra página do mesmo documento, um mapa mostrava que a área adscrita à UBS era dividida nos setores A, B e C para o planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas. Essas ações estavam descritas em uma grade semanal por turno, na página seguinte.

A escala dos profissionais por turno também estava disponível neste documento, que procurava situar os novos residentes no funcionamento da UBS. A seguir, estavam descritos os grupos de educação e saúde, em relação a objetivo, histórico, forma de ingresso, metodologia, quem coordenava e quem supervisionava. Cinco grupos eram citados: Apoio Emocional, Pré-Crescer, Hipertensos e Diabéticos, Caminhada e Consultas Coletivas do Pré-Nenê. As características das atividades em uma escola de ensino fundamental e em uma creche eram citadas, inclusive fazendo referência à troca

de uma para outra creche, sem explicitar os motivos. Além dessas atividades, as características de outras, nomeadas no documento e que fazem parte da formação dos/as residentes, eram apresentadas, entre elas: acolhimento, visitas domiciliares, acompanhamento de pacientes acamados, programas de saúde (Prá-Nenê, Pré-Natal, Planejamento Familiar), reuniões de equipe e estudos de caso. Ainda constavam no documento as fichas de registro e produtividade que acompanham tais atividades e a combinação dos fluxos para cada uma.

Pressuponho que o documento – formulado artesanalmente pela equipe – buscava auxiliar e familiarizar os/as residentes recém-ingressos/as no Programa de Residência com as rotinas e as responsabilidades da equipe da UBS para com os/as usuários/as do serviço. No decorrer dos dois anos de formação da residência, essas responsabilidades também são deles/as.

Quanto à área de abrangência da UBS, cada setor era subdividido em quatro e, segundo informações da equipe, apresentavam-se diversas realidades dentro de uma mesma área. Uma das residentes de primeiro ano desta equipe relata como foi sua apropriação do território, no primeiro relatório que escreve sobre a formação na residência:

Em duplas, iniciamos a macroterritorialização [...], vimos uma região bem populosa (muitas crianças, mulheres e idosos), um terreno muito íngreme, com vários becos ainda sem asfalto, uma variedade de tipos de construção, em algumas regiões (setor A e B) casas de alvenaria com acabamento, carros na garagem e água e luz legalizadas, já em outras regiões (setor C) encontrávamos muitas casas dividindo o mesmo terreno (frente, fundos, fundos 1, fundos 2 etc.), geralmente de madeira em mau estado, as com água e luz não legal e geralmente com esgoto a céu aberto.

[Residente A²⁸, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

A população da área pertencente à UBS A, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), era de 7.880 habitantes, sendo 3.726 homens e 4.154 mulheres. No entanto nem todas as pessoas dessa área acessavam a unidade, provavelmente por possuírem plano de saúde privado. Em contraponto, membros da equipe relataram a ocorrência de pessoas moradoras na

²⁸ A fim de não identificar o/a residente estarei usando letras de A a J para diferenciá-los/as, sendo que cada letra equivale a um/a residente, em seguida apresento o trimestre e o ano do curso a que equivale o excerto do relatório. Apresento no decorrer da tese excertos de dez residentes (oito R1, uma R2 e uma R3).

região fornecerem o endereço delas para parentes e amigos/as obterem atendimento. Outras pessoas omitiram o fato de se mudarem e, devido ao vínculo com a equipe e/ou à dificuldade de se vincular a outra UBS, continuaram buscando atendimento no mesmo local. Essas constatações foram feitas quando das visitas domiciliares para busca ativa ou na realização do processo de territorialização, uma prática educativa integrada desenvolvida com residentes de primeiro ano com a finalidade de conhecer a comunidade com a qual vão atuar. Cabe aqui a observação de que trabalhar com a noção de território na ABS como área adscrita de incumbência de uma equipe de saúde, para além dos aspectos de georreferenciamento, também é constituída pelos significados que as pessoas atribuem ao lugar em que vivem e dos vínculos que constroem neste “espaço-tempo” e que, portanto, podem ser mutantes e provisórios.

A seguir, relato, a partir da leitura do diário de campo, os percursos que fiz e o que foi chamando minha atenção nas aproximações com o território da UBS A e com os processos de ensino e trabalho nas equipes. Meus deslocamentos até lá foram feitos de carro e, algumas vezes, foi difícil encontrar lugar para estacionar, devido ao grande número de veículos estacionados nas proximidades da UBS, que ficava localizada próxima a vários estabelecimentos comerciais. Em geral, a primeira pessoa da equipe com quem cruzava era o vigilante, que de início me olhava desconfiado, mas depois de um tempo foi se acostumando com a minha presença. A entrada dos/as usuários/as do serviço e da equipe ocorria através da garagem da casa, que também servia de sala de espera. O atendimento da UBS ocorria em dois turnos, às 8 horas e às 13h15min. Na saída das reuniões de equipe, entre um turno e outro, pude observar a presença de usuários/as aguardando a reabertura da UBS para atendimento.

Ao início de cada turno, o/a *acolhedor/a* realizava uma conversa informal com as pessoas sentadas na sala de espera, que aguardavam atendimento por ordem de chegada, ou tinham agendado consultas com os/as profissionais de saúde (residentes e preceptores/as) das várias profissões no final do mês anterior. Aos/as usuários/as eram passadas informações como dia de abertura de prontuário, dia para confecção do cartão SUS e cartão da UBS, documentos necessários e número de pronto atendimentos disponíveis para cada dia da semana.

O *acolhimento* era realizado, em geral, por um/a residente ou técnico/a de enfermagem em um espaço aberto que servia de passagem para os dois consultórios e para a sala de triagem. No cenário da sala de acolhimento, além do/a *acolhedor/a*, observei a presença do/a usuário/a que estava sendo escutado/a e que, por vezes, estava acompanhado de outra pessoa e do vigilante, que conhece a maioria das pessoas por ser morador na área. Próximas, também, estavam as demais pessoas que aguardavam para atendimento na sala de espera, o que tornou difícil a privacidade de quem está sendo escutado pelo/a *acolhedor/a*, como registrei no diário de campo:

Era uma tarde de sexta-feira, cheguei à UBS por volta das 14 horas, cumprimentei a auxiliar de enfermagem que realizava o *acolhimento* e me sentei próxima a ela para observar o fluxo de chegada de usuários/as. Deparei com diferentes situações de busca de atendimento. Duas jovens aproximaram-se da residente de Psicologia que estava próxima à mesa de acolhimento e conversaram com ela em voz baixa. Ela disse que aguardassem e foi até outra sala, de onde voltou com alguns preservativos na mão e lhes entregou. As duas jovens agradeceram e saíram rapidamente. Conversei com a residente após a saída das jovens e ela me explicou que na região havia muitas “profissionais do sexo”. Segui observando. Outro usuário queria simplesmente renovar a receita, outra senhora buscava um medicamento para fazer curativos que tivera dificuldade de encontrar em outros serviços. Creio que algumas pessoas têm dificuldade de expor o seu problema publicamente, por não haver um local ideal para realização desta prática, como pude constatar pela atitude das duas jovens que vieram buscar preservativos. O ambiente para recepcionar/acolher os/as usuários/as fica entre a porta de entrada da UBS e a passagem para os consultórios e salas de vacinas e curativos. Ao/à *acolhedor/a* também cabia registrar os atendimentos médicos na planilha de produtividade, o/a usuário/a assinava a mesma e era encaminhado para a triagem. O/a *acolhedor/a* procurava o prontuário de família no arquivo e deixava-o sobre a mesa para os/as profissionais de saúde (residentes ou funcionários/as) levá-lo para a sala de consulta.

[Diário de Campo, UBS A – 24 de março de 2007].

Nessas observações, também foi possível constatar que a busca por atendimento, apesar das especificidades de cada profissão e das possibilidades de acompanhamento de problemas de saúde por diferentes profissionais da equipe, organizava-se em torno do atendimento da medicina. Diante da ausência desse profissional para atendimento de usuários/as, a direção da instituição recomendava fechar a UBS como é relatado adiante (página 105). As observações da sala de espera sugerem que as pessoas que acessam essa UBS são, majoritariamente, idosos, mulheres e crianças, o que é confirmado pelos dados percentuais populacionais por grupo etário e sexo (IBGE, 2000).

Além do *acolhimento* realizado na UBS, anteriormente descrito, a principal forma de veiculação de informações aos/às usuários/as era o uso de cartazes fixados nas

paredes da sala de espera e da sala de acolhimento. Os cartazes traziam informações sobre os turnos de fechamento da UBS por motivos como reunião de equipe ou de planejamento e dia de agendamento de consultas. Todos eram escritos à mão com letra cursiva, em papel pardo ou cartolina, com pincel atômico nas cores vermelha, verde, azul ou preta. Não havia figuras ou algum destaque que chamasse a atenção do/a usuário/a. Além desses cartazes, existiam também materiais de campanhas sanitárias produzidos pelo MS como, por exemplo, aqueles referentes à dengue, à tuberculose, às campanhas de vacinação, entre outros. Durante minhas idas a campo, os/as residentes realizaram uma oficina com adolescentes que resultou na confecção de *grafitagens* na parede lateral da garagem.

A UBS era composta de um imóvel de dois andares com salas de diferentes tamanhos. No andar térreo encontramos ao entrar a sala de espera com vários bancos, que corresponderia a garagem da casa. Em frente e à direita, localiza-se a sala administrativa de múltiplos usos, com duas mesas e alguns armários, nos quais eram guardados diversos documentos. Nessa sala, eram feitas as marcações de consultas na central de marcação da SMS, a preceptoria de residentes e estagiários/as e as ligações para outros locais, a fim de resolver situações de atendimento. Ao lado esquerdo dessa sala, há um consultório, e sem comunicação direta com as salas de atendimento, há uma cozinha, onde à tarde, geralmente, eu encontrava as auxiliares de limpeza conversando, e algumas pessoas se revezavam, fazendo lanche. Ainda no andar térreo à esquerda encontramos a recepção de usuários/as e um banheiro destinado aos/às usuários/as. Havia logo após a recepção dois consultórios e, na frente deles, no corredor que levava à sala de procedimentos, algumas cadeiras permitem que as pessoas que aguardavam por atendimento, esperassem sentadas. Próximo à sala administrativa, uma escada leva ao piso superior, onde estão quatro consultórios, uma sala de esterilização de materiais, uma sala de vacina, uma sala de grupos, uma sala de reuniões e preceptoria com sacada, que ficava de frente para a rua e dois banheiros, um para os funcionários e outro de uso ocasional. Segundo a coordenadora da equipe, mesmo com tantas salas era difícil distribuir e organizar o horário dos/as residentes de forma a possibilitar a agenda de atendimento para todas as profissões.

As reuniões semanais de equipe ocorriam, como mencionei anteriormente, rotineiramente, nas segundas-feiras às 11 horas, na sala de reuniões do piso superior. A dimensão e a disposição dos móveis na sala permitiam que as pessoas pudessem se enxergar. Iam chegando, sentando e conversando para aguardar o início da reunião. Alguns vinham ainda com o jaleco branco, pois recém tinham finalizado os atendimentos, outros/as chegavam depois, quando tinham muitos atendimentos ou alguma situação exigia. Em geral, a coordenadora começava a discorrer sobre as pautas e um membro da equipe anotava os encaminhamentos em um livro de atas. Outras pessoas também coordenaram a reunião, como os residentes de segundo ano em gerenciamento, o residente de terceiro ano e a preceptora de Medicina de Família e Comunidade. Havia os que assistiam a reunião até o final e quem se desculpava e saía antes. Observei que as técnicas de enfermagem e os/as estagiários/as de graduação quase não se pronunciavam durante as reuniões. Cumpria-se sempre um ritual de apresentar as pessoas novas na equipe, bem como de fazer alguma despedida para os que partiam para outros lugares. Ainda faziam parte das combinações que ocorriam nas reuniões a alimentação em conjunto e os festejos de aniversários, despedidas e datas comemorativas na casa de alguém, ou em algum bar/restaurante.

2.1.2 Descrição da UBS B

Na UBS B, situada em outra vila da Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro, a coordenadora agendou a minha participação para uma reunião de equipe que acontecia nas segundas-feiras pela manhã, em que expliquei para residentes e trabalhadores/as como seria desenvolvido o trabalho de pesquisa. Solicitei na reunião uma planilha de horários e atividades desenvolvidas pela equipe em cada turno e a relação nominal das pessoas envolvidas com a preceptoria de residentes. Assim como na outra UBS, as planilhas de organização da UBS me foram repassadas pelo residente em gerenciamento, uma das atividades do programa de formação de segundo ano da residência, pois nessa posição desenvolviam atividades de organização e planejamento do trabalho em conjunto com a coordenadora. Em outra ida a campo, a

coordenadora repassou-me material escrito, em 2005, sobre as atividades realizadas na UBS. Percebi orgulho em mostrar o que faziam.

A UBS já esteve localizada em vários prédios de diversas ruas no interior da vila até 2002. Em 1994, quando ingressei no Murialdo, foi uma das unidades que conheci, pois desenvolvi trabalho educativo e preventivo de saúde bucal em duas das creches da região e participei das reuniões de equipe e comunidade até 2000. A antepenúltima localização ficava em um local que colocava em risco os funcionários da UBS devido aos constantes conflitos de grupos rivais de traficantes de drogas. Por causa dessa questão, a equipe da UBS, de 2002 a 2004, atendeu na Unidade Central do Murialdo, até que o gestor encontrasse e alugasse um local mais seguro para sua reinserção na vila. Em geral, quando alguma UBS apresentava problema que inviabilizava a permanência na sua área de abrangência, ela era deslocada para a Unidade Central até que a situação se resolvesse.

Quando da realização do trabalho de campo, a UBS já voltara a funcionar em uma casa alugada em uma das avenidas principais da vila, com uma vizinhança de maior poder aquisitivo, como pude constatar pela qualidade das habitações. A população total aos cuidados dessa UBS, segundo o censo do IBGE, em 2000, era de 5.896 habitantes, sendo 2.873 homens e 3.023 mulheres.

Também não encontrei dificuldade de me deslocar até a UBS B, pois conheço toda a região por trabalhar na Unidade Central do Murialdo e residir nas proximidades. Como a localização da UBS era distante algumas quadras das avenidas principais da região, sempre foi fácil conseguir lugar para estacionar. Ao chegar, em geral, encontrava o vigilante no portão da casa, geralmente conversando com alguém da vizinhança. Cumprimentava-o e acessava a UBS pela entrada superior. Às vezes, encontrava as auxiliares de limpeza limpando as escadas e o *hall* de entrada.

Os membros da equipe acessavam a UBS tanto pelo piso superior quanto pelo inferior, já que se tratava de uma casa com duas opções de entrada. A entrada de usuários/as do serviço ocorria pela garagem no primeiro piso, onde a sala de espera era separada da mesa de recepção por alguns fichários. No mesmo piso, ao fundo, havia um consultório improvisado pela colocação de biombos: a sala de vacinas; a farmácia; a sala de triagem, curativos, nebulização e injetáveis; o consultório 1; o

banheiro de pacientes e o almoxarifado da higienização. Uma escada dava acesso a uma área coberta que se comunicava com o pátio, ao qual chamavam “porão”, onde tinha uma sala de grupos, a cozinha e o banheiro para os/as funcionários/as. Outra escada, à esquerda da sala de recepção, levava ao segundo piso, onde existiam mais quatro consultórios, um banheiro de funcionários, o almoxarifado da enfermagem e a sala administrativa, na qual eram realizadas as reuniões e a preceptoria. Das janelas dessa sala podia-se observar a chegada das pessoas na UBS.

Em geral, as reuniões ocorriam com uma presença média de 20 pessoas, incluindo profissionais de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia, as duas técnicas de enfermagem do turno da manhã, a técnica administrativa, a residente de terceiro ano e os/as residentes de primeiro ano. Em algumas reuniões, o fisioterapeuta esteve presente. Como os/as residentes de segundo ano dividiam seus turnos com outros campos de formação da rede municipal e estadual de saúde, sua presença não era tão constante como a dos demais. No entanto percebi um esforço deles/as em preservar o dia de reunião de equipe, quando possível, conforme li em seus relatórios trimestrais. Os/as estagiários/as de Nutrição e os/as de Medicina da FFFCMPA (atual UFCSPA) também assistiam à reunião de equipe e, em geral, mantinham-se em silêncio, como na outra UBS. Quando a equipe estava se acostumando com a presença deles/as, eram substituídos/as por outros/as estagiários/as, devido ao tempo máximo de estágio ser de quatro meses.

A reunião era feita no início da manhã de segunda-feira, na sala administrativa do segundo piso que era usada também para preceptoria. As pessoas vinham chegando e sentando na roda de cadeiras que circulava as três mesas de trabalho que existiam na sala, de forma que todos/as se acomodassem. Os que chegavam mais tarde encontravam dificuldade de participar da roda, pois acabavam ficando atrás de dois arquivos fichários que dividiam o ambiente dos corredores que iam para os consultórios e banheiro. Em suma, o espaço físico destinado às reuniões não comportava toda a equipe. Ao final do trabalho de campo, percebi que estavam usando como espaço de reunião a área externa fechada, do piso térreo, onde havia mais espaço.

Nas reuniões a que assisti, a coordenação era feita pela coordenadora ou pelo coordenador substituto da UBS; quando da ausência de ambos, a residente de terceiro ano ou outro/a profissional de saúde assumiam a coordenação. Muitos assuntos eram tratados – várias informações eram veiculadas a respeito dos fluxos, as pessoas novas na equipe eram apresentadas –, mas o tempo e o número de pautas dificultavam o planejamento das atividades, o que era deixado para as reuniões bimensais, que ocorriam em geral em ambiente fora da unidade, como no auditório da Unidade Central do Murialdo ou em alguma sala na ESP.

Quando esta atividade ocorria, a UBS era fechada durante o dia todo, ou em um turno, e os/as usuários/as eram avisados/as antecipadamente através de cartazes e verbalmente. Os assuntos abordados nas reuniões eram diversos. Versavam sobre a apresentação dos resultados da Campanha de Saúde da Mulher que ocorrera, no sábado, envolvendo oficinas e coleta de citopatológico, até as questões cotidianas de organização dos consultórios e responsabilização pelas atividades de atendimento à população. Algumas atividades suscitavam mais polêmica nesta equipe, como a realização de visitas domiciliares e o acolhimento, conforme discutirei em outro capítulo. Eram reuniões em que se faziam combinações nem sempre cumpridas – o que vinha à tona em reuniões posteriores – ou cujos fluxos eram modificados por novas orientações que vinham da direção e das coordenações do Murialdo.

Encerrada a reunião, preceptores/as permaneciam na sala, conversando com colega/s ou orientando residentes, pois era dia de supervisão dos núcleos profissionais de Psicologia e Serviço Social. Em geral, dois residentes desciam rapidamente, pois a população esperava por atendimento e era necessário realizar o *acolhimento* e encaminhar para as consultas. A dentista e a nutricionista, acompanhadas das residentes de Odontologia e Nutrição, dirigiam-se a uma das creches da vila para realizar atividades educativas e preventivas com crianças e professoras. Uma das residentes médicas iniciava as dez consultas de pronto atendimento. Na falta de algum/a residente médico/a, o atendimento era realizado pela preceptora de MFC. Aqueles/as residentes que tinham usuários/as agendados/as iniciavam as consultas nos consultórios do primeiro e segundo piso.

2.1.3. Similaridades na composição das equipes das UBS e no processo de trabalho

Algumas características são comuns nas UBS do Murialdo. Por exemplo, pela sua característica de local de formação, em algumas idas a campo, cruzei com discentes de graduação e pós-graduação da área da saúde, realizando pesquisas, com a população, vinculadas a projetos de professores/as da UFRGS. Alguns/mas pesquisadores/as preocupavam-se em devolver o que haviam produzido nas UBS, agendando apresentação na equipe ou nas reuniões de estudo de caso que ocorriam todas as quartas-feiras, no final da manhã, na Unidade Central do Murialdo, como parte da formação de residentes.

Foi possível constatar, durante as observações de campo, como alguns/mas profissionais dedicavam parte de seu tempo com a recepção e a orientação de estagiários/as dos cursos de graduação da área da saúde de universidades públicas e privadas, principalmente, médicos/as de família e comunidade na orientação de alunos/as da Medicina, alguns/mas dentistas na orientação dos/as graduandos/as em Odontologia da UFRGS e da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), nutricionistas na orientação das alunas de Nutrição da UFCSPA e da UFRGS e enfermeiras/os supervisionando graduandos/as em Enfermagem das faculdades do interior (Santa Maria e Pelotas) e de Porto Alegre (UFRGS).

O envolvimento com a formação parecia oxigenar a instituição, pois, a cada final de ano, as equipes organizavam-se para o processo seletivo e para a entrada de uma nova turma de residentes que ingressariam em fevereiro. O processo seletivo consta, na primeira etapa, de prova escrita. Os classificados, cinco para cada vaga por profissão, participam da segunda etapa, que constou, no ano de 2007, de análise de *curriculum vitae* documentado e visita de campo. Vários/as preceptores/as participaram do processo seletivo, principalmente no que se refere à segunda etapa, recebendo os/as candidatos/as nas UBS para a visita de campo. Essa atividade permitia conhecerem o ambiente dos serviços onde, posteriormente, realizariam sua formação, caso fossem aprovados/as na seleção.

As equipes de saúde observadas eram multiprofissionais e desenvolviam trabalho de assistência à população e ensino de residentes e estagiários/as. O número

de profissionais e técnicos/as de saúde, bem como a composição em termos de profissões, vem sofrendo modificação ao longo do tempo. Quando iniciei o trabalho de campo, eram compostas por uma equipe fixa e uma equipe de apoio. A equipe fixa era composta por, no mínimo, dois/duas médicos/as de família e comunidade, um/a enfermeiro/a, dois/duas técnicos/as de enfermagem e um/a técnico/a administrativo/a. Médicos/as especialistas em Ginecologia, Medicina Interna, Pediatria e Psiquiatria dividiam seus turnos de trabalho, realizando preceptoria em duas ou mais equipes. O mesmo acontecia com nutricionistas, assistentes sociais e psicólogas que realizavam assistência e preceptoria em duas ou mais unidades. A fisioterapia encontrava dificuldade em cobrir a assistência e a preceptoria de todas as equipes, restringindo sua atuação a duas UBS, pois contava, no início de 2007, com dois fisioterapeutas; atualmente, possui apenas um profissional para estas atividades. Os/as dentistas ficavam a maior parte dos seus turnos de trabalho ligados ao Módulo de Odontologia na Unidade Central do Murialdo, e alguns profissionais apresentavam resistência em se inserir nas equipes das UBS, o que, por vezes, dificultava a supervisão dos/as residentes.

Percebi que as equipes do Murialdo eram constituídas por um maior número de mulheres do que de homens. Encontrei trabalhadores do sexo masculino entre médicos/as de família e comunidade, pediatras, internistas e ginecologistas; ainda assim, essa distribuição era igualitária apenas nas três últimas categorias. Em Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia, havia profissionais de ambos os sexos e em Nutrição, Psicologia e Serviço Social havia apenas profissionais do sexo feminino. A predominância de mulheres em várias profissões de saúde é uma questão abordada em outros trabalhos.

Os/as trabalhadores/as das equipes do Murialdo possuíam múltiplos vínculos funcionais: algumas pessoas eram contratadas através de fundações, como a Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAURGS) e a Fundação Universitária de Gastroenterologia (FUGAST); outras eram funcionários/as públicos/as concursados/as; e um número menor de pessoas eram oriundos/as do Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS) e da Caixa Econômica Estadual (instituições já extintas). Nas entrevistas, houve quem se autodenominasse

“funcionárias transpostas”, pois ingressaram como contratadas e depois foram efetivadas como trabalhadoras estatutárias. Essa variabilidade de vínculos empregatícios acarretava também que tivessem salários diferentes, mesmo quando desenvolviam o mesmo trabalho e/ou tinham a mesma carga horária.

No que se refere às posições de sujeito que os/as profissionais de saúde desempenhavam na instituição, constatei que assumiam múltiplas identidades. Ora eram trabalhadores/as promovendo a assistência dos/as usuários/as dos serviços e/ou preceptores/as, ora esses mesmos sujeitos, em outros dias da semana, assumiam a função de docente e/ou orientador/a de pesquisa. Uma das entrevistadas, que realizava preceptoria em duas UBS, relatou as múltiplas atividades com que estava envolvida e que demonstrava identificação com o ensino:

Profissional de saúde - Eu não tenho um dia típico, porque minhas atividades variam conforme os dias das equipes e das atividades de residentes, mas, na segunda-feira, eu estou aqui durante a manhã inteira. De manhã, é reunião de equipe na primeira hora, depois eu tenho a supervisão das duas residentes [...] e depois eu faço grupo com todos os residentes de discussão de casos. Na terça-feira, já estou na outra equipe, reunião de equipe, o grupo às 9 horas com os residentes e depois eu tenho ou a supervisão de uma das minhas três residentes ou a reunião de COREME. Na quarta-feira, estou na mesma equipe de segunda-feira. Aí eu venho aqui, atendo alguns casos, faço minhas atividades de planejamento, leitura de textos, coisas assim.
[Entrevista em 2 de abril de 2008].

Outro aspecto mencionado quanto à preceptoria era de que algumas profissões têm poucos turnos disponíveis, enquanto que a Medicina e a Enfermagem tinham preceptoria presente em geral nos dois turnos. O fato de os/as preceptores/as de algumas profissões (Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia) ficarem apenas alguns turnos na equipe, pois precisavam dar cobertura a duas ou mais equipes, também foi apontado como uma dificuldade, conforme é relatado a seguir:

Profissional de saúde - Olha, de limitações, eu acho que pra formação do residente a gente teria que ter o supervisor em todos os turnos, disponível pra todas as áreas. Eu acho que isso é uma das coisas que a residência fica bem falha, não que o preceptor, o orientador precisasse ficar em todas as tarefas, mas eu acho que a presença dele seria super importante. Que ele pudesse, assim como a Medicina e a Enfermagem é uma exigência, eu acho que pros outros deveria ter todos os turnos, a presença. Aqui tem, por exemplo, tem uma preceptora de Nutrição que vem uma vez por semana, duas. A do Serviço Social, também, vem uma ou duas vezes por semana e por aí segue [...] mas eu também ouço bastante essa queixa, com a limitação dos preceptores.
[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

Outros/as entrevistados/as trouxeram esta dificuldade em partilhar duas ou mais UBS em razão do vínculo com a equipe e com usuários/as. Esse relato apareceu nas entrevistas de uma coordenadora e de profissionais de Enfermagem e Medicina, que desenvolviam seu trabalho em uma equipe, mas reconheciam a dificuldade exposta por colegas de outras profissões.

Pesquisadora - Então mencionaste que entre os limites do trabalho em equipe estão a instabilidade e a saída de vários profissionais. Teria mais algum fator que limita o trabalho em equipe?

Profissional de saúde - Sim, o tempo que as pessoas têm na equipe também, por exemplo, as pessoas que dividem equipe. Os psicólogos que têm de dividir equipe. É diferente uma pessoa estar só em uma equipe. Isto é um limitador também. Eles ficam sobrecarregados e estressados. A gente vê que a gente exige e às vezes eles dizem que não têm tempo de fazer o que estou pedindo. Daí eu digo que eu preciso que faça. Isto é um limitador bastante importante.

[Entrevista em 23 de janeiro de 2008].

Segundo os eixos norteadores do trabalho na atenção básica (BRASIL, 2006a), a equipe de saúde deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar problemas de saúde e situações de vulnerabilidade existentes na comunidade, elaborar um plano de ações e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade. A formação em serviço deve acompanhar essa mesma direção, que é característica da atenção primária em saúde, e possibilitar tais vivências aos/às residentes durante os dois anos de formação. Contudo esse modelo encontrava uma série de dificuldades para ser colocado em prática nas realidades das equipes do Murialdo.

Referindo-se às práticas nos estabelecimentos de saúde – e, entre eles, na UBS –, Túlio Batista Franco, Wanderlei Silva Bueno, Emerson Elias Merhy (2003) comentam que o trabalho é organizado, tradicionalmente, de forma parcelada. Em eixo verticalizado, organiza-se o trabalho da corporação médica e assim, sucessivamente, em colunas verticais, vai se organizando o trabalho de outros profissionais. Essa divisão do trabalho se dá, por um lado, pela consolidação nos serviços de saúde das corporações profissionais e, por outro, no caso da medicina, alia-se a uma organização

corporativa poderosa que defende e sustenta certa forma de especialização do saber e que exerce um poder que lhe permite imprimir essa marca ao trabalho em equipe na área da saúde. A organização parcelar do trabalho fixa os/as trabalhadores/as em uma determinada etapa do projeto terapêutico. Dessa forma, trabalhadores/as ficam sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com o resultado do seu trabalho. Tendo em vista o plano político-pedagógico da formação em serviço na residência apontar para um movimento oposto ao descrito por Franco, Bueno e Merhy (2003) – com estímulo ao trabalho em equipe, à integralidade da atenção e à humanização do cuidado em saúde – a observação desses aspectos será considerada na análise do material empírico.

Teixeira (2001, p. 61), citando Guattari, fala do desafio que é constituir “trabalhadores sociais” na saúde coletiva. Denomina, assim, aquele que

atua de alguma maneira na produção de subjetividade [...] trabalhando para o funcionamento desses processos na medida de suas possibilidades e dos agenciamentos que consiga pôr a funcionar [...] da sua capacidade de se articular com esses agenciamentos, que assuma sua responsabilidade no plano micropolítico.

O autor também salienta a importância de produzir modos singulares de subjetivação, achar maneiras de recusar os modos preestabelecidos, as manipulações e a banalização do sofrimento. Teixeira (2001) indica que se deve recusá-los para construir modos de sensibilidade e de relação afetiva com o outro, bem como modos de produção e de criatividade que produzam uma subjetividade singular capaz de “mudar aqueles valores que não são nossos”.

Entender quais modos de subjetivação permeiam o processo de formação de residentes e como são constituídos é uma das possibilidades para encontrar respostas provisórias às questões de pesquisa. O trabalho de doutorado de Henrique Caetano Nardi (2006), realizado com metalúrgicos da região metropolitana de Porto Alegre, ajudou-me a pensar algumas relações entre subjetividade e trabalho/formação em serviço. Diz o autor que o conjunto de regras que define cada sociedade é experienciado de forma diferente em cada trajetória de vida. Inspirado em Foucault, o

pesquisador refere algumas implicações das conexões entre trabalho e subjetividade, que envolvem

compreender os processos através dos quais as experiências do trabalho conformam modos de agir, pensar e sentir, amarrados em dados momentos – mais ou menos duráveis – que evocam a conexão entre diferentes elementos, valores, necessidades e projetos. Do mesmo modo, implica nas diferentes possibilidades de invenção e criação de outros modos de trabalhar, na forma das transgressões, ou mesmo, das resistências-potências nas conexões dos diversos elementos e dos modos de produzir e trabalhar. (NARDI, 2006, p.22).

Os/as residentes e os/as trabalhadores/as das equipes constituíram modos de operar com o trabalho, em outros espaços de formação e/ou trabalho, que podiam ou não ter outras regras, e, ao se inserirem nas equipes, podem ou não ser capturados pelo modo como cada equipe funciona, assim como podem desestabilizar o instituído. Enfrentam alguns desafios, entre eles o de se relacionarem com a/s regra/s e a forma como devem cumpri-las e, ao mesmo tempo, reconhecerem-se ligados às responsabilidades inerentes a uma equipe de saúde. Tensões e entendimentos ambíguos permeiam estes processos de subjetivação dos sujeitos, algumas vezes carregados de preconceitos, outras vezes imbuídos de solidariedade e muitas vezes pressionados pela provisoriedade dos contextos em que as equipes atuam. Cabe aos/às preceptores/as intermediar esse processo, apesar de seus medos, suas inseguranças e suas incertezas, pois parece que não é fácil construir possibilidades de solidariedade e cuidado em tempos líquidos.

2.2 Saber ver e saber ouvir

Quem viaja leva na bagagem aquelas coisas que imaginamos que vamos precisar durante o percurso, “há sempre um processo de seleção do que vai compor esta bagagem. Nunca é possível carregar tudo que se tem, em mudanças e viagens” (LUÍS ARMANDO GANDIN, 2001, p. 141). Para se inserir no campo, também é preciso precaver-se com alguns detalhes, tomar informações sobre o lugar, combinar a entrada, calcular o tempo do percurso, testar antecipadamente os instrumentos e levar o que é necessário, dependendo do que nos propomos a fazer. Enfim, é preciso um mínimo de

organização de quem pesquisa, pois durante todo o percurso de campo é importante saber ver e ouvir, como apontam Geertz (1998), Oliveira (1996) e Silva (2001). Para isso, precisamos criar condições. Mas que condições seriam estas na vida líquido-moderna? Oliveira (1996, p. 18) reforça que “tanto o ouvir quanto o olhar não podem ser tomados como faculdades totalmente independentes no exercício da investigação [...] e servem para o/a pesquisador/a [...] caminhar ainda que tropegamente, na estrada do conhecimento”. Portanto são saberes que se complementam.

Nesse sentido, o que era visto e ouvido precisava ser registrado no diário de campo, para depois ser analisado. Não foi possível registrar tudo. Algumas situações chamaram minha atenção mais do que outras e nelas investi mais tempo de escrita, até porque constituíam fatos que desconhecia do funcionamento da UBS ou explicitavam conflitos sobre o processo de trabalho e a formação de residentes. Tive que me adaptar à situação de ser apresentada a alguém pertencente à equipe, iniciar com essa pessoa os primeiros contatos e já não a encontrar mais na semana seguinte. Isso aconteceu tanto em relação a estagiários/as e residentes em formação quanto aos/às trabalhadores/as, como descreverei no próximo capítulo. Cheguei a ventilar com algumas pessoas a possibilidade de entrevistá-las, o que acabei não concretizando pela perda de contato e talvez por receio de ouvi-las em sofrimento – em algumas situações a saída do Murialdo havia ocorrido pelo surgimento de outras oportunidades, mas em outros casos ocorrera demissão. Nesse período de intensa fluidez, vários residentes também resolveram seguir outros rumos, como será discutido mais adiante no texto.

Percebi que, à medida que aumentava meu tempo de interação na equipe, mais as pessoas sentiam-se à vontade para falar das *suas coisas* nas reuniões e nas conversas informais. Algumas, inclusive, pediam-me carona nos finais de turno. Também me preocupei em como registrar o que acontecia na intimidade das equipes, pois às vezes tinha a sensação que estava traindo a confiança delas. Estar em campo permitiu ver risos e lágrimas, rostos de decepções e expectativas. Às vezes isso se confundia com minha posição de coordenadora e ficava difícil definir os limites de até onde eu poderia ou deveria ir.

Minha observação tornou-se participante quando eu dispunha de informações que podiam auxiliar no esclarecimento e na resolução de alguma situação da equipe, como na tarde em que assistia o acolhimento/recepção em uma das UBS e vi a residente de serviço social dizer que faltava anticoncepcional e preservativo. Lembrei que no mesmo pátio da Unidade Central do Murialdo havia o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e que era possível conseguir uma provisão mínima ali, até que o problema se resolvesse. Orientei então a preceptora de Medicina que se encontrava na UBS para que fizesse uma solicitação escrita para a coordenação do CTA. Outras situações que exigiam informações que eu detinha também provocaram minha participação no processo de trabalho das equipes, pois é quase impossível, quando se está no campo, ficar somente observando sem participar. O contato direto com os/as residentes no campo ainda propiciou um aumento de orientandos/as de trabalho de conclusão de curso, o que, ao mesmo tempo, me permitiu saber mais sobre as equipes através dos projetos, mas também ocupou mais tempo do que eu previa.

Se as observações provocam o *envolvimento* de quem pesquisa com o campo e com as pessoas, com as entrevistas também não foi diferente. No entanto, durante a execução das entrevistas, saber ver e ouvir pareceu mais fácil que em outros momentos, seja pela proximidade com apenas uma pessoa – e não várias – e pela possibilidade de gravar os ditos, seja pela privacidade da escuta e da cumplicidade que se instituiu entre pesquisadora e entrevistado/a após um período de interação no campo. Ao incluir as entrevistas no processo investigativo, considerei, da mesma forma, o caráter de complementaridade delas em relação às observações já mencionadas, possibilitando um “ouvir todo especial” (OLIVEIRA, 1996, p. 19) que me permitisse entender situações que não ficavam claras durante as observações das equipes. Assim, não segui à risca o roteiro de entrevista previamente elaborado, permitindo que se instalasse um processo de interlocução entre pesquisadora e entrevistado/a, com troca de ideias e não, simplesmente, um processo de respostas a questões previamente formuladas.

Realizei as entrevistas após alguns meses de entrada em campo, com a finalidade de conhecer primeiro o funcionamento das equipes, facilitar a abordagem dos

temas e propiciar a interação com os/as entrevistados/as. Antes de marcar a entrevista, expliquei aos/às entrevistados/as qual era o objetivo do trabalho, o tempo aproximado necessário para cada entrevista e a necessidade de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), se concordassem em participar e permitissem a divulgação dos dados transcritos.

Como refere Rosa Maria H. Silveira (2007, p. 122), citando Pertti Alasuutari (1995), na “perspectiva da interação”, a entrevista é concebida de outra forma e toda a situação de interação é analisada. Nessa perspectiva, afirmações ou posições de sujeito são permeadas pela figura do/a interlocutor/a atual e pelas experiências anteriores de ambos. Considerando que “somos sujeitos culturalmente constituídos, circunstancialmente situados, quer como entrevistadores, quer como entrevistados” (SILVEIRA, 2007, p. 123), foi possível desviar das recomendações tradicionais de como realizar e interpretar as entrevistas, admitindo suas dimensões circunstanciais.

Mesmo sabendo que no encontro entre dois sujeitos – no caso “em que as identidades de entrevistador e entrevistado são assumidas” – as relações de hierarquia, poder e persuasão – principalmente ao tratar com colegas de instituição – poderiam estar presentes e gerar disputas, deixei a critério dos/as entrevistados/as optar pelo local onde seriam realizadas as entrevistas. Além disso, “todo encontro tem uma boa dose de acaso e, em consequência, nunca é de todo previsível” (ibidem, p. 124).

A maioria das pessoas entrevistadas preferiu o próprio local de trabalho, geralmente no início ou no final do expediente, conforme o dia da semana agendado e verificando a disponibilidade de sala no horário para que fosse possível fazer as gravações sem interferência constante. Outros/as entrevistados/as dispuseram-se a ir até minha casa a fim de poder dar seu depoimento com mais tranquilidade, inclusive disponibilizando tempo do final de semana.

Percebi em algumas pessoas uma vontade de poder falar, de ser escutado e de ver valorizada a sua história de vida profissional. Os/as entrevistados/as usaram, às vezes, o relato de cenas cotidianas como recurso para responder às perguntas da entrevista, contando o significado que outro/a colega atribuía a determinadas situações ou a forma como se comportava diante de determinado contexto. Isso serviu para

exemplificar diferentes aspectos do processo de trabalho e de formação dos/as residentes.

As entrevistas motivaram os/as entrevistados/as a ter responsabilidade sobre a reconstrução dos fatos para além da vivência pessoal, de forma a construir um panorama dos “ecos dos ares da época”. Conforme explicita Silveira (2007, p. 137), é proposto aos/as entrevistados/as o “preenchimento de uma série de lacunas”, que lhes propiciarão se reinventar como “personagens cujo autor coletivo seja as experiências culturais, cotidianas, os discursos que os atravessaram e ressoam em suas vozes”.

Afirmar a oportunidade de ter escolhido a instituição ou de ter sido escolhida pelas pessoas da instituição foi um dito recorrente nas entrevistas, tanto de profissionais oriundos de outras instituições, quanto de ex-residentes que permaneceram na instituição após concluírem a formação. De alguma forma, retratou-se a importância pregressa da instituição enquanto cenário de ensino e assistência em atenção primária/atenção básica²⁹ à saúde.

Profissional de saúde - A minha expectativa era grande. Para mim foi bastante prazeroso ser contratada num lugar que eu fiz residência, é uma coisa muito legal. E por eu ter feito residência aqui eu tinha o pé na realidade, então as expectativas não se frustraram porque eu fiz em cima do possível [...] Eu acho que fora o fato da instabilidade que eu não sabia que ia acontecer, quando eu fui contratada, dos avisos prévios e tal, tudo foi esperado. Acho que a gente tem as dificuldades de trabalho de sempre assim, as limitações de sempre, falta remédio, faltam salas para atender, mas que dentro do possível a gente consegue fazer um trabalho legal.

[Entrevista em 22 de novembro de 2007].

Ao mesmo tempo, as pessoas entrevistadas mostravam-se desgostosas com os rumos dados à instituição nos últimos tempos, sentindo-se desrespeitadas, como expressa um preceptor:

Profissional de saúde - Então falta respeito, respeito pela saúde, respeito pela lei. E aí como um todo, é um país inteiro, mas em algum lugar tem que começar. Falta de respeito pelos profissionais, pela população, pelo atendimento, pela formação e burrice, porque poderia se abrir um polo, com pouco dinheiro. Sabe, se colocassem [dinheiro] aqui dentro, tu fazias um polo de formação e elevava o nome do governo que fizesse isso. Tenho certeza disso, porque isso aqui se enraíza para tudo quanto é lado. E nós teríamos uma respeitabilidade e temos ainda, não sei como nós conseguimos ter uma respeitabilidade no mercado [...] “Ah, tu és do Murialdo?”, as pessoas sabem o que é o Murialdo.

[Entrevista em 31 de agosto de 2007].

²⁹ Uso os dois termos como sinônimos, apesar de existirem divergências entre grupos acadêmicos sobre os significados de cada um deles.

Na UBS A, foram entrevistadas: uma das duas médicas de família, a enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e a nutricionista, totalizando quatro trabalhadoras. Alguns fatores interferiram na decisão de entrevistar as/os profissionais de Psicologia, Odontologia e Serviço Social: o tempo de permanência e o vínculo da/o profissional com a equipe, a participação do/a profissional nas reuniões de equipe e o afastamento por problemas de saúde no período da realização das entrevistas.

Na UBS B, foram entrevistados: uma das duas médicas de família, o enfermeiro, a técnica administrativa e as profissionais de Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, totalizando sete entrevistados/as. Não foi possível realizar a entrevista com as/os profissionais de Fisioterapia devido à demissão de cargos temporários e ao fato de que o único profissional fisioterapeuta que permaneceu na instituição estava provisoriamente acompanhando várias equipes, o que dificultou uma aproximação maior.

A diferença entre o número de profissionais entrevistados em uma equipe e em outra foi devido ao fato de que, na UBS A, houve inúmeras trocas de profissionais durante o trabalho de campo. Isso ocorreu por saída determinada pelos gestores institucionais, em decorrência de demissão de cargos temporários e/ou remoção para cobrir outras equipes e cargos administrativos, bem como pela opção de os profissionais assumirem empregos menos provisórios em outra esfera pública. A UBS B apresentou, no transcorrer do trabalho de campo, uma menor fluidez na permanência dos profissionais. Foi possível observar, no transcurso das observações, o adoecimento de trabalhadores/as em ambas as UBS, o que era relatado com preocupação pelos/as entrevistados/as.

Durante o transcurso do trabalho de campo, o processo de municipalização continuou presente como uma incerteza na história política da instituição e veio à tona nas entrevistas, mesmo quando o tema parecia não estar vinculado ao contexto. Ocasionalmente houve audiências públicas, com interferência do Ministério Público, sendo pauta do Conselho Local e Municipal de Saúde e gerando manifestações de usuários/as por melhor atendimento na frente das UBS e na Unidade Central, como será descrito e discutido na terceira parte desta tese.

Como meu foco de análise envolve como preceptores/as e residentes vivenciam os processos educativos da formação multiprofissional nos cenários de atenção básica, preocupei-me em trazer aos/as leitores/as, no próximo capítulo, o desenho pedagógico do programa e suas nuances em diferentes contextos históricos.

3 A FORMAÇÃO EM SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM EXERCÍCIO DE RELEITURA

Nossas vidas, quer o saibamos ou não e quer o saudemos ou lamentemos, são obras de arte. Para viver como exige a arte da vida, devemos, tal como qualquer outro tipo de artista, estabelecer desafios que são (pelo menos no momento em que estabelecidos) difíceis de confrontar diretamente; devemos escolher alvos que estão (ao menos no momento da escolha) muito além de nosso alcance, e padrões de excelência que, de modo perturbador, parecem permanecer teimosamente muito acima de nossa capacidade (pelo menos a já atingida) de harmonizar com o que quer que estejamos ou possamos estar fazendo. Precisamos tentar o impossível. (BAUMAN, 2009, p. 31).

Contar essa história a partir de outro lugar, agora como pesquisadora, em que o embate entre a criação, a crítica e a desconstrução podem deixar espaços vazios, fez com que este capítulo fosse reescrito várias vezes. Durante a banca de qualificação do projeto de pesquisa, a professora Dora Lúcia L. C. de Oliveira, uma das avaliadoras, havia alertado para quão difícil poderia ser este processo: analisar aquilo que ajudei a construir e em que estava imersa e da importância de fazer isso. A minha principal dificuldade foi reescrever o que havia escrito a muitas mãos nas assembleias, nas reuniões pedagógicas, nos seminários, em muitos dias, noites e finais de semana de alguns invernos e verões que constituíram a caminhada de muitos militantes dessa formação. Eis o desafio: não apenas descrever o projeto que orienta a formação, mas ressignificá-lo a partir das vivências cotidianas de preceptores/as, técnicos/as e residentes e dos significados que estas vivências produziram na vida líquido-moderna destes/as trabalhadores/as.

Para contar essa história, faço uso de excertos de documentos pedagógicos, dos relatórios trimestrais de residentes, do regimento que orienta esta formação (RIO GRANDE DO SUL, 2002b), da legislação nacional referente aos programas de residência, dos relatos que registrei na memória e no papel ao longo dos anos de vivência institucional e no trabalho de campo. Enfim, há muitos jeitos de contá-la, depende de quem a viveu, como viveu, em que “espaço-tempo” e a partir de quais vivências culturais. Trago, portanto, recortes das muitas histórias, dos ditos que ouvi, das coisas que vi e vivi, visto que não é possível retratar a totalidade de processos que circulam em cotidianos que não se repetem da mesma forma, que são líquidos, fluidos

e voláteis. O poder das evidências é contingente, como apontava Foucault e aprofunda e discute Larrosa (1999a), permitindo-nos pensar, através de suas reflexões, em sentidos e possibilidades provisórias do campo em estudo que mistura formação multiprofissional e trabalho em saúde. O estímulo das leituras de Larossa, Bauman, Foucault e demais autores/as citados/as nesta tese, aliado às realidades do trabalho de campo, possibilitaram que a inquietude da profissional de saúde/educação cedesse espaço à pesquisadora, admitindo que essas identidades, por vezes, se misturavam, pois, afinal, “o que determina o olhar tem uma origem, depende de certas condições históricas e práticas de possibilidade e, portanto, como todo o contingente, está submetido à mudança e à possibilidade da transformação” (LAROSSA, 1999a, p. 83).

Além disso, outros marcadores dessa formação, que não estavam presentes na sua origem, na década de 1970, colocavam sob rasura aquilo que parecia óbvio, isto é, se essa formação tem como finalidade atender às necessidades do SUS, seus princípios devem ser contemplados. Mas será que são? E como são? Outro aspecto a questionar é como os cenários de prática propiciam o desenvolvimento de competências para atuação na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, como promete a titulação explicitada na Portaria 71/2002 (RIO GRANDE DO SUL, 2002b).

Cabem, assim, algumas considerações sobre os conceitos de Atenção Básica em Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS), entendidos por alguns como sinônimos e por outros como conceitos diversos (MELLO, FONTANELLA, DEMARZO, 2009). A APS foi introduzida no país no período anterior à criação do SUS, a partir do modelo norte-americano desenvolvido na John Hopkins University, e representava um marco referencial para a organização dos serviços e de mudança do modelo assistencial. A trajetória histórica do conceito possibilita/ou, no entanto, diversas interpretações do que pode ser a APS, inclusive de natureza ambígua, como discute Célia Regina Rodrigues Gil (2006). Segundo essa autora, a APS pode ser entendida como: estratégia de reordenamento do setor saúde; estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema; ou programa com objetivos restritos para satisfazer algumas necessidades de populações pobres e marginalizadas. Esse último entendimento remete à crítica de que a APS seja uma política seletiva e reducionista e “traz consigo as seqüelas do debate travado nos anos 70, decorrentes do caráter

racionalizador defendido por alguns atores das agências financiadoras que preconizavam a redução do financiamento e gastos em saúde” (GIL, 2006, p. 1179).

Eleonor Minho Conill (2008) analisou a trajetória da atenção primária enquanto política de reforma setorial, a partir de inúmeros estudos. A autora citou o surgimento de diversas iniciativas, na década de 70, que visavam a ampliar as práticas nos centros de saúde destinados a populações pobres, entre elas, o projeto de saúde comunitária e residência multiprofissional do Murialdo, que serviu de polo aglutinador de outros projetos.

Quanto ao conceito de ABS, sua emergência ocorre, principalmente, após a criação do SUS, cerca de dez anos depois de Alma Ata. Assim como o conceito de APS, sofreu influência do Banco Mundial na organização das ações de saúde. A partir da NOB-96, esse conceito foi incorporado em documentos oficiais do MS, relatórios das conferências de saúde e publicações (GIL, 2006, p. 1179). A adoção do Programa de Saúde da Família na Atenção Básica, nos anos 1990, incluía a ampliação da equipe de saúde com a inclusão dos agentes comunitários, a preocupação com o território e a união de esforços para a superação do modelo de “biomedicalização”. No entanto a organização da atenção individual segundo programas mantém, por vezes, ainda uma clínica restrita. Assumida pelo gestor federal, posteriormente, como estratégia estruturante dos sistemas municipais na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) reacendeu o debate sobre esses referenciais teóricos e sobre a necessidade de reorientação do modelo assistencial. Entre as discussões, a questão da constituição da equipe restringir-se a três profissões tem incomodado às demais categorias da área da saúde. Em 2008, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo gestor federal, com o propósito de realizar o matriciamento e o apoio do trabalho das equipes de saúde da família, veio ao encontro da demanda de incluir outras profissões na ESF, embora até 2010 tal modalidade não tenha sido adotada em Porto Alegre.

A partir do artigo de Conill (2008), as in/suficiências da política para a atenção básica no Brasil foram discutidas por Campos (2008, p. s17), que constatou haver

um amplo desacordo cultural, epistemológico e político sobre a atenção básica no país. Essa ausência de consenso tem dificultado a construção de diretrizes

nacionais que permitam uma rápida expansão da atenção primária. Os gestores do MS, desde 1994, sucessivamente, têm subestimado esse obstáculo, na medida em que tentam ultrapassá-lo não pelo debate, mas por meio de inclusão financeira e de emissão de portarias doutrinárias.

Dentre outras constatações, Campos também aponta “que sequer ficou ainda bem estabelecida a importância da atenção básica para a viabilidade do SUS”, tendo em vista que o acesso da população ao sistema ainda ocorre através de pronto-socorros/hospitais e do pronto atendimento, em especial nos grandes centros urbanos. O autor considera a alternativa do pronto atendimento “uma perversa invenção nacional para ampliar o acesso da população pobre ao atendimento médico”, impossibilitando a qualidade da assistência, a construção de vínculos e a horizontalização do atendimento pelos mesmos profissionais de referência (CAMPOS, 2008, p. s17-8). Saliencia que o Brasil importou uma concepção restrita de APS, cujo modelo de intervenção se baseava em programas verticais (puericultura, pré-natal, tuberculose, hanseníase, entre outros). Ainda conforme Campos, grande parte da rede básica das regiões Sul e Sudeste organiza-se segundo essa concepção preventivista e programática, perpetuando a lógica do pronto atendimento. Mesmo concordando com as dificuldades apontadas por esse autor, considero que a potencialidade da ABS/APS para a viabilidade do SUS pode ser sustentada por seus principais atributos: vínculo, longitudinalidade e integralidade da atenção e coordenação do cuidado a que se propõe (STARFIELD, 2001).

Olhando para os cenários da RIS na atenção básica, constatei que, geralmente, a necessidade de dar conta da demanda por assistência que bate à porta nas UBS está implicada na justificativa do pronto atendimento. Essa forma de assistência dificulta a execução do programa de residência, tendo sido um dos motivos de realocação de residentes de uma das UBS do Murialdo durante o trabalho de campo. No excerto a seguir, observei que essa forma de atendimento da população atravessa os contextos deste estudo, influenciando o planejamento e a atuação dos profissionais:

Profissional de saúde - O que é um empecilho bem grande é a questão do peso da assistência, principalmente do pronto atendimento, que acaba fazendo com que os médicos (preceptor e residentes) não se envolvam nas outras atividades da equipe tanto quanto deveriam. Eles até se envolvem, mas não tanto quanto deveriam. O peso da assistência é uma coisa que dificulta muito o gerenciamento. [...]

fechar para fazer um planejamento, por exemplo, tu fechaas, mas tu tens medo porque daqui a pouco vai dar problemas com a população.

[Entrevista em 10 de julho de 2007].

A partir de 2000, a retomada da residência multiprofissional passou a incorporar o termo ABS na titulação, com base no referencial das políticas de saúde no país. Alguns aspectos dos cenários de práticas conflitam com esse referencial, pois as in/suficiências detectadas, nacionalmente, também estão presentes na rede básica de Porto Alegre, incluindo inadequação do financiamento, política de pessoal insuficiente, expansão lenta da ESF, transferência de gestão para a iniciativa privada e desafio educacional de formar profissionais de Medicina e Enfermagem para expandir a cobertura da atenção básica mediante a ESF. Essas in/suficiências, também vivenciadas nas UBS pertencentes, até 2009, ao Murialdo, estavam agudizadas pelo processo de municipalização em curso. Mas será que isso sempre foi e será assim ou há algo a registrar na historicidade cultural dessa formação?

Segundo relatos informais de preceptores/as, ex-residentes do programa, na década de 1980, fazer formação em APS implicava que residentes de diversas profissões deviam fazer tudo que concerne aos cuidados primários em saúde. O medo de algumas pessoas era (e ainda é) o de perder-se a especificidade profissional. A demanda nessa época apontava para a necessidade de ampliação da cobertura dos serviços e a residência colocava-se como uma possibilidade. Nesse sentido, pode-se dizer que “o que todo mundo vê, nem sempre se viu assim” (LARROSA, 1999a, p. 83), pois algumas rupturas ocorreram em relação ao modelo de formação adotado no final dos anos 1970. Quando a formação multiprofissional foi retomada em 1999, outros conceitos e outras perspectivas teóricas perpassaram a organização do programa, como os conceitos de campo e núcleo de saberes e práticas (CAMPOS, 1997, 2000), fazendo com que ocorresse outra conformação na residência. Com base nesses conceitos, constituiu-se um programa de ensino com parte do currículo comum para todas as profissões, havendo, no entanto, parcela de conteúdo e atividades dos núcleos específicos de cada profissão participante, sem que ocorressem, com isso, formações independentes.

A gestão estadual do Rio Grande do Sul, no período 1999-2003, justificou a criação do programa de residência considerando que o ordenamento da formação de profissionais para atuação no SUS seria uma de suas competências, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 (CECCIM; ARMANI, 2003). Assim, através da Portaria 16/99, criou os Programas de Aperfeiçoamento Especializado e integrou-os aos Programas de Residência Médica existentes, instituindo a Residência Integrada em Saúde, coordenada pela ESP/RS e mantida pela SES/RS (RIO GRANDE DO SUL, 1999). Essa mudança foi incorporada no mesmo ano para o processo seletivo dos programas de residência que seriam desenvolvidos em 2000 nos locais credenciados da SES/RS para a Residência Médica, que eram o Ambulatório de Dermatologia Sanitária, o Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Murialdo. Em 2003, o Hospital Sanatório Partenon passou a integrar esse processo, com vagas em Pneumologia Sanitária.

Os documentos examinados, relativos ao projeto político pedagógico da *RIS: Atenção Básica*, de 2000 a 2008, apontam que a organização curricular do programa deve estar fundamentada nos princípios do SUS. Com essa finalidade, propõem que os/as residentes desenvolvam “atividades de atenção integral à saúde em serviços assistenciais da rede pública (própria, contratada ou conveniada do SUS) e realizem atividades de estudo e reflexão sobre a prática de atendimento e atuação nos serviços de saúde” (RIO GRANDE DO SUL, 2002b).

3.1 O ingresso na RIS: Atenção Básica em Saúde Coletiva

Quando essa formação iniciou em 2000, foram oferecidas 18 vagas no processo seletivo do programa para graduados em Enfermagem (6), Nutrição (3), Odontologia (3), Psicologia (3) e Serviço Social (3), através do aperfeiçoamento especializado em atenção básica, similar ao que hoje, nacionalmente, é denominado de residência multiprofissional. Até então, não havia delimitação do número de vagas por profissão e algumas estiveram ausentes desse processo, como a Fisioterapia e a Farmácia, ou estiveram ocasionalmente presentes, como a Odontologia. O ingresso na residência em MFC foi mantido conforme oferta anual de vagas credenciadas na Comissão Nacional

de Residência Médica (CNRM) e que encontravam dificuldades de serem totalmente preenchidas devido à baixa procura pelo programa. No período 2000-2006, em média 12 (10 a 15) graduados em Medicina concluíram o programa, anualmente, tendo reduzido para oito concluintes, em 2007, quando iniciei o trabalho de campo deste estudo. O fato de gestores/as municipais da ESF admitirem graduados/as em Medicina sem a residência na especialidade de Medicina de Família e Comunidade, para atuarem nos serviços de saúde – aliado à possibilidade de obtenção de título de especialista após experiência de 48 meses e à realização da prova junto à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade –, influenciava e influencia a baixa procura pela residência médica. Outro fator associado é a diferença cada vez maior entre os valores da remuneração da ESF (chegando a R\$ 16.000,00) e o valor da bolsa de residência de R\$1.916,45, acrescida de 30% a título de auxílio moradia e alimentação, totalizando R\$2.491,39, em 2010.

As vagas multiprofissionais, em 2000, apresentavam-se distribuídas em seis para a Enfermagem e três para cada uma das outras profissões. Naquele momento, a proposta era compor uma equipe com profissionais de Enfermagem e Medicina por unidade de saúde, que eram em número de seis UBS. Os/as profissionais de Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social dividiam seus turnos entre duas equipes, de forma que elas fossem multiprofissionais e tivessem residentes de todas as profissões contempladas no processo seletivo. No segundo ano, o/a residente poderia optar entre uma dessas equipes para atuação. Tal conformação foi modificada, ao longo dos anos, de acordo com o contexto político e cultural e na dependência de disponibilidade de preceptoria e estrutura física que comportasse a manutenção das vagas, ocorrendo, inclusive, acréscimo das mesmas, no período de 2000 a 2007. A prioridade de fixar os/as residentes em uma UBS, levando em consideração a criação de vínculo e o aprendizado, preponderou sobre a ideia inicial de contemplar todas as profissões em cada local. Em 2006, residentes de quatro profissões, entre elas Odontologia e Psicologia, incluindo Medicina e Enfermagem que originariamente já tinham essa característica, ficaram fixados/as em uma UBS. Então, a partir de 2007, cada residente ingressante realizava a formação de dois anos em uma UBS. Os/as únicos/as residentes a dividir equipe em 2007 eram os/as de Fisioterapia, que passaram a ser

vinculados/as a um único local, no ano seguinte, seguindo o modo de inserção das demais profissões.

Em 2007, ingressaram 38 profissionais de saúde no programa de primeiro ano e seis profissionais no terceiro ano opcional (Apêndice C). A equipe da UBS A recebeu um/a residente de cada uma das seguintes profissões: Enfermagem, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia e Nutrição. Inicialmente, ingressaram duas graduadas em Medicina, mas uma delas desistiu nos primeiros dias de residência. Havia um ingressante de terceiro ano opcional nesta UBS, que cursara dois anos de formação em outra UBS do Murialdo. Permaneceram na equipe as residentes de segundo ano de Psicologia, Enfermagem, Odontologia, Serviço Social e Nutrição. Em março de 2007, quando iniciei o trabalho de campo, 15 graduados/as realizavam formação em serviço nessa equipe, considerando que receberam duas residentes transferidas de outra. Na UBS B, ingressaram residentes de Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e uma de terceiro ano opcional, totalizando 12 profissionais com a inclusão dos que já estavam no segundo ano de residência.

3.2 Principais diretrizes e instâncias deliberativas da RIS

O programa é amparado na Portaria 16/99, na Lei Estadual 11.789/2002 e na Portaria 71/2002 (RIO GRANDE DO SUL, 1999, 2002a, 2002b). Na Portaria 71/2002, que trata da organização e do funcionamento dos programas da RIS no âmbito da SES/RS, é explicitado que o programa deve promover:

a integração entre trabalho e educação (trabalho educativo); a integração de diferentes profissões da saúde como Equipe de Saúde (campo e núcleo de saberes e práticas profissionais em articulação permanente) e a integração entre ensino, serviço e gestão do SUS, funcionando de maneira articulada às diferentes estratégias de educação permanente dos trabalhadores em seus ambientes de ensino em serviço, que se constituem como locais de formação. (RIO GRANDE DO SUL, 2002b, p. 54).

Mesmo que os referidos pressupostos estejam presentes nas diretrizes das quatro ênfases da RIS, cada uma delas possui características próprias mediadas por

diferentes agenciamentos e influenciadas pelas relações de poder internas e externas a cada local credenciado de profissionalização. Durante o trabalho de campo, observei que as combinações e as normas nos contextos de formação são tensionadas, e algumas vezes transgredidas, em função da pluralidade de interesses e modelos de atenção que disputam espaço nas configurações locais e produzem tensões e conflitos na formação de residentes, tópicos que serão discutidos nos capítulos 4, 5 e 6.

Na portaria 71/2002, encontra-se também definida a composição e o funcionamento das instâncias deliberativas que regulam e controlam a formação. Localmente, as instâncias pedagógicas que definem o programa no Murialdo são a Comissão Local de Ensino e Pesquisa – que se ocupa das discussões pedagógicas – e a Comissão de Residência Multiprofissional Especializada – que trata das questões administrativas e normativas. Essas instâncias articulam-se aos fóruns máximos através de representação no Colegiado Gestor e no Conselho de Ensino e Pesquisa da RIS, na ESP/RS, com similaridade de funções às das instâncias locais, que congregam decisões concernentes às quatro ênfases da RIS (RIO GRANDE DO SUL, 2002b).

A organização da gestão nesses moldes busca oportunizar a participação, o diálogo e a integração entre os diversos atores envolvidos no itinerário formativo do residente. A paridade na representatividade dos membros (residentes, preceptoria, coordenações de curso e gestores/as) era apontada como relevante para o estabelecimento de uma maior transversalidade nas relações de poder (ibidem). Há uma grande dificuldade de manter a participação de todos os representantes listados no Regimento da RIS, por exemplo, a representação do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Apesar da representatividade de gestores/as, preceptores/tutores/as e residentes estar estabelecida no regimento, observei durante o trabalho de campo uma dificuldade de circulação das informações e das decisões tomadas nos fóruns deliberativos. Na sociedade contemporânea, em que a informação é reconhecida como o mais importante mecanismo de manutenção de poder, parece imprescindível que ela não se restrinja a poucos. Durante as reuniões de equipe em que participei como observadora/pesquisadora, muitas vezes fui interpelada sobre dúvidas e informações que não haviam chegado até as UBS. Outras vezes, provoqueei, através de perguntas,

que os representantes nessas instâncias deliberativas trouxessem informações para o grupo a partir de reuniões pedagógicas em que haviam participado. Procurei responder às demandas que surgiam somente quando necessário, pois era bastante difícil distanciar-me da posição de coordenadora do programa nesses momentos. A dificuldade de comunicação nas equipes é apontada, nos relatórios trimestrais de residentes, como um problema para a organização da equipe:

Acredito que o principal problema dentro da equipe ainda é a falta de comunicação entre os turnos e profissionais de diferentes áreas. Também passamos por um período de saída de profissionais para eventos e férias, e começaram a aparecer problemas de cumprimento de combinações estabelecidas nas atividades de residentes, o que exigiu reorganização da equipe.

[Residente B. Relatório do 2º trimestre de terceiro ano– agosto de 2007].

Através das instâncias deliberativas, os/as residentes encaminham pautas de seus interesses, questionam as decisões tomadas por coordenadores/as de curso, de equipe e de preceptores/tutores/as, mas também devem se submeter a prazos e normas. Da mesma forma, preceptoria e coordenações do programa e a direção do Murialdo e da ESP/RS encaminham suas propostas, negociam decisões e definem como pode/deve funcionar o programa.

Mesmo com as dificuldades inerentes às trocas de gestão estadual e à intensificação da discussão sobre a municipalização do Murialdo no período pós-2003, verifica-se que os princípios do SUS e as diretrizes nacionais para a atenção básica estão presentes no Plano Político Pedagógico (PPP) da residência (ROSSONI, 2003). Tais princípios e diretrizes orientam tanto a organização da formação teórica quanto a organização das práticas. No primeiro ano de formação, a ênfase é a atuação na atenção básica, enquanto que no segundo ano a escolha dos cenários de atuação é diversificada, a fim de formar profissionais com vivências nos *diversos níveis de atenção*, na gestão do sistema de saúde e nas instâncias de controle social. O objetivo é que os egressos possam atuar no planejamento, na gestão e na clínica da atenção básica em saúde. A percepção do aprendizado nos dois anos de formação e de pertencimento à equipe em que atua foi abordada por uma das residentes em seu relatório trimestral, um dos dispositivos de avaliação de residentes e do programa, conforme excerto a seguir:

Talvez a principal questão que se coloque para mim neste momento seja de que forma pude contribuir para a equipe neste tempo de trabalho? [...] A condição de R1 tem lá suas delícias e seus desafios. De um lado temos a expectativa de muitas aprendizagens, de muitos desafios. Cada dia é uma novidade, o que estimula muito o trabalho. De outro lado, entretanto, estamos chegando à instituição sem conhecer os caminhos das pedras, os macetes e as regras que regem o cotidiano de trabalho. Ser R2, dessa forma, traz a vantagem de poder saber um pouco mais sobre onde se está pisando, conhecer melhor o terreno. Já pudemos aprender por onde é possível e por onde não é possível construir.

[Residente C, Relatório de 1º trimestre do segundo ano – abril de 2007].

Observa-se, assim, que o programa de primeiro ano coloca o/a residente em condições de “poder saber” por onde é possível construir e intervir. A familiaridade com dificuldades, singularidades e regras que regem o cotidiano de trabalho permite que ele/a aprenda a ser flexível em condições de liquidez pós-moderna, em que conviver com a incerteza e a precariedade parecem ser inevitáveis, mas que, com criatividade e engajamento, podem ser superáveis. A garantia de inserção nos serviços, com carga horária para planejar e vivenciar atividades diversificadas na atenção básica com reflexões correlatas nas atividades teóricas, abre inúmeras possibilidades de aprendizagem.

3.3 Propostas do PPP para o primeiro e o segundo ano de formação

O PPP da RIS propõe que, no primeiro ano, haja uma ênfase maior nas atividades voltadas à atenção individual e coletiva na atenção básica. Cerca de 75% da carga horária de formação em serviço ocorriam nas UBS. Os/as residentes devem desenvolver, preponderantemente, atividades de promoção, prevenção, educação, vigilância e assistência à saúde, como membros de equipes multiprofissionais, com uma prática interdisciplinar na atenção em saúde e com manutenção de preceptoría, de acordo com as especificidades de cada profissão, como define o PPP do curso. Apesar de isso estar expresso no programa da residência, percebi através dos relatos e das observações alguns entraves para que fosse possível no cotidiano, passando pelo interesse e pela motivação de residentes e preceptores/as, pelas condições e pela organização do processo de trabalho nas UBS e na comunidade e pelas limitações de aporte de recursos por parte da gestão. São representações de vida e trabalho que competem neste “espaço-tempo” de formação na atenção básica.

No PPP do curso são expressas expectativas de que os egressos da *Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica* tenham competência quanto aos aspectos clínicos individuais e coletivos, em sua área específica. Espera-se que desenvolvam a capacidade de trabalhar em equipes multiprofissionais, apresentando soluções ou alternativas para superar/resolver os problemas vivenciados nos cenários de práticas.

Durante a *semana típica* é proposto que os residentes desenvolvam, na UBS, as seguintes atividades: territorialização; acolhimento dos usuários; trabalhos com grupos, escolas e creches; visita e consulta domiciliar; planejamento e acompanhamento de programas de saúde e ações de vigilância; consultas agendadas e de pronto atendimento; participação em reuniões de equipe, comunidade e conselhos de saúde; capacitação de técnicos de saúde e estudantes de graduação e pós-graduação; e atividades de pesquisa.

O programa do primeiro ano era constituído pelo desenvolvimento de atividades de assistência, durante o dia nas UBS, e pelo atendimento continuado, em um turno semanal à noite, na Unidade de Referência Especializada na sede do Murialdo e em Urgência e Emergência na rede municipal de saúde, dependendo da profissão do/a residente. O atendimento vespertino na Unidade Central passava por dificuldades durante este estudo. Em 2004, a carga horária desta atividade para residentes da Medicina foi transferida para outro serviço por falta de preceptoría desse núcleo profissional. Posteriormente, residentes de Enfermagem foram atender no Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro. O atendimento de usuários/as por residentes de outras profissionais na Unidade Central permaneceu, mas também ficava prejudicado pela ausência de preceptoría no horário vespertino e pelo agendamento e frequência de usuários/as.

Nesse período começou a ficar visível a dificuldade do vínculo de profissionais às equipes, devido à provisoriedade dos contratos de trabalho. A inserção de residentes nos serviços dependia da aquiescência e da disponibilidade de supervisão de trabalhadores/as, de condições de ensino e área física para organização das práticas. Essas condições, por causa das mudanças e da precariedade que operavam nos locais, exigiam da gestão do programa um acompanhamento contínuo dos processos educativos, que ocorriam em diversos cenários da formação. A capacidade de cada

equipe lidar com as dificuldades passava pela elaboração de um objetivo comum, como é descrito a seguir:

Levando-se em conta todas as dificuldades pelas quais o Murialdo e a residência em si estão passando, estamos conseguindo desenvolver um bom trabalho na equipe. Creio que isso se deve à capacidade da equipe e residentes continuarem exercendo um trabalho centrado no usuário e não desanimar. O momento atual é de crise, como talvez sempre tenha sido, porém com momentos piores, outros melhores. E que venha logo essa municipalização.

[Residente D. Relatório 2º trimestre do 1º ano – agosto de 2007].

A perspectiva da centralidade do usuário na formação e no trabalho em equipe apareceu como um direcionamento importante em meio à crise instalada nos serviços, em parte decorrente da promessa de municipalização da assistência, que perdurava e acabava refletindo nas condições de trabalho e na formação. A finalização desse processo passou a ser considerada como bem-vinda pelos/as residentes, que demandavam maior investimento da gestão estadual nos cenários de prática da atenção básica. Mesmo que outros cenários de formação na rede do SUS integrassem o segundo ano de residência e possibilitassem a realização de atividades de assistência, vigilância e gestão, o/a residente dava continuidade às atividades que desenvolvia nas UBS e, portanto, permanecia em contato direto com as indefinições.

A articulação dos serviços da atenção básica com serviços de outros níveis de atenção, na perspectiva de construção de redes de saúde, constitui-se em aprendizado fundamental para a resolutividade das demandas que aportam nas UBS e colocam em foco a integralidade da atenção nessa formação. A partir do exame dos documentos pedagógicos da RIS, encontra-se que os campos de formação em serviço são organizados com o objetivo de “especializar profissionais de saúde para atuação no SUS, capacitando-os para uma intervenção interdisciplinar, analítica, crítica, investigativa, resolutiva e propositiva no âmbito técnico, administrativo e político do SUS” (RIO GRANDE DO SUL, 2002b). No plano de formação do segundo ano, é salientado que os campos de atuação devem oportunizar que o/a residente: exerça ações integradas com as redes municipal e estadual de saúde. Busque alternativas intersetoriais e de recursos sociais para a melhoria da qualidade de vida da população; pratique ações no âmbito da emergência, intra-hospitalares e ambulatoriais no

acompanhamento de usuários; e vivencie o planejamento, a articulação e a gestão dos serviços na rede do SUS, de forma a realizar atenção primária à saúde com maior resolutividade.

As vivências em diversos campos de formação eram operacionalizadas em períodos predeterminados, de acordo com a profissão do/a residente e o local, os quais variavam de um a seis meses. As atividades desenvolvidas eram: conhecer as rotinas dos serviços; integrar-se às atividades realizadas no local, participando de grupos, entrevistas, encaminhamentos a outros serviços, discussões de casos, planejamento de ações a partir de dados epidemiológicos e/ou outros; realizar acolhimento e atendimento de usuários e familiares.

Algumas áreas e alguns campos de formação eram comuns a todas as profissões, como: gerenciamento de uma UBS; vigilância em saúde (no Centro Estadual de Vigilância em Saúde e/ou na Coordenação Geral da Vigilância em Saúde da SMS); gestão da ESF na Coordenação Estadual da Estratégia de Saúde da Família – todos com duração em média de 80 horas. A Medicina era a única profissão que não vivenciava formação nos campos de vigilância e gestão da ESF. Era possibilitado ao/à residente realizar dois meses de estágio opcional na saúde coletiva ou em áreas afins.

Vivências de campos de formação por núcleo profissional eram desenvolvidas em instituições da rede de serviços e em gestão do SUS. Para os/as residentes de Enfermagem, estava prevista formação em gestão no Departamento de Ações de Saúde/SES/RS e nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Os campos de formação de assistência em urgência/emergência incluíam o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul e a Lomba do Pinheiro. Em doenças transmissíveis, a referência era o Hospital Sanatório Partenon.

Durante 2007, alguns campos de formação foram abandonados por apresentarem dificuldades de preceptoria, e outros campos de formação foram inseridos pelos diversos núcleos profissionais para compor o programa de segundo ano da residência. Além da assistência nas UBS, envolveu-se também a vigilância e a gestão em serviços das redes municipal e estadual de saúde. A instabilidade observada

nas UBS do Murialdo, devido à precariedade do trabalho³⁰, parecia afetar também outros locais de formação, tanto municipais quanto estaduais e federais, inviabilizando, às vezes, a manutenção dos mesmos campos de atuação. Entre esses locais, destaquei, anteriormente, uma das UBS do Murialdo, na qual iniciei a observação e da qual foram removidas as residentes, em junho de 2007, por falta de condições para o desenvolvimento do programa, mas também alguns setores e serviços da SMS de Porto Alegre e da SES/RS. Como fatores definidores dessas trocas, incluem-se a diminuição de funcionários, a inadequação do local com a proposta da residência e a indisponibilidade de receberem residentes.

Os núcleos de Enfermagem e Odontologia adicionaram como campo de formação a assistência na ESF, política assumida pelo MS como estratégica para a atenção básica. Até 2009, a formação na atenção básica ocorria em equipes multiprofissionais nas UBS – aspecto considerado positivo pela maioria dos/as residentes e preceptores/as –, no entanto isso não possibilitava a vivência da ESF e do trabalho com os agentes comunitários de saúde.

Fazendo uma ligação dos recortes apresentados do Programa de Residência Integrada em Saúde com textos que apresentam experiências de residências em saúde – em especial as multiprofissionais – verifica-se que as mesmas ganham visibilidade nos cenários de educação e saúde nesta década, enquanto estratégia para articular a formação com o cuidado em saúde com foco na integralidade, de forma a efetivar os preceitos institucionais e éticos do SUS. Nesse sentido, pode-se dizer que, através dessa política, há o desejo de produzir outro profissional de saúde, comprometido com a “afirmação da vida”. Para se chegar a isso, o currículo busca contemplar nas vivências dos/as residentes os eixos do quadrilátero da formação: assistência, ensino, gestão e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2005).

Partindo-se das teorizações de Foucault e Larrosa, que mostram como a pessoa humana se fabrica no interior de certos aparatos (pedagógicos, terapêuticos etc.) de subjetivação, pode-se pensar essa formação como um espaço de “construção e

³⁰ Precariedade do trabalho envolve três conceitos: 1) situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social; 2) instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses de trabalhadores/as; 3) está associada a condições de trabalho de determinados setores da economia que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores neles inseridos. Este último está incluído no conceito de informalidade do trabalho, adotado pela Organização Internacional do Trabalho (BRASIL, 2007e).

mediação pedagógica da experiência de si” (LARROSA, 1999a, p. 37). No caso da formação na RIS, não é desejo apenas formar e transformar aquilo que o profissional de saúde faz ou o que sabe, mas principalmente sua relação com o trabalho. Constitui-se como desafio para a referida formação romper com a descontextualização sociocultural das ações dos núcleos específicos que compõem as práticas profissionais, a fragmentação de seus conhecimentos e a institucionalização técnico-científica pautada por procedimentos diagnósticos e terapêuticos privativos e por localizações corporativistas. Força-se, assim, a construção de uma identidade cultural com “compromisso ético-estético-político de “afirmação da vida”, com a proposta do SUS e do princípio de saúde como direito e cidadania (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2005, p. 7).

Ter estado nos campos de formação da ABS permitiu-me analisar como ocorre o encontro dessa discursividade com as diversas realidades constituídas por outras discursividades, que muitas vezes conflitam entre si. O desengajamento de certos/as profissionais com o trabalho em saúde foi um dos aspectos questionados no excerto a seguir:

Pesquisadora - Tu mencionaste que algumas pessoas são do mesmo jeito há muito tempo, que tu não vais mudá-las. O que queres dizer com isso?

Técnica de saúde - Que já são da casa, como elas dizem. Eu acho que isso desmotiva, né. Tu podes ver, é fevereiro, lá por junho, julho eles já estão bem diferentes, os residentes, já vão estar desmotivados, se queixando.

[Entrevista em fevereiro de 2008].

O fato de alguns e algumas preceptores/as do programa considerarem que “já são da casa” fazia com que não se comprometessem com horários e responsabilidades com residentes e usuários/as. Isso gerava ambivalências nos que estavam em formação, segundo relato da técnica da UBS A, inclusive provocando desmotivação. Ao mesmo tempo, o ingresso de outras pessoas na equipe injetava novo ânimo. Em seu relatório trimestral, uma das residentes de segundo ano desta UBS comenta sobre as dificuldades da instituição e como a chegada de residentes de primeiro ano pode mudar o cotidiano de trabalho:

Nossa instituição passa por um momento extremamente delicado, cheio de incertezas e faltas, fazendo com que o espaço da residência seja cada vez mais sucateado e desvalorizado pelos profissionais e pelos próprios residentes. Certamente essa situação tem muito a ver com as produções que fazemos e em como nos sentimos, ou não valorizados como profissionais. [...] Este relatório é quase uma despedida, pois passarei dois meses fora da UBS em estágio opcional. [...] Apesar de toda essa perspectiva de crescimento, parte de mim se entristece muito por esta saída, pois vejo como a nova composição da equipe, com a entrada dos R1 e dos R3, torna o cotidiano de trabalho muito mais agradável, leve, divertido e produtivo.

[Residente C, Relatório 1º trimestre do segundo ano – maio de 2007].

Os ingressos anuais de residentes e discentes, mesmo com as turbulências, parecem injetar novas possibilidades para os que já estão na equipe há algum tempo, pois, de certo modo, renovam e desafiam. E é de eternos desafios que se constrói a arte de viver, aprender e reaprender.

3.3.1 A avaliação na residência

Durante o trabalho de campo nas UBS, assisti os/as preceptores/as e a coordenação das equipes, combinando a avaliação das atividades de formação em serviço realizadas por residentes, que ocorria trimestralmente nas UBS. É exigido nota 7,0 e 100% de frequência nessas atividades, conforme preconiza a Portaria 71/2002, sendo a ausência justificada somente mediante apresentação de atestado de saúde. Nessa avaliação, a equipe considerava o desenvolvimento de aspectos ligados à atitude profissional, ao núcleo específico de conhecimentos e de atuação e ao campo comum de conhecimentos e atividades. Conforme observei nas reuniões, para realizar a avaliação de residentes, as equipes seguiam um ritual de encontrar-se fora da instituição, em geral, à noite, na casa de quem coordenava a UBS. O resultado desse processo era devolvido aos/às residentes pela coordenação da equipe e pelo preceptor/a do respectivo núcleo profissional.

A ficha de avaliação apresentava os aspectos a serem avaliados no percurso dos/as residentes na atenção básica. Pode ser um guia tanto para a preceptoria saber que aspectos podem/devem ser avaliados quanto para garantir ao/à residente em quais atividades pode/deve participar. Em algum momento da construção desta formação, os tensionamentos vividos pelo grupo de residentes, preceptoria e coordenação do programa foram traduzidos nos itens que estão na ficha. Durante meu percurso no

campo, ouvi comentários sobre a necessidade de modificá-la, mas não havia movimento concreto de fazer tal modificação. Refletindo sobre o que pode ser a avaliação nesse processo, creio que seu papel maior é de gestão de possibilidades de aprendizado, mesmo que esse não seja o entendimento geral e que ela não escape de ser usada como um instrumento de controle.

3.3.2 A produção de conhecimentos na RIS

No segundo semestre do primeiro ano, os residentes elaboram um projeto de pesquisa que será executado no segundo ano e apresentado ao final dos dois anos de residência como trabalho de conclusão de curso (TCC). Durante minha permanência no campo, percebi que essas pesquisas versavam sobre questões conflituosas nas equipes; parece ser uma maneira de o residente contestar situações, refletir sobre elas, resolver e explicitar suas divergências. Ao final de 2007, foram temas recorrentes nos TCC: o acolhimento, a saúde mental e a sistematização dos programas Pré-Nenê e Pré-Natal em cada UBS. O residente é estimulado a apresentar tanto o TCC como os relatos de experiências na RIS, pois a Portaria 71/2002 prevê a liberação de 15 dias anuais para participação em eventos e apresentação de trabalhos. Na situação a seguir, o preceptor relata a orientação de um projeto de pesquisa de um residente de outra profissão e comenta o trabalho de conclusão originado, que abordou o acolhimento na UBS.

Profissional de saúde - Eu gostei do trabalho dele, foi um trabalho bem simples, mas ele conseguiu achar o centro da coisa assim, a mola principal. Ele trouxe a questão da continuidade da equipe, a questão da política de saúde, mas é claro que a gente que está aqui no dia a dia consegue enxergar isso com certa facilidade. Quando tu estás ali e observa as dificuldades do acolhimento, do usuário que chega e observa o prontuário, o que foi anotado, pra onde foi encaminhado, onde é que parou aquele encaminhamento... Ele conseguiu fazer uma análise boa. Gostei bastante do trabalho dele, foi um trabalho simples, compacto e objetivo. Mas foi isso. Eu também faço isso, a gente faz aqui a questão das avaliações, os acompanho em algum trabalho, a gente dá orientações das mais diversas, não só da Enfermagem, em todas as áreas. Isso é bem legal. Ele é médico, mas aí eu terminei fazendo a supervisão do trabalho dele, o acompanhamento dele.

[Entrevista em 31 de agosto de 2007].

Não há exigência de que os/as orientadores/as dos TCC sejam do mesmo núcleo profissional do/a residente, até porque isso permite inúmeras trocas entre as

profissões, olhares que se cruzam sobre diferentes objetos de estudo. Na descrição do entrevistado, é um enfermeiro orientando a pesquisa desenvolvida por um médico, cujo olhar se volta para o processo de trabalho na equipe, especificamente o acolhimento. Se alguns silêncios ocorrem nas reuniões de equipe, certamente os espaços de reflexão, propiciados pela pesquisa e pela escrita final do trabalho, dão vazão a eles, reescrevendo o que o texto da ata de cada reunião não conseguiu registrar ou mudar.

3.4 A proposta do terceiro ano opcional

A proposta do terceiro ano opcional sofreu diferentes conformações desde que o programa de formação multiprofissional iniciou em 1978. Em registros administrativos daquela época, verificou-se que um profissional da Veterinária cursou o programa por três anos. O ingresso de residentes no terceiro ano opcional ocorreu novamente de 1995 a 1999, contemplando a inserção de residentes de Medicina Geral Comunitária (atual Medicina de Família e Comunidade) nas equipes das UBS do Murialdo e em campus avançado do programa de residência em municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul. Alguns/mas desses/as residentes permaneceram na instituição, atuando como médicos/as de família e comunidade e desenvolvendo preceptorial e assistência nas UBS (SILVA, 2002), assim como alguns/mas daqueles/as que foram para os municípios do interior acabaram sendo contratados pela gestão destes municípios.

Em 1997, além da Medicina, também havia uma residente de Psicologia no programa. Os municípios do interior contemplados com o programa, na segunda metade da década de 90, foram: Santo Antonio da Patrulha, em 1996 e incluíram-se Fazenda Vilanova e Encantado, no ano seguinte. Em 1998, além dos dois municípios que haviam se inserido em 1997, Osório e Colinas também receberam R3 de Medicina do Murialdo. Em 1999, com o ingresso de uma ex-residente de Terapia Ocupacional e com residentes de Medicina foi realizado convênio com as Secretarias Municipais de Saúde de Viamão e Canela, cidades em que foi desenvolvido o programa. Em 2002, um residente de Medicina de Família e Comunidade, com a proposta de nuclear um programa de formação multiprofissional semelhante à RIS, fez o programa de R3 na

cidade de Santa Maria. Depois disso, o programa passou a ser desenvolvido somente em Porto Alegre e, desde 2004, não teve mais participação de residentes da Medicina e não foi mais solicitado a renovação do credenciamento para o terceiro ano opcional junto à CNRM. Como programa multiprofissional, seguiu sofrendo mutações. Durante o período de trabalho de campo, pude conviver com dois residentes de terceiro ano, um em cada UBS. A distribuição dos R3 por período e profissão é apresentada no Apêndice A.

No período em que esse estudo foi desenvolvido, os R3 atuavam junto às equipes das UBS e à coordenação de ensino do Murialdo. O papel que eles ocupavam junto às coordenações das UBS, muitas vezes substituindo o/a coordenador/a em reuniões e na organização de atividades, poderia dar a impressão de que eram trabalhadores/as das equipes. Foi com ambos que obtive uma série de informações, inclusive material escrito sobre atividades e responsabilidades de cada membro da equipe. As coordenações das UBS costumam valorizar bastante o fato de terem o apoio destes/as residentes para gerenciar a equipe, principalmente, quando demonstravam envolvimento com o processo, como relata uma das coordenadoras:

Profissional de saúde - O residente de terceiro ano (R3) era sensacional, ele assumia bastante coisa, mas ele também delegava muita coisa, depois, só me comunicava que tinha feito. Era meu braço direito. Se tivesse dois, ele era o meu segundo braço direito. Eu acho que R3 neste último modelo foi muito mais útil que o anterior [...]. Ele dizia que as pessoas não respeitavam tanto ele, mas eu sempre insistia nesta tecla que quando eu não estivesse lá, o coordenador era ele. Ele resolvia muita coisa. Ele era muito de encaminhar as coisas e objetivo. “Isto nós vamos fazer agora e isto nós vamos deixar para depois”. Bah, fantástico! Pessoas que tenham atitude. Vamos decidir agora e fazer para já.

[Entrevista em 23 de janeiro de 2008].

Os residentes atuavam também na organização de atividades de reflexão teórica de residentes de primeiro ano junto à coordenação de ensino. Em 2007, organizaram, inclusive, em conjunto com os/as trabalhadores/as do Murialdo a semana científica e cultural da instituição. Durante o programa, desenvolviam um projeto de pesquisa, que era apresentado ao final da residência como trabalho de conclusão de curso. A vivência de dois anos de residência nas UBS do Murialdo e em outros serviços da rede de saúde no segundo ano permitia, além do conhecimento dos fluxos e das dificuldades, que resolvessem com agilidade as demandas cotidianas. Pode-se entender o terceiro

ano opcional pelo seu aspecto mutante como um reflexo das demandas das políticas de educação e saúde vigentes em cada período, por isso sua ênfase era maior na gestão da assistência e do ensino, em 2007 e 2008. O edital da RIS, em 2008, apontava que o terceiro ano opcional de formação

[...] não pode ser entendido como um simples prolongamento dos dois anos anteriores. Trata-se de um momento diferenciado no qual o residente deve empreender projetos voltados à organização e gestão de sistemas/serviços de saúde, bem como atividades de pesquisa, ensino e assistência. (RIO GRANDE DO SUL, 2008, p. 6).

Mesmo que a conformação do programa de terceiro ano seja marcada ano a ano pelas necessidades da instituição e das políticas estaduais e municipais de saúde, certamente a experiência se constitui como um caminho a ser trilhado, principalmente, para residentes que se interessam por gestão da formação e da atenção.

A partir das descrições e das reflexões de como foi constituído o programa da RIS, passo agora a analisar os acontecimentos, os ditos e as tramas de como se processa essa formação nos cenários das UBS.

PARTE 3: PROCESSOS EDUCATIVOS EM CONFIGURAÇÕES LÍQUIDAS

Estamos sempre fazendo escolhas e certamente não poderia ser diferente em relação à análise do material empírico que constituiu o *corpus* desta tese. Assumo que a escolha em abordar alguns aspectos em detrimento de outros está influenciada pelas posições de sujeito que ocupo e que me acompanharam em todo trabalho de campo e agora no momento da escrita, pois “é impossível pensar, conhecer e falar independente de agenciamentos, interesses, valores e forças sociais” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 179).

Procurei desenvolver este estudo de forma a captar e compreender a complexidade dos contextos sociais e políticos em que estavam envolvidas as práticas de formação em serviço. Considerando que a cultura nos Estudos Culturais (EC) tem dupla função, sendo ao mesmo tempo objeto de estudo e local da ação e da crítica política, neste trabalho fiz algumas escolhas que considere merecerem visibilidade no contexto observado. Os EC têm também um compromisso com uma avaliação moral da sociedade moderna e com uma linha radical de ação política (SARDAR; VAN LOON, 1998 apud MARISA V. COSTA, 2005, p. 109-110), cabendo então, nestas circunstâncias, salientar que as análises não são neutras, mas estão embutidas desse aspecto distintivo dos EC.

Apesar das análises culturais envolverem uma ampla configuração investigativa, com diversas possibilidades de campos de saber e suas metodologias, todas partilham o compromisso de examinar as práticas culturais e seu envolvimento *com e no interior* de relações de poder e de expor como o poder atua para modelar tais práticas. Isso exige mapear e analisar as determinações e inter-relações das formas culturais e das forças históricas (MARIA LÚCIA C. WORTMANN, 2007, p. 75). Esses elementos são essenciais para a compreensão dos contextos observados, nesse caso, as práticas cotidianas em equipes de saúde em que ocorre a formação em serviço de residentes.

Levando em conta que a perspectiva política que apoia e viabiliza a concretização dessa formação aponta para um compromisso com o SUS e, especialmente, com a atuação na atenção básica, procurei visibilizar – através da análise do material empírico – as condições em que esse processo formativo ocorre.

Para entender as limitações, as possibilidades e as dificuldades dessa formação, que afloraram do material produzido no trabalho de campo, considereei como de especial ajuda apropriar-me dos escritos de Bauman a respeito das características culturais da “modernidade líquida”.

As unidades de análise estruturadas a partir do material empírico, com base nesses pressupostos teóricos, abordam: o enfrentamento cotidiano das incertezas vivenciadas por trabalhadores/as e residentes; os saberes e as práticas constitutivos da formação em situação de trabalho na atenção básica; os desafios da formação em serviço em tempos líquidos; as relações de saber-poder nas dinâmicas de ensino/serviço/gestão; e, sobretudo, as implicações das interações e dos conflitos das corporações/categorias profissionais e da municipalização da assistência nos processos educativos da residência. Essas relações produzem potencialidades e vulnerabilidades no programa de residência no contexto estudado, marcado pela provisoriedade e pela incerteza.

4 ENFRENTANDO O “VIVEIRO DAS INCERTEZAS”

A lacuna entre o direito à auto-afirmação e à capacidade de controlar os cenários sociais que tornam a auto-afirmação exequível ou irrealista parece ser a principal contradição da “segunda modernidade”; uma contradição que precisaremos aprender a dominar coletivamente por meio de tentativas e erros, de reflexão crítica e experimentações corajosas (BAUMAN, 2008, p.69).

Profissional de saúde - Quando eu voltei das férias, pensei que estava tudo tranquilo, porque eu já tinha programado tudo, eles [os residentes] estavam revoltados. Até arrumar a casa de novo e acalmar os ânimos foi muito gasto de energia. Que pena que acontece este tipo de coisa. Então, o Murialdo com todos estes problemas a gente não consegue planejar. Eu não posso planejar as coisas para um trimestre. Eu posso planejar, mas daqui uma semana ou duas pode ser que eu não tenha mais aquele profissional, tenho que remanejar toda a gente marcada. Daí eles [a direção] dizem “se não tiver médico, fecha”.

[Entrevista em 23 de janeiro de 2008].

Tomei emprestado de Bauman (2007) o título deste capítulo, pela identificação com os contextos com que me deparei no trabalho de campo. De meu lugar de pesquisadora, mas também como profissional de saúde do local onde realizei a pesquisa, envolvida com a formação de residentes e preocupada com a atenção aos/às

usuários/as das UBS do Murialdo, busco analisar os acontecimentos que me foram aproximando dos desafios que constituem o cotidiano dos que vivenciam a formação e a atenção à saúde nessa instituição.

Frente a todo o trabalho de observação em campo e através da escuta dos/as trabalhadores/as, posso dizer, pela conjuntura que se configurava no local, que ele era o próprio “viveiro das incertezas”. As mudanças que aconteceram, ao longo de um ano, na organização do trabalho em equipe nas UBS – que eram campo de formação profissional para os/as residentes do *Programa de Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva* –, como afirma Bauman (2007b, p. 7) criaram “um ambiente novo e de fato sem precedentes para as atividades da vida individual, levantando uma série de desafios inéditos”. Isso pode ser atribuído ao fato de que as organizações sociais não podem manter por muito tempo uma forma estável, pois se dissolvem mais rapidamente que o tempo que levam para se constituir. A passagem da fase “sólida” da modernidade para a “líquida” impede o estabelecimento de referências para as ações humanas, bem como de estratégias de planejamento de longo prazo, pois nos remete para uma condição de provisoriedade e incerteza constante, como foi dito por uma preceptora na entrevista que introduz este capítulo.

Os/as coordenadores/as de UBS incumbiam-se de gerenciar a atenção à saúde de usuários/as e organizar as atividades de formação em serviço dos/as residentes, em conjunto com os/as preceptores/as de cada núcleo profissional. Apesar das atividades exigirem dedicação e planejamento, tendo em vista a demanda populacional por assistência nas UBS acompanhadas e o número de residentes e estagiários/as em formação, o/a gerente de cada UBS não percebia remuneração adicional por assumi-las.

Exercer a coordenação das equipes exigia certo malabarismo, como pude constatar durante as observações diretas nas equipes e como explicitou um dos entrevistados com relação à ambivalência suscitada, quando as demandas são maiores do que a capacidade ou as condições que tinham para resolvê-las:

Profissional de saúde - Ah! Eles dizem “você têm autonomia para resolver e decidir”, ao mesmo tempo em que não temos condições de decidir, nem resolver. Acho que começa por aí. Por sua vez a coordenação da equipe também fica a mercê duma estrutura que está deste jeito, que está capenga. Por exemplo, insumo, medicação é uma coisa que, outro dia eu estava comentando, daqui a nove meses o

que vai ter de criança, porque anticoncepcional faltou, primeiro faltou injeção e agora o comprimido já faz um tempão. O próprio preservativo está em falta.

[Entrevista em 31 de agosto de 2007].

Em geral, os/as coordenadores/as eram pessoas convidadas, pela direção da instituição, para exercer a gerência a cada troca de gestão. No Murialdo, as coordenações das UBS acompanhadas neste trabalho eram exercidas por médicos/as. O fato de a categoria médica, majoritariamente, estar ocupando essa posição de sujeito deveu-se ao grande movimento corporativo iniciado, no Brasil, a partir do Ato Médico³¹, que, entre outras coisas, propôs que o/a médico/a é quem deveria responder tecnicamente pelos serviços de saúde. A única UBS que mantinha profissional de outra área na coordenação era a vinculada ao HMV, cujo coordenador na época do trabalho de campo era um cirurgião-dentista. Até 2004, profissionais de Enfermagem, Psicologia e Nutrição também exerciam esta função. No entanto, a ausência de *gerentes formais* em outras UBS parecia depender de inúmeros fatores, entre eles a não remuneração pela atividade de coordenação, a instabilidade institucional e a dificuldade de lidar no cotidiano com a incerteza.

Os/as coordenadores/as das UBS podem ser denominados/as *gerentes da provisoriedade*. Utilizo essa expressão, pois são tantas mudanças, intempéries e decisões, que eles/as devem enfrentar a cada dia, semana e mês, que me parece ser o que caracteriza melhor a posição/função exercida no cotidiano das UBS, como comenta uma das entrevistadas:

Profissional de saúde - Acho que a própria situação dessa confusão toda não favorece que tenha uma maior organização. A gente não consegue formar uma equipe, cada hora está afunilando, sai gente daqui, puxa dali, empurra de lá, é muito difícil fazer um trabalho funcionar com tanta mudança e confusão, as pessoas precisam de uma estabilidade pra funcionar bem.

[Entrevista em 2 de abril de 2008].

³¹ Projeto de Lei 25/02 em prol da regulação da profissão médica, que regulamenta o Ato Médico. Este projeto tem gerado conflito com as demais profissões da área da saúde, que alegam prejuízo para o exercício de suas profissões. O jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM, Ano XX, n. 153, 2005, p. 13) apresenta uma matéria sobre o lançamento do manifesto *Medicina ameaçada, saúde arriscada*, assinado por 58 associações médico-científicas, sobre a importância do PL 25/02. Alegavam que a discussão a respeito do projeto de lei estava sendo manipulada para impressionar a opinião pública e que há leis que regulamentam outras profissões, com exceção da Medicina. Afirmavam que a abordagem multiprofissional é uma necessidade reconhecida, mas que o diagnóstico cabe ao médico. Nesse artigo, referem-se aos profissionais de saúde como paramédicos e, em outro artigo presente no mesmo jornal, reforçavam que médicos não deveriam participar de cursos de Residência Multiprofissional, que a participação era irregular e seria duramente combatida pelo Conselho Federal de Medicina.

Tudo tem vida curta. Com frequência, os/as trabalhadores/as eram deslocados/as de uma equipe para outra para cobrir o/a colega que fora demitido, transferido, estava em férias e/ou que adoecera. Reclamavam que assim era difícil manter vínculo com outros/as trabalhadores/as, com residentes e com usuários/as. Muitos adoeciam e sofriam com as condições de trabalho, disse uma técnica de enfermagem que já trabalhou em outras unidades do Murialdo: “Duas das minhas colegas já entraram em licença-saúde com problemas emocionais”. Essas observações durante o trabalho de campo aproximavam-se das constatações de Bauman sobre as exigências da “vida líquido-moderna”, como está explicitado a seguir, é demandada aos indivíduos:

a responsabilidade em resolver os dilemas gerados por circunstâncias voláteis e constantemente instáveis e jogada sobre os ombros dos indivíduos – dos quais se espera que [...] suportem plenamente as consequências de suas escolhas. [...] A virtude que se proclama servir melhor aos interesses do indivíduo não é a conformidade às regras [...] mas a da flexibilidade: a prontidão a mudar repentinamente de táticas e de estilo, abandonar compromissos e lealdades sem arrependimento. (BAUMAN, 2007b, p. 10).

Pelos relatos de profissionais e técnicos/as de saúde, verifica-se que as pessoas não estavam, na maioria das vezes, preparadas para lidar com isso. Poderia dizer que não é possível desenvolver trabalho em equipe ou formar residentes para o trabalho em equipe com as incertezas presentes no cotidiano desses serviços. Penso que o desafio seja entender que modalidades de ação os/as trabalhadores/as e residentes criavam/inventavam e quais resistências utilizavam para fazer frente a essa provisoriedade constante, a esse não saber para onde vou, a essa municipalização que não acontecia, mas estava sempre presente como uma possibilidade.

Após finalizar o trabalho de campo, quando já estava escrevendo a tese, pude acompanhar como a instabilidade institucional afetou o próprio processo seletivo para a residência, que foi postergado no ano de 2008. A divulgação da seleção, que normalmente ocorria em outubro, acabou acontecendo somente em dezembro, determinando a reconfiguração da entrada de residentes no programa de residência para abril de 2009. Frente a esses fatos, cabe perguntar: Como desenvolver a RIS,

enquanto estratégia para formação de profissionais para o SUS, com essa perspectiva de vida curta e insuficiente para realização de projetos coletivos?

A precariedade dos contratos de profissionais que sustentavam grande parte das atividades de preceptoria e assistência das equipes do Murialdo, através de contratos com a FUGAST ou FAURGS, principalmente no que se referia ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, parece incongruente com a política nacional de incentivo à consolidação e à expansão da Estratégia de Saúde da Família no país, que carece de profissionais com residência nessa área.

Um exemplo já citado dessa precariedade ocorreu no início de 2007, momento em que ingressava na instituição uma nova turma de residentes, quando os/as sete médicos/as de família contratados/as pela FAURGS para preceptoria foram demitidos/as. Como as direções e as coordenações do Murialdo explicitaram para a direção da ESP/RS que isso inviabilizaria o início da residência, os/as profissionais tiveram seu aviso prévio suspenso e continuaram trabalhando nas equipes. Apenas três dos/as sete preceptores/as permaneceram até maio de 2008, pois alguns profissionais optaram por pedir demissão frente à proposta de outros empregos com certo grau de estabilidade, ao longo dos anos de 2007 e 2008.

A coordenadora de uma das UBS relatou a dificuldade que vinha enfrentando com as inúmeras perdas de profissionais como um dos fatores limitantes do trabalho em equipe para a formação de residentes, conforme pode ser observado no excerto da entrevista:

Profissional de saúde - O que eu acho que temos como limite é a flutuação de pessoas. Quando você consegue fazer os contratos bem certinhos, as pessoas saem de lá. E aí você tem de começar tudo do zero de novo. [...] A MFC era contratada para preceptoria através da FAURGS e recebeu aviso prévio três vezes. Ela fez processo seletivo alguns anos atrás no Grupo Hospitalar Conceição. Chamaram-na para assumir o posto onde ela fez a formação e próximo da casa dela. Ela me disse: “Eu não tenho garantia nenhuma que o mês que vem eu não vou ter aviso prévio de novo. Vou para um lugar que eu vou gastar menos. Viver nesta instabilidade também é horrível”. Ela só estava trabalhando no Murialdo [...]. Era uma pessoa fabulosa para trabalhar, de pegar junto. Parceira para as coisas, que Deus me livre. Estas pessoas a gente não podia deixar sair. [...] A enfermeira também saiu. Eu queria que fosse minha coordenadora, em vez de eu ser coordenadora dela. Também foi uma perda grande. Ela saiu quando eu estava em férias [...]. Para a equipe foi muito traumático e daí começou a sair um atrás do outro. Foi muito ruim.

[Entrevista em 23 de janeiro de 2008].

“Começar tudo do zero de novo” parece uma prerrogativa dos tempos líquidos. A médica de família e comunidade de uma das UBS, acompanhada no trabalho de campo, foi uma das preceptoras que permaneceu. Ela lembrou as demissões com preocupação no decorrer da entrevista, dizendo o quanto a instabilidade torna difícil a manutenção de vínculos e imprime uma perspectiva de curto prazo no planejamento individual e coletivo, provocando incerteza, a qual é considerada como o mal-estar cultural característico da pós-modernidade (BAUMAN, 1998).

Profissional de saúde - Eu estava pensando hoje. Agora vem dezembro, termina janeiro será que vem outro aviso prévio? É muito ruim. Atualmente, eu tenho outro trabalho, e fica um pouquinho melhor. Mas antes eu trabalhava só aqui e eu tenho filho pequeno. Sabe quando tu te preparas, planeja assim, aí vem uma facada. É uma instabilidade muito ruim. Aí tu vais criando vínculo e não sabes até quando vai durar. É bem chato isso. Eu acho que já passei por cinco avisos prévios.

[Entrevista em 22 de novembro de 2007].

Como aponta Bauman (1998, p. 221), “a incerteza concentrada na identidade não precisa nem das benesses do paraíso, nem da vara do inferno para causar insônia. Está tudo ao redor [...] em laços humanos assumidos até segunda ordem, em empregos que podem ser subtraídos sem qualquer aviso”. Na entrevista realizada, anteriormente, com outro membro da mesma equipe, isso foi também apontado, como vemos no excerto a seguir.

Profissional de saúde - Eu tenho procurado ajudar, na medida do possível, a questão de residentes, tenho participado das atividades. Aí veio toda aquela questão da municipalização, da demissão da MFC, já foi demitida umas três ou quatro vezes, reingressa e vem de novo o aviso prévio. Então, é um estresse muito grande, mas eu tenho que te dizer, ao longo desses anos, aprendi tanta coisa [...] Às vezes tem umas coisas que extrapolam os limites da gente, mas eu aprendi tanta coisa, aprendi a ser tão político, aprendi a dialogar, aprendi a fazer consenso, a negociar, às vezes eu não me conheço, sabe.

[Entrevista em 31 de agosto de 2007].

O preceptor salienta que lidar com essas incertezas tem sido uma aprendizagem, fazendo com que desenvolva as capacidades de ser político, dialogar, fazer consenso e negociar. Aos/às residentes e aos/às trabalhadores/as que permaneceram nos serviços, cabe esse exercício constante de lidar com as incertezas e desenvolver a capacidade de sobrepô-las. Cada um/a dos/as profissionais que buscou outros caminhos – saindo do emprego estadual, buscando transferência para outra instituição

dentro do próprio Estado ou garantindo que o rendimento mensal viesse também de outro emprego – procurou de alguma forma minimizar os efeitos decorrentes dessas incertezas. Como aponta Bauman (2007b, p. 16), percebe-se que “os medos nos estimulam as pessoas a assumirem uma ação defensiva”. Como as perspectivas de vida se apoiam em terrenos instáveis, assim como o são os empregos e as empresas que o oferecem, os afetos e as redes de amor e amizade, sem condições de controlar o ritmo estonteante da mudança, em geral as pessoas concentram seus esforços nas coisas que podem influenciar, procurando reduzir o risco da incerteza do futuro.

Apesar de estarem vulneráveis às provisoriedades, residentes e trabalhadores/as encontravam brechas para atitudes solidárias, como relatou a coordenadora da UBS A, em relação ao apoio que recebeu de residentes de segundo ano, diante da perda/saída de profissionais da equipe:

Profissional de saúde - Então, esta equipe que tenho hoje, as residentes são muito unidas. Ou racha ou gruda e elas graças a Deus que se grudaram. É tão interessante, pois como R2 elas dividiram o ano para fazer gerenciamento e nesse intervalo em que eu não tenho R2 em gerenciamento, elas se dividiram em duplas para fazer alguma coisa próxima da gerência. Para me ajudar elas ficaram com algumas incumbências que elas vão fazer para que eu não me estresse. Elas sabem que se eu me estressar, a coisa não anda [...] é uma coisa fenomenal. Elas tomaram esta iniciativa. Para não deixar cair a peteca. Isto é, claro, mérito delas, mas é um pouco das coisas que elas veem a gente fazendo. Isto é muito legal.
[Entrevista em 23 de janeiro de 2008].

Solidariedade implica ação para tornar melhor aquilo que não está bom e/ou para ajudar quem não está bem e/ou ainda ocasiona, em tempos líquidos, não deixar as coisas piorarem. Não basta apenas desejar a melhora de uma situação ou ser tolerante com ela, é preciso envolver-se com o que está ocorrendo. A transformação da tolerância em solidariedade acarreta o “reconhecimento da penúria e sofrimentos de outras pessoas como responsabilidade própria de alguém, e o alívio, assim, como subseqüentemente, a eliminação da penúria como a tarefa própria de alguém” (BAUMAN, 1998, p. 82). Já nos primeiros meses de formação, uma residente expôs a importância da cooperação para enfrentar as dificuldades que surgem no cotidiano da UBS:

Ressalto a cooperação, o respeito, o carinho e a dedicação da equipe como um todo neste período inicial de três meses, em que enfrentamos algumas situações difíceis, principalmente no mês de março, quando ficamos sem a presença de uma coordenadora, visto que a substituta da mesma [que estava de férias] foi afastada da equipe [ressalto que a mesma foi demitida, como foi explicitado pela residente, mesmo exercendo o papel de coordenadora à época].

[Residente E. Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

Nesse sentido, o envolvimento dos/as residentes com os/as usuários/as e com a equipe em que atuavam é uma das possíveis resistências ao ambiente líquido-moderno. A população dos territórios vinculados às UBS cresceu ao longo desses anos, enquanto que o número de profissionais diminuiu e as UBS, tanto as construções próprias do Estado como as casas de dois pisos alugadas, não foram ampliadas; apenas sofreram reformas ou foram deslocadas em virtude da violência local, causada pelo tráfico de drogas, e da precariedade das estruturas físicas.

O estado de permanente precariedade das condições de trabalho nas unidades, aliado à incerteza sobre o futuro institucional e à opressiva situação de insegurança do presente – devido à demanda dos/as usuários/as por atenção exceder ao que a equipe de saúde podia propiciar –, tornava instável o cotidiano dessas equipes. Se, em outros tempos, o trabalho podia ser visto como uma vocação ou uma missão, atualmente, por proteção ou não, essas condições estimulavam o desengajamento de profissionais e técnicos/as de saúde, que expressavam em suas falas um sentimento de abandono do gestor estadual, por não tomar posições frente à necessidade de redefinir o papel da instituição, conforme é transcrito a seguir:

Profissional de saúde - É um investimento que te mantém no governo, seja no governo do Estado ou do Município. Eu não consigo entender, sinceramente. Aí o Estado quer se livrar do Murialdo e faz um pacto com o Município. Discutem medicações, isso, aquilo, entende. Mas tu não pode simplesmente extinguir um serviço como esse, que é de capacitação. A gente sabe e tem exemplo disso, dos nossos residentes que saíram daqui e assumiram cargos e funções, em concursos, o pessoal sai qualificado daqui, mesmo com as dificuldades que a gente tem, mesmo com a escassez que nós temos de preceptores, eles saem com uma bagagem daqui, porque os que ficam pelo menos ficam segurando e fazem acontecer, então a falta de iniciativa, a falta de injeção de recursos é algo que eu não consigo entender, porque fazem isso. “Ah, porque eles querem privatizar a saúde pública”. Então faz o seguinte, manda tudo à pqp e fecha tudo. Privatiza e acaba, mas não torturem, porque é tortura isso. Agora, não querem privatizar. Ah, porque tem todo o esquema de saúde sanitária [...]. Eu não consigo entender. O governo gasta muito mais, o Estado gasta muito mais. Se tu podes prevenir, tu sabes que prevenir funciona. Então, é complicado, pois temos trabalhado nessa capacitação, na formação de residentes com o mínimo que nós temos e mesmo assim estamos conseguindo formar bons profissionais. Então imagina se nós tivéssemos condições adequadas para isso.

[Entrevista em 31 de agosto de 2007].

Mas não foram somente as equipes do Murialdo que estiveram sujeitas a provisórias. Durante 2007, por vários meses consecutivos, os jornais de circulação em Porto Alegre estiveram ocupados com notícias sobre o problema de contratação de profissionais para as equipes da Estratégia de Saúde da Família, que são gerenciadas pela SMS. Isso aconteceu após manifestação da antiga gestora das contratações das equipes, a FAURGS, que encerrou o contrato com a SMS por pendências de repasse do pagamento acertado entre ambas. Sem processo licitatório adequado, a SMS contratou outra entidade para gerenciar as 84 equipes por um ano, no valor de R\$ 2,3 milhões, cujo convênio foi firmado em 17 de agosto de 2007. Logo depois, o Tribunal de Contas do Estado (TCE) bloqueou o andamento do contrato com o Instituto Sollus, mas o Pleno do TCE cassou a medida cautelar e o contrato de parceria foi liberado. Em carta aberta à população, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) manifestou seu repúdio a essa questão, trazendo a público os reflexos desse acontecimento no acesso aos serviços de saúde, quando trabalhadores/as das equipes da ESF foram demitidos/as às vésperas de uma campanha de vacinação e, devido à troca de instituição contratual, ficaram por um mês com o contrato suspenso. O CMS também encaminhou informações ao Ministério Público sobre irregularidades contratuais nesse convênio. Em 2010, as investigações constataram desvio de verbas públicas e está sendo apurado quem são os responsáveis.

Frente ao quadro descrito acima, trago algumas reflexões de Bauman, que me possibilitaram entender o campo e o contexto cultural em que o mesmo estava inserido, referente à separação entre o poder do Estado e a política, da qual

[...] se esperava, desde o surgimento do Estado Moderno e até muito recentemente, que compartilhasse as funções do Estado-Nação. Entre ambos, os dois resultados inter-relacionados desse divórcio obrigam ou encorajam os órgãos do Estado a abandonar, transferir ou [...] subsidiar e terceirizar um volume crescente de funções que desempenhavam anteriormente. Abandonadas pelo Estado, essas funções se tornam um playground para as forças do mercado, notoriamente volúveis e inerentemente imprevisíveis e/ou são deixadas para a iniciativa privada e aos cuidados dos indivíduos. (BAUMAN, 2007b, p. 8).

Nos setores de educação e saúde, no país, a presença de inúmeros/as trabalhadores/as com contratos provisórios terceirizados tem sido comum, provocando

instabilidade no caso do Murialdo, tanto na residência quanto na assistência. O estudo da gestão local de dois municípios do Rio Grande do Sul por Carlos Alberto Protti, Joice Marques e Liane Beatriz Righi (2004, p.221) refere que “a estruturação da rede básica a partir do programa de Saúde da Família tem promovido o desenvolvimento de uma rede sustentada na terceirização”, que é o que vem ocorrendo no município de Porto Alegre até 2010.

Em relação ao papel do Estado, Bauman (2007) também atribui à perda de valor da ação coletiva a retração ou redução gradual da segurança endossada pelo Estado, contra o fracasso e o infortúnio individuais, dizendo que:

Os laços inter-humanos, que antes teciam uma rede de segurança que dependiam de investimento de tempo e esforço e valiam o sacrifício de interesses individuais imediatos [...], se tornam cada vez mais frágeis e reconhecidamente temporários. A exposição dos indivíduos ao capricho dos mercados de mão-de-obra e de mercadorias inspira e promove a divisão e não a unidade. Incentiva atitudes competitivas, ao mesmo tempo que rebaixa a colaboração e o trabalho em equipe à condição de estratégias temporárias que precisam ser suspensas e concluídas no momento em que se esgotarem seus benefícios. (BAUMAN, 2007b, p. 8-9).

Nesse sentido, esse e outros autores (RICHARD SENETT, 2008, p. 13-14) analisam as consequências trazidas pela provisoriedade constante, que acarreta precariedade nas conformações de instituições, serviços, programas e nas nossas vidas.

O colapso do pensamento, do planejamento e da ação por longo prazo, e o enfraquecimento das estruturas sociais nas quais estes poderiam ser traçados com antecedência, leva a um desmembramento da história política e das vidas individuais numa série de projetos e episódios de curto prazo [...]. Cada passo seguinte deve ser uma resposta a um diferente conjunto de oportunidades e a uma diferente distribuição de vantagens, exigindo assim um conjunto diferente de habilidades e um arranjo diferente de ativos. (BAUMAN, 2007, p. 9).

Tem sido apontado, como já mencionei anteriormente, que a formação de profissionais de saúde é um dos nós críticos para implementação de princípios e diretrizes do SUS. Entretanto a discussão da precariedade do trabalho no SUS não é menos relevante, como pude observar ao longo do trabalho de campo e diante da conjuntura nacional desse problema. Em 2003, o MS criou o Comitê Nacional

Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2003b). De lá para cá, diversos documentos dão conta de divulgar esse processo, ainda com pouca repercussão no quadro nacional. Um dos documentos escritos pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apontava as principais causas para o problema (BRASIL, 2004d). Entre elas, estão: a Lei de Responsabilidade Fiscal e os limites para gasto com pessoal; as dificuldades de realização de concurso público; a lentidão na reposição, substituição e/ou ampliação de trabalhadores; falta de vontade política dos gestores nas diversas esferas de governo para regularizar essa demanda, inviabilizando expansão de ações na saúde, sobretudo na Atenção Primária. A inexistência de Planos de Cargos, Carreiras e Salários, que contemplem as especificidades de vínculos, cargos e carreiras, a avaliação de desempenho e a remuneração adequada também contribuem para o agravamento da precarização do trabalho no SUS.

O CONASS define como situação de precariedade os contratos por tempo determinado e os vínculos com cooperativas. Essa definição foi adotada também na pesquisa *CONASS/RH na SES*, que assinalava que, em 2001/2002, existiam, na administração direta das SES, 33.919 funcionários/as em situação de precariedade, dos/as quais 29.748 tinham contratos provisórios (por tempo determinado) e 4.171 eram ligados a cooperativas. Os dados sobre o Programa de Saúde da Família, em 2001/2002, apontavam que 64,4% dos/as médicos/as e 63,5% dos enfermeiros/as, nas 12.259 equipes de saúde da família pesquisadas, tinham vínculos precários. Um grande número de funcionários/as descentralizados/as para estados e municípios é oriundo do antigo INAMPS (aproximadamente 50 mil) e da FUNASA (em torno de 26 mil). A aposentadoria dos/as mesmos/as é apontada como uma das razões de precarização do trabalho, pois não existe previsão de reposição desses/as trabalhadores/as. Situação similar pode ocorrer com funcionários/as do Estado municipalizados/as, pois não é prevista reposição quando das suas aposentadorias.

O documento elaborado pelo CONASS enfatizava em seu texto que “a gestão do trabalho na saúde encontra-se engessada pela regulação rígida do emprego público”, aliada à “excessiva precarização dos vínculos empregatícios” (BRASIL, CONASS, 2004d). Esses aspectos afetam de igual modo o quadro de trabalhadores

(preceptores/as e técnicos/as de enfermagem e administrativos/as) das equipes das UBS do Murialdo.

Em outra cartilha do CONASS sobre a gestão do trabalho no SUS é discutido que a precariedade do trabalho em saúde parece não estar ligada diretamente ao desemprego, visto que o próprio SUS é “um forte indutor de empregos” (BRASIL; CONASS, 2007e). É apontada como preocupante a heterogeneidade de vínculos nesse conjunto de transformações, pois o sistema de saúde brasileiro vem incorporando a terceirização dos serviços em números e formas diferentes nas diversas esferas de governo. Segundo Antenor Amâncio Filho (2004, p. 376),

a globalização vem implicando mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais. Para enfrentar a nova divisão internacional do trabalho, políticas de corte neoliberal propõem mudanças em relação ao tamanho e às atribuições do Estado, advogam a desregulamentação das economias nacionais, enfatizam o papel do mercado e adotam um amplo programa de privatizações na esfera pública, incluindo áreas tradicionais de atuação, como educação e saúde, para reduzir os gastos estatais.

Quanto ao envolvimento de profissionais de saúde do Murialdo com a residência e a orientação de alunos/as de graduação em estágio na instituição, é importante considerar que estes/as não tinham acesso às bolsas de tutoria e preceptoria – propostas, em 2005, para os programas de residência financiados pelo MS – por se tratar de programa estadual que garante somente bolsas de residentes. As bolsas do MS visavam a estimular a incorporação da função de preceptoria de residentes e discentes de cursos de graduação por profissionais que realizavam assistência nos serviços públicos de saúde, via repasse de verba do governo federal para os programas de formação (Programas de Residência financiados pelo MS, Pró-Saúde e PET-Saúde). Nas UBS do Murialdo, a carga horária de preceptoria era computada dentro da carga horária de trabalho.

Observa-se, pois, que a municipalização das UBS do Murialdo não solucionará automaticamente todas as questões de fundo da precariedade do trabalho nos locais de assistência e formação da residência. Os pronunciamentos do secretário municipal de saúde, nas audiências públicas, durante o período de observação de campo (2007 a 2008), apontavam que, para aceitarem a municipalização das UBS, precisavam que a

SES/RS repassasse, além de trabalhadores/as, também recursos financeiros ao município (PORTO ALEGRE. Câmara dos Vereadores, 2007). Cabe salientar que a rede municipal da atenção básica, na época, estava e permanece aquém do que era/é necessário para atender à população da cidade.

Os vínculos precários e a rotatividade das equipes são aspectos detectados em vários estudos, entre eles o que foi realizado por Eleonor Minho Conill (2008) sobre a implantação da ESF, em Florianópolis. Essa autora analisou a atenção primária, enquanto política de reforma setorial, e detectou as seguintes deficiências: acesso (relação inadequada entre equipe e número de famílias) e integralidade (problemas na referência para especialidades). Constata-se, assim, que as dificuldades enfrentadas nas UBS do Murialdo são partilhadas em outros serviços no país e, provavelmente, em outros “espaços-tempos” de formação.

5 SABERES E PRÁTICAS CONSTITUTIVOS DA FORMAÇÃO E DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

“Preparar-se para a vida” – aquela tarefa perene e invariável de toda a educação – deve significar primeiro e, sobretudo, cultivar a capacidade de conviver em paz com a incerteza e com a ambivalência, com uma variedade de pontos de vista e com a ausência de autoridades confiáveis e infalíveis; deve significar tolerância em relação à diferença e vontade de respeitar o direito de ser diferente; deve significar fortalecer as faculdades críticas e autocríticas e a coragem necessária para assumir a responsabilidade pelas escolhas de cada um e suas conseqüências [...]. (BAUMAN, 2008, p. 177).

Na escrita deste capítulo, procuro dar visibilidade a tensões, preconceitos, possibilidades e desafios que permeiam o processo de trabalho em equipe e a formação em serviço no cotidiano das unidades de saúde, influenciadas pelas *vivências culturais* de preceptores/as, coordenadores/as, técnicos/as e residentes e que produzem modos de subjetivação (e modificam a construção de identidades) do que é ser profissional de saúde nos contextos acompanhados. Entendo cultura “como um campo de disputa pela significação”, conceito que transcende e complexifica o sentido que usualmente lhe é atribuído, quando nos referimos a ela como “bagagem cultural”. Esse termo remete à ideia de um “conjunto finito e fixo de coisas, que alguém voluntariamente empacotou e transporta para usar da mesma forma em variados lugares” (MEYER, 2000, p. 37). Para estarem ali, no ambiente das UBS, e ocuparem certas posições, os/as trabalhadores/as de saúde (em que se incluem preceptores/as, técnicos/as e residentes) estiveram implicados

com escolhas, com a gestão de conflitos pessoais e grupais, com o domínio de um determinado tipo de conhecimento acerca daquilo que se possui e que se deseja continuar possuindo, bem como das necessidades que podem se manifestar [nesses] lugares. (MEYER, 2000, p. 37).

Ceccim e Capozzolo (2004, p. 380), tecendo articulações entre o trabalho em saúde, a “afirmação da vida” e a educação de profissionais de saúde, admitem que

o trabalho em saúde apresenta alta complexidade tecnológica e é constituído de várias tensões, lida ao mesmo tempo com normas e padronizações de atendimento e com a singularidade da experiência; combina atividades programáticas e projetos terapêuticos individuais; realiza intervenções voltadas

para diminuir riscos e, ao mesmo tempo, aumentar a potência de autodeterminação do usuário para instituir as próprias normas. Esse trabalho depende de cada ato profissional, mas também da atuação conjunta dos profissionais.

Considerando a experiência da residência integrada em saúde, que suscita o encontro das diversas profissões de saúde para o trabalho em equipe, fato não comum durante a graduação, pressupõe-se que a potencialidade desta formação seja, como propõe Bauman (2007a, p. 21), “contestar o impacto das experiências do dia-a-dia, enfrentá-las e por fim desafiar as pressões que surgem do ambiente social”. É preciso também desenvolver características indispensáveis para uma prática eficaz em condições moderno-líquidas como

o olhar ampliado e a escuta qualificada, a responsabilização e o envolvimento dos profissionais com a finalidade de aliviar sofrimentos e de produzir saúde, o trabalho em equipe, a abertura dos profissionais para incorporar outros referenciais e analisar seus atos. (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 380).

Essa complexidade do trabalho em saúde, que acompanha a “formação em situação de trabalho”, segundo o autor e a autora, não se refere apenas à constituição de saberes e práticas ou a tecnologias e intervenções, mas também ao envolvimento dos/as profissionais na produção dos atos de saúde. A compreensão de que as práticas de saúde se constituem no cuidado do outro é fortemente influenciada pelos processos identitários presentes na formação e pelas representações construídas socialmente de quem é este outro/a (usuário/a) e de quais são as nossas identidades profissionais.

A perspectiva da formação multiprofissional em serviço, em conjunto com a educação permanente nos serviços de saúde, busca produzir reflexões acerca do que são essas práticas, que vínculos e responsabilidades estão envolvidos no fazer em saúde. Retomo, aqui, as observações de Bauman, discutidas no capítulo 2, sobre o sentido mutante de “uma educação para toda a vida”, presente na modernidade sólida, para “uma educação ao longo da vida”, requerida na “modernidade líquida”. A afirmação do autor de que a educação das escolas não prepara/ou para o que ocorreu e vem ocorrendo no “mundo do lado de fora” dessas escolas (universidades) é endossada pelo movimento que, reconhecendo o fato, apostou na emergência das residências multiprofissionais. A partir da constatação de que as condições moderno-

líquidas contemplam a presença da ambivalência, da contingência, da ambiguidade e da incerteza, cabe trazer para a cena, aliada aos objetivos de a formação preparar profissionais para atuar no SUS, algumas das características apontadas por Bauman (2008, p. 176), no início deste capítulo, como necessárias para preparar-se para a vida, que incluem:

[...] cultivar a capacidade de conviver em paz com a incerteza e a ambivalência, com uma variedade de pontos de vista e com a ausência de autoridades confiáveis e infalíveis [...]. (ibidem, p. 176).

Durante entrevistas com preceptoras de duas profissões e de equipes diferentes, ambas relataram o fato de egressos reconhecerem a importância da formação, apesar das críticas que fazem durante a residência. Segundo elas, o reencontro com ex-residentes propiciou o resultado de que os/as mesmos/as conseguem ser bem aproveitados/as após a finalização da RIS e sentem-se preparados/as para aceitar os desafios de outros trabalhos:

Profissional de saúde - É muito bonito ouvir isto quando a gente os encontra na rua: “Que saudade que eu estou de lá, eu era feliz e não sabia”. A ex-residente de Enfermagem veio visitar a gente neste final de ano. Ela está num lugar que não tem água tratada, este tipo de coisa. Ela disse: “Eu estava no paraíso e não sabia mesmo”. Ela está como coordenadora do posto de lá e disse que coordenar uma coisa que não tem recurso nenhum é um inferno. Ela reconhece o que tiveram aqui e disse: “Se eu não tivesse passado no Murialdo, eu não estaria tão tranquila quanto estou hoje”. Eles voltarem para visitar a gente. Eu acho bárbaro, contarem como estão as coisas. Ouvir de ex-residentes: “Você não tem ideia da importância das coisas que eu aprendi aqui”. Isto mantém a gente ainda, eu acho.
[Entrevista em 23 de janeiro de 2008].

A partir desse relato, poderia dizer, então, que *estamos fazendo uma boa formação*, mas o excerto acima em conjunto com outras leituras mobilizou reflexões sobre as exigências da “modernidade líquida” e de seus desafios educacionais, explicitadas pelo sociólogo da ambivalência. Não tenho dúvidas de que realizar esta formação implica “conviver com uma variedade de pontos de vista”. A pluralidade é uma de suas marcas, pois além de conviver com profissionais das diversas áreas da saúde, lidar com as diferentes demandas de usuários/as que buscam os serviços e que atribuem significados singulares ao processo saúde-doença, o/a residente precisa fazer

escolhas perante os modelos de atenção que estão em disputa nesse contexto e assumir as suas consequências.

Os contextos por onde andei contemplam a convivência com uma diversidade de experiências, que podem suscitar o desenvolvimento de algumas das características indicadas por Bauman como importantes para o “preparo para a vida líquido-moderna”, entre elas deve-se procurar “fortalecer as faculdades críticas e auto-críticas e a coragem necessária para assumir a responsabilidade pelas escolhas de cada um e suas consequências [...]” (BAUMAN, 2008, p. 177). As observações da residente, no excerto do relatório a seguir, sugerem que a aprendizagem também se faz a partir de experiências que não deram certo, desde que se possa pensar, propor, avaliar e se permitir o erro.

Este trimestre foi um momento de ousar e assim ter mais liberdade para inovar e propor mudanças, pois no primeiro trimestre estávamos ainda conhecendo a realidade e nos inserindo no contexto da UBS, assim como da residência. A elaboração deste relatório tem sido um momento difícil, principalmente porque me faz pensar nas atividades em que nos implicamos, investimos energia e que não deram certo. Tudo isso além de gerar um grau de frustração tem que servir para avaliar e aprender, mas a pergunta principal que me faço neste momento é: a demanda para estas atividades eram nossas ou da população? Soubemos divulgar? Ou ainda, dar-se conta de que, muitas vezes o que não conseguimos mesmo é falar a mesma língua [...]. Duas atividades que suscitaram este sentimento em mim, pois não saíram do papel, foram a oficina de relaxamento e corporalidade e o grupo de convivência propostas em conjunto com residentes de outras áreas.

[Residente F – Relatório 2º trimestre do primeiro ano – agosto de 2007].

Segundo Senett (2008, p. 117-118), na cultura do novo capitalismo, o fantasma da inutilidade tornou-se um drama cultural que as pessoas procuram superar, tornando-se importantes e úteis aos olhos dos outros através da perícia, isto é, do desenvolvimento de alguma capacidade específica. Concordo com o autor, quando diz que o aperfeiçoamento de tarefas rotineiras pode ser conseguido através de tentativa e erro, mas acresço a isso a importância da reflexão e do aprendizado coletivo. Nesse sentido, aos/às residentes em formação era permitido inventar novas formas de fazer em saúde, mas diante do fato de não dar certo, precisavam aprender a lidar com a frustração.

Os/as residentes poderiam, assim, aprender com as diferenças a respeitar o direito de ser diferente, fortalecer as faculdades críticas e assumir a responsabilidade por suas escolhas. Enfrentavam situações das quais, provavelmente, foram protegidos

durante a formação na graduação, como, por exemplo, lidar com “as pessoas que ficaram fora do jogo de consumo” nos territórios em que elas vivem e no qual nós podemos ser os/as estranhos/as. Pessoas que possuem demandas desconhecidas e que, vivendo em becos e morros da cidade, são incluídos em uma “categoria a que o resto de nós prefere não pertencer” (BAUMAN, 2008, p. 100).

O sociólogo ainda indica que se preparar para a vida deve “[...] significar tolerância em relação à diferença e vontade de respeitar o direito de ser diferente”. Nesse sentido, torna-se necessário, então, problematizar a noção de tolerância proposta por Bauman (2008). Guacira Lopes Louro (2004) alerta para o fato de que o incentivo ao convívio e ao respeito da diversidade de sujeitos e grupos sociais nas sociedades atuais, muitas vezes, omite os choques e as disputas que acompanham e integram tal multiplicidade cultural, parecendo sugerir que existe uma convivência harmoniosa da diversidade. Para essa autora,

tudo isso é um tanto quanto escorregadio. Não podemos esquecer que quem *tolera* é sempre aquele ou aquela que detém uma posição mais confortável, de algum modo superior, enfim, alguém que pode consentir, alguém que permite, que aceita. Na noção de tolerância está implícita a assimetria, existe um sujeito que tolera e outro que é tolerado; em consequência, tal perspectiva não coloca em xeque, efetivamente, a hierarquia, a classificação e os conflitos que existem entre os vários grupos. Nesta ótica, não se sacodem as relações de poder em funcionamento. (LOURO, 2004, p. 4).

A tolerância pode disfarçar uma posição de superioridade que permite ao outro estar lá, desde que não ultrapasse os limites do espaço delimitado para sua ocupação. Uso as ideias de Louro e Bauman para problematizar o sentido ambíguo que a palavra tolerância traz consigo, podendo, nos contextos de formação, reforçar a superioridade dos saberes técnico-científicos em detrimento dos saberes populares, dos saberes das ciências da saúde em relação aos saberes das humanidades, dentre outras coisas. Bauman (1999, p. 247), ao apontar a necessidade de transformar a contingência em nosso destino, em vez de sina, diz que a “uma sina comum bastaria a tolerância mútua; o destino comum requer solidariedade”. Aceitar a contingência como destino significa entender que há outros lugares e outras formas de viver que podem ter sido preferidos por pessoas de outras sociedades, e que a preferência delas deve ser respeitada. A

linguagem da tolerância, embutida na contingência, cria uma possibilidade de evitar a humilhação dos outros, mas só isso não basta, pois pode significar “a indiferença e a despreocupação que resultam da resignação”, isto é, quando se assume a contingência como sina e se convive com o estranho por falta de alternativas. Para assumir o potencial emancipatório da contingência, o autor reitera que é preciso respeitar o outro na sua alteridade e nos seus direitos e assumir o trânsito da tolerância à solidariedade.

Possivelmente essas aprendizagens não seriam possíveis em outros contextos institucionais em que a pressão por resultados rápidos é intensa, condição que parecia ainda ter efeitos heterogêneos sobre a formação em serviço nas UBS. A possibilidade de criar, inventar, experimentar o novo, no entanto, nem sempre era bem acolhida, como relatou uma preceptora entrevistada, o que poderia também estar vinculado ao fato de que algumas atividades eram consideradas como específicas de algumas profissões.

Profissional de saúde - [...] permitir e possibilitar que algumas atividades sejam realizadas por residentes, sabe, apoiar, deixar fazer, nem que não dê certo. Por exemplo, vamos fazer consulta coletiva com bebês, tentar fazer grupo de mães, vamos fazer um Pra-Nenê não só com a Medicina e a Enfermagem, vamos deixar a Odontologia e a Nutrição atender também. De que forma eles vão fazer isso, agora sim, vamos discutir a forma de fazer, e não dizer “Ah, não dá, isso não dá certo, isso não vai criar vínculo”.

[Entrevista em 15 de setembro de 2007].

Algumas observações parecem relevantes para entender a diversidade do que encontrei. O primeiro aspecto observado é a variedade de áreas profissionais entre preceptores/as e residentes e, dentro delas, as possíveis especialidades cursadas por tais profissionais. A análise de uma das profissões pode dar uma ideia disso. Por exemplo, em relação à Medicina, temos preceptores/as especialistas em Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia, Psiquiatria, Pediatria e Medicina Interna. Se atentarmos para o caráter público ou privado das instituições onde residentes ingressantes em 2007 fizeram sua formação, pode-se mapear outras diferenças presentes (Apêndice C). Assim, foi possível observar nos relatos de residentes e preceptores/as da mesma profissão que seus cursos possuíam características diferentes em termos de predomínio de conteúdos de saúde coletiva e de vivências nos serviços.

Isso pressupõe que o desenvolvimento do currículo do programa de residência integrada em saúde (RIS) convive com diferentes motivações e expectativas, com graus diferenciados de dificuldade dos/as residentes em apropriar-se dos saberes e das práticas da atenção básica. Essas diferenças tanto podem gerar incompatibilidades entre os sujeitos no cotidiano quanto propiciar várias formas criativas do fazer em saúde, no entrecruzamento de saberes e práticas.

Pode-se considerar que não há homogeneidade nas vivências culturais de preceptores/as e residentes da RIS e que as diferenças fazem parte de suas marcas. Alguns exemplos simples podem reforçar essa compreensão, como o pouco conhecimento sobre epidemiologia por parte de residentes de Serviço Social e Psicologia e a provável ausência de aprendizagens sobre como trabalhar com grupos no currículo dos cursos de Odontologia, Enfermagem e Medicina. Essas percepções também são relatadas por residentes quando entram em contato com as atividades de reflexão teórica de campo da ABS, comum a todas as profissões no decurso do primeiro ano de formação. Ao mesmo tempo, estão realizando as atividades práticas, como aponta a residente de Odontologia:

As aulas de quarta-feira no mês de maio foram muito interessantes, pois foram abordados temas de análise e tipo de famílias, elaboração e utilidade do genograma, e no fim de junho iniciamos o estudo do trabalho em grupos na atenção básica. O conhecimento adquirido neste período foi de muita valia, uma vez que eu desconhecia esses assuntos, mas sempre tive vontade de estudá-los, já que eu gosto de trabalhar com famílias e grupos. Fiquei bem feliz quando percebia que algumas práticas por mim adotadas eram corretas, mas por outro lado, ficava um pouco aflita quando reconhecia nas aulas atitudes errôneas que por vezes havia cometido em algumas das minhas intervenções.

[Residente A, Relatório 2º trimestre do primeiro ano – agosto de 2007].

Os tempos e os espaços em que a teoria se articula com as práticas parece ser uma das dificuldades dos processos educativos nessa formação multiprofissional, pois não é possível ordenar o que acontece no cotidiano da formação em serviço e é quase impossível ter uma correspondência entre ambas. Os espaços de seminários e discussão de casos na equipe e na atividade de reflexão teórica de campo da ABS tentam suprir essa necessidade de desvendar e problematizar as práticas de saúde. A troca que ocorria entre as equipes nesse espaço de produção de conhecimento, durante o período do trabalho de campo, contava com a participação de poucos/as

preceptores/as, em geral somente aqueles/as da equipe que estava apresentando a discussão de caso previamente agendado. Durante as reuniões de equipe, acompanhei as combinações de organização dos casos que seriam apresentados e discutidos com as demais equipes. Entre as combinações, era escolhido o caso que seria tratado e decidia-se quem deveria preparar a apresentação. Geralmente, o preparo e a apresentação do caso cabiam aos/às residentes de primeiro ano, mas a escolha do caso era realizada pela equipe. Os/as residentes de segundo ano colaboravam com a discussão, porque já conheciam o/a usuária e/ou sua família. A participação de técnicos/as de enfermagem e administrativos na discussão de caso não era comum, o que podia demonstrar falta de interesse ou exclusão da discussão. Por vezes, tinham dificuldade de estabelecer horário comum para a maioria dos membros da equipe, a fim de organizar a apresentação, porque os/as preceptores/as cobriam, em geral, duas equipes, e os/as residentes tinham alguns turnos bloqueados pelas aulas e por estágios em outros campos de formação, como registrei no diário de campo:

A pauta naquela manhã iniciou com a preocupação da organização da apresentação do estudo de caso. Os residentes discutiram como fazer e pediram para usar horário à tarde para se reunirem, mas um preceptor ponderou que havia agendas para atenderem à tarde. A psicóloga trouxe para a discussão porque ainda não ocorrera o preparo da apresentação. Citou o exemplo de outra UBS, que conseguia manter horário semanal para seminário e estudo de caso. Uma das dificuldades apontadas pelo grupo foi o fato de preceptores/as e residentes (os de Fisioterapia) atenderem em duas UBS. Combinaram de fazer a discussão de caso na próxima reunião de planejamento e uma residente de segundo ano se dispôs a colaborar no encaminhamento desta questão, pois era seu mês de gerenciamento. A reunião seguiu com outras pautas [...].

[Diário de Campo – 3 de setembro de 2007, reunião de equipe, UBS B].

Essa atividade, apesar da dificuldade de engajamento das equipes de trabalhadores/as, constituía-se em um importante exercício de integração de residentes das diversas profissões, possibilidade, em geral, pouco vivenciada por aqueles recém-oriundos da graduação. Mesmo não apresentando resposta para todas as dificuldades que surgiam no encaminhamento da situação discutida, certamente os estudos de caso (não necessariamente clínicos) produziam muitas reflexões e releituras do cotidiano e funcionavam como dispositivo para pensar a integralidade do cuidado, como observei na leitura dos relatórios de residentes.

Os estudos de caso acontecem nas quartas-feiras, das 11 às 12 horas. É um momento para a equipe refletir sobre suas práticas, buscar sugestões de outras equipes e mostrar seu trabalho. Alguns temas trazem questionamentos relevantes e sugestivos para a melhora do nosso serviço [...]. Tem sido um espaço proveitoso, com muitas novidades e ideias.

[Residente G, Relatório 1º trimestre do primeiro ano– maio de 2007].

Camargo Junior (2007, p. 38) aponta que há importantes obstáculos à proposta da integralidade em saúde e, entre eles, cita que

a Medicina tem uma formação profissional [e eu diria também a Odontologia, a Fisioterapia e a Psicologia, entre outras] que ainda supõe a prática liberal individual, privada, como horizonte maior. O trabalho nas áreas ambulatoriais não-especializadas e/ou nos programas de saúde da família é visto como tarefa menor, que é desvalorizada pela corporação.

Apesar da atenção básica, atualmente, se constituir como a principal porta de entrada ao SUS, atendendo a quase 90% das demandas da população, e a Estratégia de Saúde da Família ser considerada uma política prioritária pelo MS (LUIZ ODORICO M. ANDRADE et al., 2006), alguns preconceitos ainda acompanham a formação e o trabalho nesse âmbito. Com o auxílio do dicionário, entende-se que a palavra preconceito significa um *pré* conceito daquilo que não é conhecido a fundo. A palavra *preconceito* tem como significado

uma opinião ou um conceito formados por antecipação, geralmente destituídos de análise mais profunda ou conhecimento de determinado assunto, sem levar em consideração suficientes argumentos contrários e favoráveis, sem o devido cotejo entre os múltiplos aspectos que incidem sobre os fatos.³²

Com esses significados, é possível entender, por exemplo, que a rejeição da atenção básica como possibilidade de trabalho pode vir do desconhecimento que os/as profissionais de saúde têm sobre a relevância desse nível de atenção no SUS, pois geralmente foi um contexto pouco vivenciado durante a graduação. Políticas de educação e saúde recentes do MS e do MEC têm incentivado uma reversão dessa situação, acompanhando e reforçando a implantação das diretrizes curriculares

³² PRECONCEITO. In: DHNET. Natal: DHnet Rede Direitos Humanos e Cultura. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/sc/scdh/parte1/conceitos/preconceito.html>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

nacionais dos cursos de graduação através de programas de inserção dos graduandos na atenção básica, como o PET-ESF (BRASIL, 2008, 2010a).

Tal preconceito também sustenta o entendimento que tem prevalecido, por muito tempo, da hierarquização da atenção à saúde em níveis de complexidade, com base nas "tecnologias duras" utilizadas em cada serviço (MERHY, 2002), as quais desconsideram os aspectos relacionais presentes nas situações que constituem os cenários da atenção básica. Em geral, era (e ainda é) atribuída, ao trabalho desenvolvido no hospital, uma complexidade superior ao trabalho desenvolvido em ambulatórios e unidades de saúde, em função do grande aparato tecnológico utilizado e da ênfase na superespecialização de diagnósticos e procedimentos. Em razão disso, os profissionais que exercem suas atividades no âmbito hospitalar detêm um *status* de maior reconhecimento entre seus pares, enquanto os que trabalham em unidades de saúde são chamados de forma pejorativa como o/a “médico/a do postinho”³³.

O fato de as tecnologias utilizadas na atenção básica serem consideradas de baixa complexidade, porque ocorrem fora do âmbito hospitalar, fez/faz com que diferentes grupos sociais não valorizassem/valorizem os profissionais que se dedicam a esse trabalho. No entanto isso é desconstruído já nos primeiros meses do programa de residência, conforme descreve a residente de primeiro ano de Serviço Social, em seu relatório trimestral, sobre suas vivências na UBS. No relato, ela sinaliza a complexidade com que se depara na atenção básica e que exige, além de desenvolver ações, planejá-las, discuti-las e elaborar consensos, quando se trabalha com a noção de “equipe integração” (PEDUZZI, 2001).

Iniciamos nossa residência em fevereiro de 2007 com grandes expectativas, depois de enfrentar um exigente processo seletivo. Os primeiros dias suscitaram sentimentos e desejos confusos. Muitas informações precisavam ser absorvidas em pouco tempo, e mesmo sem compreender todas as inserções, possibilidades e limitações fomos desafiados a fazer escolhas [...]. Muitas dúvidas, questionamentos, observações e buscas até conseguirmos compor esse quebra-cabeça do funcionamento da unidade básica de saúde. *Nada de básico, tudo inicialmente muito complexo*, muitos horários, fluxos, cronogramas, planejamentos individuais e coletivos até que tudo funcione de modo talvez não satisfatório a todos, mas possível dentro de todas as demandas e necessidades.

[Residente H, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

³³ Expressão citada por uma das médicas entrevistadas.

Uma das entrevistadas, que foi residente e se encontrava na posição de preceptora, relatou situações da presença desse preconceito com o trabalho na atenção básica quando teve seu trabalho na unidade de saúde avaliado como “não valorizado como deveria ser” e caracterizado como mais estressante por alguém da própria categoria profissional.

Profissional de saúde - Eu tenho uma prima que é médica e a gente conversa muito, quando ela vem me visitar, ela diz “como você está estressada”. Ela já atendeu o setor público e agora só faz coisa particular. Ela está muito bem, ganha muito bem, trabalha bastante, mas ganha muito bem. Ela é ginecologista e faz muita cirurgia e eu, antes, quando a gente estava na universidade, eu queria fazer cirurgia também, mas eu queria outra área, não queria ginecologia. Ela viu, quando eu optei por Medicina de Família e Comunidade, que eu cruzei uma barreira muito diferente. “Ganho você não vai ter, você nunca vai ganhar como eu.” Ela ganha 30.000 reais por mês, ela opera e opera muito. Sabe quando eu vou ganhar isso? Jamais. Nunca. Ela disse: “Você se estressa muito com o trabalho que você faz”. Ela, também, me disse: “Estes pacientes não são teus, estes pacientes são do SUS”. Eu não considero isto, mas do ponto de vista do estresse que ela estava me vendo passar. “Você ganha muito pouco para fazer tudo que você faz. Você não é valorizada do jeito que deveria ser. Você se estressa demais e ganha muito pouco.” Ela quer que eu vá trabalhar com ela na clínica. Ela disse: “Você não tem futuro trabalhando no serviço público. Não tem segurança financeira.” Eu jamais vou ficar rica com o que eu estou fazendo. São coisas que a gente opta, né. Mas, assim, eu não considero que não são meus pacientes, é SUS, mas são meus. Mas ela vê que o envolvimento que eu tenho é muito maior. Ela só dá este tipo de atendimento para quem é paciente particular.

[Entrevista em 23 de janeiro de 2008].

Afora o não reconhecimento da complexidade vinculada aos aspectos relacionais do cuidado (tecnologias leves) na ABS, outro fator que interfere na valorização desse trabalho e, conseqüentemente, na formação nessa área, está ligado ao significado atribuído ao trabalho nas sociedades contemporâneas capitalistas. Ele está diretamente associado à questão do mercado e à tão apregoada desregulação, que tem se transformado em senso comum em tempos neoliberais. Existe uma campanha de substituição da regulação pública e estatal por uma regulação privada e de mercado. Os efeitos da globalização têm enfraquecido os Estados nacionais na determinação de políticas culturais em seu próprio território e aumentado a pressão por políticas de “céu aberto”. Não podemos nos deixar enganar pela aparente dicotomia entre “estado é igual a regulação” e “mercado é igual a liberdade”. Na verdade, o mercado também sofre regulação através de culturas administrativas e organizacionais, das leis, das inspeções do treinamento e de certificação do pessoal especializado. Portanto não se trata apenas

de optar entre liberdade e restrição, mas de entender que a cultura está inscrita no interior de jogos de poder (STUART HALL, 1997).

Ayres (2000, p. 117) alerta para não contaminar as práticas de saúde com uma lógica eminentemente economicista ou não fazer uso das tecnologias leves “para otimização do uso da tecnologia dura, servindo primordialmente à regulação da demanda e do acesso a esta última”. Nessa conformação, o significado de cuidado adquire suma importância, pois a sua valorização nos modelos tecno-assistenciais de saúde é essencial para a resistência ao seu controle economicista. Nesse sentido, quando é dito que “estes pacientes não são teus, estes pacientes são do SUS” e que os salários são díspares, como se apresenta no relato da entrevista, as interlocutoras estão fazendo distintas escolhas profissionais. Provavelmente, uma dessas escolhas está identificada com a cultura global da desregulação.

Se, por um lado, diversas forças aproximam-se para defender a proposta da universalização, da equidade e da integralidade da atenção e produzir outro profissional de saúde para o SUS, outras forças enredam-se e difundem-se no tecido social, fragilizando o sistema com cortes de verbas e terceirizações dos serviços, como foi constantemente apontado pela mídia, em reportagens de um dos jornais locais, durante o período do estudo (CORREIO DO POVO, 2007, 2008).

A baixa valorização atribuída ao trabalho de profissionais que atuam nas equipes de saúde na atenção básica, quando comparada aos que exercem atividades em outros níveis de atenção e na iniciativa privada, também explicitada na entrevista anterior, provoca sentimentos ambivalentes nos/as profissionais dessas equipes. Isso pesa na balança, quando podem fazer escolhas diante de outras possibilidades de trabalho. Nesse sentido, Amâncio Filho (2004, p. 376) salienta que, frente aos avanços científicos e tecnológicos em todas as áreas de conhecimento – que ocasionam mudanças nas relações sociais e de produção de bens e serviços –, verifica-se uma tendência de que as realizações pessoais se voltem para o consumo e não para trabalho. Desse modo, segundo o autor, preponderaria a busca pela afirmação da identidade pessoal acima do bem-estar coletivo, em que os indivíduos se hierarquizam a partir dos seus ordenados frente à forte influência “ao consumo pelo consumo” na nossa sociedade, onde, crescentemente, o *ser* se define pelo que se consegue comprar. A ilusória posse de

alguém e de algo pode ser um marcador interessante das relações entre profissional-usuário/a, como foi dito no relato. Conforme dito, pagar por saúde pode definir o grau de responsabilidade/envolvimento que entra em jogo nessas relações e, também, o controle a ser exercido pelo/a profissional.

Durante as entrevistas com preceptoras que haviam sido residentes na instituição, chamou minha atenção o relato de que, durante a graduação, não haviam pensado em fazer a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Relataram que foram levadas a essa escolha após realização do estágio como doutorandas no Murialdo ou no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. A abertura dessas instituições aos estágios de graduação tem motivado a inserção de profissionais na residência logo após a conclusão dos cursos de graduação, principalmente da Medicina, mas também de Enfermagem, Nutrição e Odontologia.

As preceptoras de Medicina entrevistadas contaram que haviam pensado e até mesmo inscreveram-se para outro programa de residência, tendo ingressado no Murialdo como segunda opção. Isso ocorre ainda nos processos seletivos recentes, principalmente no que se refere aos/às residentes de Medicina que, não sendo aprovados em outras residências, acabavam por cursar Medicina de Família e Comunidade no Murialdo. Alguns e algumas residentes, após a conclusão do curso, ficavam trabalhando na instituição como preceptores/as, pois se identificavam com o trabalho na atenção básica. Essa era a situação da maioria dos/as preceptores/as de MFC da instituição durante a execução da pesquisa e de algumas preceptoras das áreas de Enfermagem e Nutrição.

Profissional de saúde - Eu jamais tinha pensado em fazer Medicina de Família e Comunidade na minha vida, se bem que na faculdade, eu tive a oportunidade de fazer estágio durante as greves da Universidade [...] na Saúde Comunitária do [Hospital] Conceição. Eu queria fazer cirurgia e tinha um currículo muito voltado para isto. Quando terminei a graduação, eu fiz a prova para a residência e fiquei na suplência, não fui chamada para a cirurgia. Como, naquela época, o Murialdo fazia prova depois de todas as outras e como eu tinha algumas colegas que iam fazer a prova para o Murialdo, eu também fiz a prova. Foi uma surpresa ser médica de família e acho que achei meu lugar nesta trajetória, assim, por acaso.

[Entrevista em 23 de janeiro de 2008].

Os cenários de aprendizagem que predominam na graduação e a valorização atribuída pelas corporações profissionais e pelo mercado à inserção de profissionais de saúde em serviços especializados em “tecnologias duras” pode ser uma das explicações para as desistências que ocorreram durante o estudo. Mesmo a desistência sendo menor nas áreas que compõem o programa multiprofissional, durante o ano de 2007 e 2008, algumas residentes trancaram ou pediram desligamento do curso, ao serem aprovadas em processos seletivos públicos e chamadas para assumirem empregos. Nas UBS acompanhadas, uma psicóloga e uma médica, em uma equipe, e uma dentista e uma enfermeira, na outra equipe, realizaram interrupção do programa. O fato foi considerado por uma preceptora como sendo reflexo do que cada residente buscava quando se inscreveu no processo seletivo:

Profissional de saúde - Eu observo o comportamento das pessoas. Tu vês aquelas pessoas que querem fazer residência para se qualificar, aconteça o que acontecer não desistem. Às vezes, eles até estão com oferta fora ou uma dificuldade, mas estão ali persistindo porque eles querem aquele certificado. Tu observas isso, no dia-a-dia, e observas aquelas pessoas que vêm para a residência buscando trabalho, emprego, que estão desempregadas. O emprego está muito difícil, mesmo para a pessoa formada está difícil se inserir no mercado de trabalho, principalmente quem nunca trabalhou. Então, tu vês as pessoas se escorando na porta querendo emprego como clínico no Parque Belém, hospitais mais pobres, aquele outro lá, o da Vila Nova. Tu vês quantidade de gente chegando com suas certificações querendo trabalho, com formação em Medicina, Enfermagem, uma série de coisas. É só observar um pouquinho onde a gente anda, a gente observa isso, então passam na residência e ficam dois anos reclamando.

[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

O relato de uma das preceptoras de MFC dá visibilidade a essas diferenças, reafirmando a complexidade do trabalho na atenção básica. Ela entende que o/a residente deve permanecer somente quando tiver identificação profissional com o trabalho.

Profissional de saúde - Tu percebes que a pessoa não quer aprender isso, não quer, não gosta, não vou obrigar também. Mas eu acho isso, que dificilmente a pessoa que não está aberta para isto acaba ficando. O nosso trabalho é complicado, as pessoas acham “ah, médico, dentista, psicólogo, do posto! Um postinho né”. Olha a complexidade do nosso trabalho, não é pouca coisa. Ou tu amas, [...] ou vais embora, porque não é fácil.

[Entrevista em 22 de novembro de 2007].

Presume-se, assim, que certos/as residentes buscam a formação porque desejam se qualificar para atuação em saúde coletiva, outros devido à remuneração e à facilidade para, posteriormente, conseguirem um emprego. Outros/as identificam esse espaço como um lugar de militância e visibilidade política, e outros/as, ainda, estão ali porque têm dúvidas sobre o que querem. De fato, a busca da residência como uma forma provisória de remuneração e inserção no mercado de trabalho não deve ser atribuída somente a profissionais da Medicina. Vários/as residentes finalizam o programa, realizando inclusive o processo seletivo para o terceiro ano opcional, mas outros/as desistem nos primeiros meses e isso foi registrado, inclusive, nos relatórios trimestrais elaborados pelos/as residentes que permaneceram no programa, como localizei no excerto:

Esse trimestre foi bastante difícil para a equipe e, particularmente, para mim. Digo isso porque passamos por “quatro lutos consecutivos”, com a saída das colegas da Psicologia e da Medicina. Somado a isso, tivemos a saída das preceptoras de MFC e de Psicologia. Mas, passados os momentos iniciais, vem a alegria por saber que nossas colegas e preceptoras estão trilhando o caminho que almejavam e que todos nós desejamos.

[Residente D, Relatório 3º trimestre do primeiro ano – novembro de 2007].

Identificar-se com o trabalho na atenção básica é um processo que, além de ser afetado pela valorização externa e interna desde a graduação, também é marcado pela incerteza que atormenta homens e mulheres em tempos líquidos. O problema “não é tanto de como obter as identidades de sua escolha e tê-las reconhecidas a sua volta”, e sim correr o risco de que “a estrutura conquistada com tanta dificuldade seja logo destruída ou derretida”, como aponta Bauman (2008, p. 187).

Preocupados com a instabilidade institucional, seja pela ameaça de municipalização ou pela provisoriedade dos contratos de trabalho, preceptores/as despediram-se da instituição diante da possibilidade de outras oportunidades mais duráveis, e a situação não foi diferente quanto aos residentes que partiram. A possibilidade de assumirem empregos públicos (em geral, na saúde coletiva) funcionava para residentes e preceptoria como um porto-seguro em tempos de tantas incertezas. Lembrando Pierre Bourdieu, Bauman refere-se à fragilidade dos pontos de referência e da incerteza endêmica a respeito do futuro, presentes na sociedade

líquida. O autor indica que falta às pessoas que vivem em nossa sociedade “o controle sobre o presente e a confiança de estar no controle de seu próprio destino”. Isso, afirma o autor, provoca cada vez menos esperança de que “unindo forças podemos mudar as regras do jogo, fazendo crer que nossos problemas são individuais”, quando, ao contrário, eles “só podem ser enfrentados de maneira eficaz se a tarefa for empreendida coletivamente” (BAUMAN, 2008, p. 189). Para quem fica, no entanto, há muitos desafios e muitas possibilidades, os quais serão abordados nos próximos subcapítulos.

5.1 Os desafios da formação no cotidiano de provisoriedades

Na sexta-feira, à tarde, uma das preceptoras da UBS A perguntou o que eu estava fazendo ali, pois ela não estava na reunião de equipe no dia em que apresentei o projeto. Sua remoção para esta UBS ocorrera após demissão de outra preceptora da mesma profissão [com cargo de confiança de governos anteriores], devido à mudança de governo e às medidas adotadas de cortes de 20% nos recursos humanos do Estado, inclusive da SES. Como na UBS em que ela atuava havia duas pessoas da mesma profissão, uma pela manhã e outra à tarde, ela foi deslocada para a UBS A. Falei sobre o trabalho de pesquisa que estava desenvolvendo nas UBS. Então, ela comentou sobre a diferença entre as equipes:

“Não parece ser o mesmo Murialdo, cada UBS funciona de um jeito. Já passei por várias equipes. Esta diferença entre as equipes não é bom para a formação de residentes e também para a população. Acredito que deveria haver mais padronização entre as atividades das UBS”.

[Diário de Campo – 24 de março de 2007].

Início este subcapítulo com um excerto do diário de campo que dá visibilidade a uma das preocupações da preceptoria com relação à formação de residentes. Essa preocupação está voltada para a necessidade de padronização das atividades nas UBS. A observação da preceptora ficou grifada em meus registros e, quando decidi incluí-la na tese, pareceu-me oportuno discuti-la conjuntamente com outros desafios registrados no diário de campo e nas entrevistas, que surgiram para a realização das atividades de formação pelos/as residentes. Durante as reuniões de equipe, observei um esforço em retomar-se o fluxo de várias atividades, muitas vezes eram questões já combinadas que retornavam, porque alguém não tinha cumprido o combinado, por terem surgido problemas de execução, ou porque o resultado não era o esperado.

“Se nos Estudos Culturais, a cultura é uma arena, um campo de luta em que o significado é fixado e negociado” – as UBS do Murialdo, o programa de residência –,

“seu currículo e práticas são parte deste complexo” (COSTA, 2005, p. 117). Podemos ver, então, o currículo do programa de residência como campo cultural, “resultado de um embate de forças”, de modo que “seus saberes e práticas investem na produção de tipos particulares de sujeito e identidades sociais”, e como tal é um campo sujeito à disputa e à interpretação (COSTA, 2005, p. 118). Assim, a necessidade e a preocupação com padronização pode externar tanto a possibilidade de vivenciar determinado itinerário formativo com condições adequadas para fazê-lo quanto funcionar como restrição para inovar, remetendo à prática de reprodução das aprendizagens. Nesse caso, a preocupação da preceptora estava voltada para a primeira questão, como externou durante a entrevista realizada posteriormente. Creio que esta padronização é bem-vinda se funcionar como garantia de que residentes experimentem múltiplas atividades nos cenários da atenção básica expondo-os a uma atenção à saúde centrada no/a usuário/a.

Relendo as entrevistas, percebe-se, também, uma preocupação com condições mínimas de trabalho para o desenvolvimento da formação dos/as residentes:

Profissional de saúde - Outra coisa que limita muito a formação de residentes, eu acho que limita bastante no meu ponto de vista, é a forma arcaica de nós trabalharmos dentro do Murialdo. Temos serviços andando de carroça de boi, não é nem de carrocinha de cavalo, sabe, mandam malote, demora não sei quantos dias pra andar, pra chegar. Hoje, com informática, pelo amor de Deus! Todas essas coisas a gente podia fazer informatizado e mandar para a (unidade) central, pedido de material, *n* coisas poderia se mandar, resultado de exames, coisas que iam facilitar a tua vida. Eu chego até em sonhar, comprar um computador e instalar ali [...]. Tanta coisa moderna que tem que eu acho que desentrevava o processo de aprendizado. As pessoas vêm das universidades, a universidade está bem equipada, quem vem de universidade particular principalmente, estão muito boas, muito modernas, cheias de conforto, de informática. Como é que aqui a gente vai fazer um trabalho, por exemplo. Às vezes eu tenho vontade “Ah, vamos apresentar um trabalho, vamos fazer um trabalho”. Nós não temos computador aqui, pra pegar uma hora e sentar. A gente queria fazer um memorando, tem que ir lá, na *lan house*, fazer o memorando, porque a gente não quer mandar pra população aquele escrito à mão. Tem gente que tem dificuldade de ler manuscrito.

[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

Poderia desviar o olhar do que o excerto da entrevista traz como problemática, pois, afinal, falar da *falta de algo* parece incompatível com o mundo contemporâneo, permeado pelo incentivo ao consumo e pelo uso de alta tecnologia, em que somos (pelo menos parte de nós) supridos de sempre novas, inimagináveis e instantâneas possibilidades. No entanto a falta de condições de trabalho foi recorrente nas

entrevistas, embora as UBS fossem locais de formação e o foco do ensino seja a atenção à saúde da população.

Convivemos com desigualdades sociais cada vez mais acentuadas, decorrentes do efeito colateral da construção da ordem e do progresso econômico, e a ABS continua sendo vista por determinados/as gestores/as, profissionais e usuários/as como a assistência de populações periféricas e pobres, com baixo reconhecimento de seu capital social. Diante disso, é preciso pensar movimentos que se contraponham ao discurso imobilizante da “escassez permanente” e da “prioridade focal excludente”, passando a dedicar-se a alternativas que fortaleçam o trabalho nas UBS, pois se constata que o investimento nesse nível de atenção ainda se encontra muito aquém das necessidades de trabalhadores/as e usuários/as (MERHY, 2004).

Pelo menos dois movimentos são indispensáveis para responder a essa *falta de*; o primeiro implica “redefinir o conceito que temos de recursos escassos, pois tecnologia leve nunca é escassa, ela sempre está em processo, em produção” (ibidem, p. 125), a partir do reconhecimento de que o processo de trabalho e a formação na área da saúde são fortemente marcados pelas tecnologias duras e pela medicalização, criando certa dependência delas. Outro movimento importante é mobilizar esforços que qualifiquem e ampliem os espaços da atenção básica, tornando-os espaços acolhedores à formação de profissionais, aos/às usuários/as e aos/às trabalhadores/as dos serviços de saúde, através da captura de projetos e verbas públicas, ocupando espaços nas reuniões de conselhos de saúde em parceria com a comunidade. Também se inclui nesse movimento a organização dos próprios serviços – no que concerne à reposição de materiais e medicamentos em tempo hábil, à manutenção e à reposição de equipamentos necessários ao trabalho em ABS e ao planejamento de ações resolutivas para as necessidades de saúde da população, que, por vezes, dependem de organização local. Isso não descarta a importância de ferramentas de informática para registro, acompanhamento e definição de estratégias e prioridades no trabalho em AB, pois tempos líquidos exigem respostas de curto prazo.

Algumas reflexões são possíveis, a partir de aspectos presentes nas discussões de Bauman sobre a vida líquido-moderna. Uma delas é essa necessidade de controlar fluxos e padronizar as atividades, que se faz presente no campo em estudo. Esse

empenho em gerenciar o local, o que é possível e está ao alcance, parece estar imbricado com o fato da impotência diante de decisões que escapam aos poderes locais. Como aponta o sociólogo, “os verdadeiros poderes que modelam as condições sob as quais agimos, atualmente, fluem num espaço global, enquanto nossas instituições de ação política permanecem amplamente presas ao solo – elas são tal como antes, locais” (BAUMAN, 2007b, p. 87).

Afastados da decisão da municipalização, os *murialdinos*, na maior parte do tempo das reuniões, preocupavam-se com os temas locais como se fossem os únicos que podiam fazer alguma coisa a respeito dos quais. Influenciar, corrigir, melhorar e redirecionar ações ou a falta de ação pode se constituir em um conjunto de atitudes reconhecidas por “fazerem a diferença’, ‘já que não existe alternativa’ e que os meios e recursos deploravelmente inadequados de que dispomos [...] seguirão seu curso não importa o que façamos ou o que possamos sensatamente pretender” (ibidem, p. 88).

Apesar do esforço de algumas pessoas em retomar os fluxos, os relatórios dos/as residentes sinalizavam a falta de padronização das rotinas e das informações, como externou uma residente em seu primeiro relatório da residência:

[...] inúmeras vezes nos deparamos com informações contraditórias, orientações diferentes, enfim, dificuldades da equipe em “parar” frente a uma demanda crescente e planejar [...].
--

[Residente F, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

Em contraposição a esse desejo e essa necessidade de *padronização* do processo de trabalho em equipe e suas consequências sobre a formação em serviço que ocorre nas UBS, a flexibilidade – uma das características da racionalidade liberal contemporânea – passa a fazer parte dos tempos de liquidez e provisoriedade no contexto observado. Se não é possível controlar o ritmo acelerado das mudanças, pode-se, pelo menos, ver quais os efeitos disso, que escolhas são possíveis e quais queremos fazer.

Refletindo sobre as dimensões que a flexibilidade imputa ao trabalho em equipe em tempos de liquidez e incerteza, é preciso considerar que nessas condições sempre algum grau de improvisação é necessário. Isso não significa que o trabalho em equipe deva dar conta das faltas do sistema, seja em relação a recursos materiais ou à

ausência de profissionais qualificados em áreas específicas de atuação. No entanto há de se pensar que tanto a adequação quanto a inadequação das condições de ensino podem ser produtivas, do ponto de vista pedagógico, num contexto de formação, desde que exista espaço de troca e reflexão. Foi possível constatar que na UBS A o espaço de reflexões era preservado através do seminário que ocorria nos finais das tardes de sexta-feira, além do espaço semanal de reunião. Os espaços de preceptoria (supervisão de residentes por núcleo profissional) também foram mencionados como encontros de reflexão, pois propiciavam a integração dos aspectos técnicos com a afetividade e a responsabilização.

Quando finalizei o trabalho de campo, a equipe da UBS B ensaiava os primeiros passos para garantir um espaço de reflexão semelhante ao da outra equipe. Nesse sentido, a formação em situação de trabalho (em equipe multiprofissional) precisa conversar com a potência que está na especificidade de cada profissão e aceitar as multiplicidades de olhares possíveis, pois é convivendo com a diferença que outras possibilidades de aprendizagens e de resolução das questões cotidianas podem surgir. O fato de permanecerem nas UBS por mais tempo que a preceptoria (sete turnos no primeiro ano e quatro turnos no segundo ano de residência) e de envolverem-se nas atividades da equipe integralmente faziam com que residentes se autorizassem a dizer que constituíam uma equipe de saúde.

Admitindo que a provisoriedade e a incerteza são constitutivas do trabalho em equipe na contemporaneidade, assim como as relações de saber-poder, é preciso pensar que efeitos produzem nas relações entre trabalhadores/as de saúde e destes/as com a população. A constituição multiprofissional da equipe e a definição de como determinadas ações serão desenvolvidas pode permitir que algumas coisas sejam borradas e que outras jamais se misturem. O importante é que a equipe de saúde consiga estabelecer suas prioridades e especificidades e que se disponha a discutir qual a sua função primária. É ingenuidade pensar que, numa equipe, todos/as vão sair trabalhando na mesma direção. As diferenças podem ser problemáticas, mas a potência do trabalho em equipe, no processo de formação, é uma das possibilidades exploradas no programa da RIS.

Senett (2008, p. 117), ao analisar o efeito das mudanças culturais do novo capitalismo nas exigências do mundo do trabalho, constatou que “a capacitação social exigida por uma organização flexível é a faculdade de trabalhar bem com outros em equipes de curta duração, mesmo que desse modo não haja tempo para conhecer os outros bem”. Esse tipo de vivência era experimentado por profissionais deslocados de uma equipe a outra e por residentes que, quando começavam a se acostumar com um/a preceptor/a, assistiam ao seu afastamento. Por vezes, como já mencionei anteriormente, os/as residentes necessitaram ser remanejados/as de uma equipe para outra por falta de condições de ensino. Essa experiência foi relatada por uma das residentes que passou por esse processo de realocação:

Percebo que a troca de unidade me trouxe mais tranquilidade para o trabalho e possibilidades maiores de inventividade e produção de longo prazo. Embora a maior parte desta transição tenha sido efetuada, ainda me percebo dividida. Entendo que a maior dificuldade, nesse período, está sendo a mudança de comunidade e de pacientes, que me fez perder por um período a possibilidade de trabalhar com vínculo e continuidade, essenciais no trabalho na atenção básica. [...] Considero, ainda, que esta chegada foi facilitada pelo acolhimento dado pela equipe como um todo.

[Residente J, Relatório 3º trimestre do primeiro ano– novembro de 2007].

O trabalho na atenção primária/atenção básica tem como norteador o estabelecimento de vínculo entre os/as profissionais e destes/as com os/as usuários/as. Com as situações que foram mencionadas, creio que os membros das equipes são constantemente desafiados à reconstrução de laços entre si e com a comunidade, como refere outra residente, quando descreve a realocação de um profissional da equipe.

Gostaria de comentar minha tristeza pela saída de um dos médicos da equipe. Acredito que podemos tentar argumentar junto à direção do Murialdo e encontrar uma solução melhor. Estou relatando isto porque ele costumava atender, também, no meu turno de acolhimento. Com sua saída o número de atendimentos reduz-se bastante, além de não termos médico de família e comunidade. Quarta-feira à tarde torna-se um dia mais excludente. Além disso, já havia um bom entrosamento entre ele e a equipe; a comunidade já o conhecia bem, muitos usuários já tinham vínculo, sendo acompanhados por ele. Dessa maneira, saímos todos perdendo, equipe e comunidade. Em contrapartida temos agora de contar com mais uma médica de família e comunidade, o que tornará nosso serviço mais qualificado. Gostaria que fosse trabalhada a possibilidade da MFC ficar mais turnos em nossa UBS.

[Residente D, Relatório 2º trimestre do primeiro ano– agosto de 2007].

As reflexões propiciadas por observações em campo, relatórios de residentes e entrevistas fizeram com que eu pudesse mapear onde os nós desta rede de conexões estavam mais tensionados, seja pela demanda que bate diariamente à porta das UBS, seja pelas condições de trabalho oferecidas a estes/as trabalhadores/as e pela capacidade de se rearticularem diante da contingência cotidiana. Escolhi, a seguir, analisar e discutir algumas das vivências dessa formação, principalmente aquelas que reverberaram na fala e na escrita de residentes e trabalhadores/as e que acredito serem fundamentais para entender como os processos educativos eram vivenciados nesses contextos líquidos.

5.1.1 A aprendizagem do acolhimento e seus inúmeros desafios no cotidiano

Uma das residentes de primeiro ano relatou problemas acontecidos na última sexta-feira, no turno da tarde, quando realizava o acolhimento e foi ameaçada e quase agredida por um usuário. Ela estava muito tensa e logo começou a chorar. Vários membros da equipe se manifestaram. Como encaminhamento, ficou a indicação que toda vez que ocorrer tumulto, os colegas devem auxiliar quem está no acolhimento. Propuseram, também, que os representantes dos usuários, no Conselho de Saúde, sejam comunicados do fato e solicitado seu apoio. Comentaram que o problema deve ter sido ocasionado pelo fechamento da outra UBS naquele dia e também porque a própria UBS só abre à tarde. Lembraram que é preciso acionar o vigilante frente a qualquer alteração de comportamento de usuários/as e até a Brigada Militar, se for necessário. Lembram que o vigilante deveria ficar junto à mesa de triagem (ora chamam de acolhimento, ora triagem). O enfermeiro discutiu que não é acolhimento, pois o local sendo aberto não propicia a escuta dos pacientes. A assistente social disse que cada um deve fazer o seu papel e o vigilante deve fazer o seu. O R1 de Medicina disse que sexta-feira foi muito difícil, pois havia muitos pacientes a serem atendidos e inclusive não pôde ir para o grupo. Outra residente de primeiro ano disse que já aconteceu com ela também isso de ser ameaçada. A psicóloga falou do problema da violência com a população e contra os profissionais da equipe. Falou que é importante trabalhar com os/as usuários/as, fazer grupo de sala de espera, ouvindo e informando sobre o funcionamento do atendimento da equipe da UBS. “A panela está em ebulição”, disse uma residente de segundo ano, “e não se trabalha o que precisa”. O enfermeiro disse que vai conversar com a coordenadora. Falou da sala de escuta que haviam organizado na área onde funcionava anteriormente a UBS. Propôs pensarem em área física para o acolhimento. Disse que é “importante fazer roteiro de orientação para abordagem da sala de espera”. A MFC disse que todo ano é a mesma coisa. Mudam as pessoas (refere-se aqui a entrada de novos/as residentes e estagiários/as), mas os problemas permanecem os mesmos. A técnica de enfermagem diz que cada vez que troca o grupo de residentes vem uma ideia nova, mas tem que manter os fluxos. A assistente social propôs que a questão de ameaças à equipe deve ser abordada na próxima reunião com a comunidade. A psicóloga refere que a capacidade da equipe é mínima para a demanda de atendimento que existe, falta capacidade para atender toda a demanda. Acha louvável que a equipe, apesar das dificuldades, esteja sempre tentando melhorar. O enfermeiro ressaltou a importância do planejamento para evitar sofrimento à equipe. Como a coordenadora não estava presente na reunião, o enfermeiro propôs discutirem o acolhimento, posteriormente, com ela e com a psicóloga, e finalizaram a reunião.

[Diário de Campo – 21 de maio de 2007, reunião semanal, UBS B].

Muitas observações transcritas do diário de campo caracterizam os desafios que as equipes enfrentavam para atender à demanda da população nas UBS. Explicitam, também, as dificuldades de realização de determinadas atividades inseridas no programa de formação dos/as residentes. Fiz a escolha de alguns relatos que pudessem dimensionar esses aspectos, entre eles, o excerto que abre este subcapítulo. Assim, durante uma reunião de planejamento semanal, após abordagem de algumas pautas, veio à tona o tema do *acolhimento*. A técnica de enfermagem tinha mencionado, sucintamente, o fato de um/a usuário/a ter sido agressivo com a equipe na semana anterior. A equipe estava vivenciando um contexto difícil naqueles dias, pois a UBS mais próxima estava fechada para reformas e atendia provisoriamente na Unidade Central, fazendo com que os/as usuários/as buscassem atendimento na UBS B, que era o local mais próximo. A técnica de enfermagem disse na reunião que deviam combinar de todos adotarem a mesma postura e não atender ali usuários/as da outra UBS. Outro profissional reforçou que eles/as deveriam ser orientados/as a buscar atendimento no local em que a equipe da UBS fechada estava atendendo. Alguns minutos transcorreram e outros assuntos foram abordados, quando uma das residentes de primeiro ano retomou a questão, dizendo que a agressividade do usuário ocorrera com ela no *acolhimento/recepção*.

Entre as atividades propostas para o programa de formação em serviço, o *acolhimento/recepção* é uma das atividades consideradas conflituosas. A discussão se dava em torno de como fazê-la, a quem cabia fazê-la, inclusive não sendo considerada atividade nobre para profissionais de nível superior. O conceito de acolhimento era permeado, nesses contextos, por diferentes significados. No relato citado, foi abordado como recepção e triagem de usuários/as para atendimento na UBS. Considero este uso limitado em relação às possibilidades que este termo mobiliza no âmbito da saúde coletiva. Revisitando o sentido atribuído a esse termo nas políticas de saúde, podemos dizer que ele se articula ao cuidado, aparecendo como ferramenta chave na política de humanização do SUS, como observamos no recorte de um dos documentos produzidos por técnicos do MS:

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos,

éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. (BRASIL, 2004b, p. 5).

A pressão da população é sentida muitas vezes por quem faz *acolhimento/recepção*; em geral, a atividade é delegada às/aos residentes e técnicas/os de enfermagem. Esse aspecto do processo de trabalho das equipes foi constatado como problemático nas duas UBS, pelas pessoas entrevistadas:

Técnica de saúde - É bem importante meu papel no acolhimento, na verdade eu nem acho que seja acolhimento, a meu ver é uma recepção. Tem que conversar com eles, pois chega de tudo e ao mesmo tempo, aquela aglomeração ali na mesa. Eu gosto de trabalhar ali. Muita coisa tu resolve. Chega paciente, que nem chegou uma hoje, ela precisava de atendimento psicológico, precisava de escola, a filha de sete anos tinha feridas no pé, precisava do cartãozinho do posto. Fiz o cartãozinho pra ela, consegui agendar pra amanhã o pediatra pra ela e tava sobrando agenda pra psicologia. Achei legal, conseguir resolver, porque não é sempre que tu consegues. Então compensa tu trabalhar ali, é bom trabalhar no acolhimento. Às vezes, a gente não consegue dar conta, precisa de ajuda. E, às vezes, tipo sexta-feira é um dia ruim para estar no acolhimento. No posto, tem pouco funcionário [...] tu ficas amarrada, não pode resolver e nem pode deixar esperando.

Pesquisadora - Como é que tu fazes para definir os que vão ser atendidos?

Técnica de saúde - Tu tens que conversar com eles, tem uns que são bem atenciosos, tem uns que xingam e brigam, que nem aquela senhora, ela quer ser atendida, só que hoje não tem médico atendendo. Só que ela é um caso crônico, está todo o dia no posto. A pressão dela não está alta, se ela quiser ficar lá esperando, ela vai ficar. Aquela ali, eu sei que não vamos conseguir mandar embora. Tu vês tem uns que não conseguem ficha, não conseguem consultar. Tu tens que encaminhar para emergência, quem sabe tu vens amanhã. Tem que fazer uma avaliação, eu também posso fazer, olha não é tão grave, quem sabe tu voltas amanhã, eu acho que eu consigo fazer um remanejo com eles.

[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

Durante o trabalho de campo, a COREME médica deliberou pelo afastamento de residentes da MFC da atividade de recepção/acolhimento de usuários/as, destinando esse tempo para envolverem-se mais com as atividades clínicas. Parte da preceptoria médica achava um desperdício usarem o tempo de formação para isso. Uma das residentes de MFC comentou em seu relatório do segundo trimestre a respeito das situações delicadas pelas quais passou, pois usuários/as, sabendo que era médica, pediam que resolvesse seus problemas ali mesmo na recepção, quando era seu turno

de *acolhimento*. Ela disse que não participar mais da atividade deixou-a “mais aliviada, apesar de ainda achar que o ‘acolhimento’ é uma das formas mais legítimas de conhecer a população”. Essa diferença nas vivências de aprendizagem do programa de residência médica em relação à residência multiprofissional, decorrente do movimento corporativo da medicina, que estava bastante aguçado naquela época, fazia com que a correlação de forças entre as corporações aparecesse em microlutas cotidianas nos contextos observados, o que será tratado no capítulo 6.

Outra entrevistada também relatou como era difícil para os/as residentes essa relação de proximidade com a população, referindo-se à situação de uma residente que não aceitava fazer *acolhimento*.

Técnica de saúde - É um assunto sério. Eles não acham justo. Eles acham assim, que quem deve ficar no acolhimento são os funcionários fixos, porque eles não aprendem nada no acolhimento. É perda de tempo pra eles. E todos os anos é a mesma coisa, o mesmo problema, sempre o acolhimento. É muito desgastante pra eles, é verdade. Tu viste como é ali.

Pesquisadora - Tu achas que elas não conseguem responder?

Técnica de saúde - Não conseguem. Depois, a fila é grande, pode ser o medo, porque tem algumas pacientes que são agressivas. Outra coisa, não pode deixar a pessoa sozinha no acolhimento, tem que ficar ali com elas. Se der alguma divergência, alguma briga, precisa sair dali. Eu digo: “Vai lá, toma um cafezinho, eu fico aqui pra ti”. Não é fácil! Ontem, na reunião de equipe foi essa discussão. Teve um que falou que não gostaria de fazer acolhimento. “No lugar de fazer acolhimento, eu poderia estar atendendo o paciente”. Eu até comentei que “Vocês estão fazendo residência em saúde pública, então acolhimento é muito importante, não sei se é certo, mas faz parte do currículo de vocês”. Eu não me nego em fazer, mas eu acho que todos têm de passar pelo acolhimento, quer queiram ou não. Todo o ano é a mesma coisa, eles não querem ficar no acolhimento. Tem que fazer uma reunião com eles, conversar, porque depois ficam bem revoltados e nervosos, se transformam, ficam apavorados.

[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

O *acolhimento/recepção* de usuários/as nas UBS é abordado por residentes nos relatórios trimestrais e nos trabalhos de conclusão de curso como uma atividade complexa e primordial para o funcionamento da unidade. Paradoxalmente, era uma atividade, digamos, pouco pacífica para residentes, preceptores/as e técnicos/as, em que algumas pessoas não desejavam participar. Muitas vezes, o próprio vigilante da unidade, contratado por uma empresa terceirizada, participava dessa atividade, facilitando o acesso de usuários/as ao serviço, mesmo não sendo sua função. De alguma forma, o poder circulava, mas o resultado disso provocava situações difíceis na equipe, como no caso em que o vigilante, ao ler uma receita, acabou alcançando o

medicamento errado, causando transtornos ao usuário. Observei que, na semana seguinte, ele já havia sido transferido de local de trabalho.

O que realmente fazia com que os/as residentes não desejassem fazer ou sofressem ao fazer essa atividade? Seus relatórios trimestrais possibilitaram-me refletir sobre essa interrogação, também feita por preceptores/as durante o trabalho de campo. Extraí alguns trechos a serem discutidos, como o que foi escrito ao final de três meses de vivências na UBS, por uma residente de primeiro ano:

Percebo que o acolhimento como processo de trabalho em saúde passa, necessariamente, por uma reflexão que tem como marca a necessidade de reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo na produção de saúde. O acolhimento na UBS é vivenciado por todos/as residentes de primeiro ano e se constitui num desafio, pois exige predisposição, conhecimento de campo, conhecimento da instituição e dos processos de trabalhos aí desenvolvidos, do fluxo da unidade, capacidade para estabelecer relação, identificar riscos e manejo das situações de tensão e conflito, principalmente na orientação de usuários quando não há capacidade de atendimento na unidade de saúde. Acolher o usuário e frustrá-lo em suas expectativas e em sua busca não é fácil. Lidar com a agressividade que um “não” pode provocar e tentar estabelecer um diálogo é uma competência que precisamos desenvolver.

[Residente H, Relatório 1º trimestre do primeiro ano– maio de 2007].

Vários/as autores/as preconizam que, para alcançar a integralidade no cuidado em saúde, os/as profissionais precisam aprender a ter um olhar ampliado e fazer a escuta das necessidades de usuários/as. Mas quantos de nós estamos preparados para isso, para lidar com a dor, com o sofrimento, com a pobreza, com o desemprego ou simplesmente com a solidão de quem, não tendo a quem e onde buscar, procura nos serviços de saúde um pouco de atenção? Parte do que chega ao cotidiano desses serviços vai além do que o mesmo pode resolver, necessitando encaminhamento para outros serviços de saúde ou, mais ainda, exigindo ações intersetoriais com áreas de meio ambiente, assistência social, obras, habitação e saneamento público (MATEUS CASANOVA DOS SANTOS; ROSSONI, 2008). Como discute Teixeira (2003), o cuidado em saúde envolve uma intensa “rede de conversações” para que possa ser efetivado, em que o *acolhimento* tem um papel relevante. Como apontado anteriormente por Ayres (2000), precisa-se ter o cuidado que as tecnologias leves, entre as quais se inclui o *acolhimento*, não incorporem a lógica economicista e atuem como regulação ou até mesmo barreira para o acesso às tecnologias duras.

Dentro da proposta de organização do SUS, espera-se que a atenção básica exerça papel de coordenadora do cuidado e não seja de forma imprópria considerada como obliteradora do acesso a outros serviços de saúde, mascarando, assim, os pontos de rompimento e estrangulamento da rede que dificultam os encaminhamentos para os serviços de referência. Durante minhas observações, no turno da tarde, pude avaliar como era difícil esse fluxo de encaminhamento para serviços especializados. Como o tempo destinado a cada UBS para fazer a marcação por telefone era de apenas uma hora, a pessoa (geralmente, residentes) incumbida disso, em uma tarde, conseguia fazer poucos encaminhamentos, enquanto que inúmeros pedidos permaneciam à espera na pasta. Esse parecia ser um dos entraves importantes para a concretização da integralidade da atenção e do acolhimento das necessidades das pessoas.

A complexidade do *processo de acolhimento* nas unidades de saúde foi explicitada por residentes de todas as profissões. O reconhecimento da dificuldade de fazê-lo é acompanhado pela aprendizagem que a realização dessa atividade traz, como descreve a residente de Enfermagem:

Sob meu ponto de vista, percebo que esta atividade é extremamente complexa, pois engloba questões que envolvem dificuldades do serviço, como escassez de recursos humanos e materiais, além de muitas vezes nos depararmos com a dificuldade de oferecer informações precisas e resolutivas para os usuários, o que dificulta o seu acesso não somente na UBS, mas em outros serviços da rede [...]. Apesar destas dificuldades, percebi a importância de efetuar a mesma, tanto para o meu crescimento profissional como pessoal. No sentido de aperfeiçoar o saber ouvir, de praticar a organização no acolher, no entendimento de como funciona o serviço e, principalmente, em aprender a tomar decisões e dar prioridades para sanar as necessidades dos usuários que acessam nosso serviço.

[Residente I, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

Uma das preceptoras entrevistadas salienta a importância do olhar ampliado e da escuta em situações que parecem tão simples, mas que demandam responsabilidade de profissionais com usuários/as:

Profissional de saúde - Tu não atendes só tecnicamente com as tuas mãos, tu atendes com a tua mente, com teu coração. Tu tens que estar aberto pra aquilo ali, pra fazer, pra abordar as situações, porque a gente vai se deparar num pré-natal com *n* situações, não é só a mulher sadia que chega aqui pra fazer um pré-natal e tu não vai cuidar só da barriga dela, tu tem que abordar ela como um todo. Se tu não estiveres bem pra fazer isso aí, tu vai encontrar dificuldade. Acho que essa é a maior dificuldade.

[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

Muitos podem ser os caminhos para a qualificação da formação e das práticas de saúde. A escuta de quem está muito próximo de tudo isso, cotidianamente, parece ser uma das possibilidades, como nos sugere uma das entrevistadas, ao falar sobre a capacitação dos/as residentes para realização do *acolhimento*:

Técnica de saúde - Eu até falei pra eles assim, se eu fosse coordenadora eu daria um treinamento pra eles, não deixaria que entrassem direto no acolhimento. Eles não estão acostumados, não conhecem a comunidade e como às vezes falta funcionário eles têm que cuidar do acolhimento, mas tem que dar um treinamento pra eles. Fazer uma listagem do que é feito no acolhimento, o que se diz, pra usarem a mesma fala, orientá-los. Todos usarem a mesma fala, um diz: “Agora não tem ficha, mas espera um pouco, daqui a pouco o médico tá ali”. O outro: “Não, não tem mais ficha acabou, só amanhã, tu vem mais cedo”. Para eles, no fim, sobrecarrega e tem as gurias [residentes] novas, quando é dia do acolhimento elas se transformam.

[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

A técnica de saúde sinalizava, assim, a importância de investir na capacitação de residentes para a realização do *acolhimento*. Dessa forma, situações de constrangimento entre profissional e usuário/a seriam minimizadas, o que resultaria em uma relação mais resolutiva e afetiva.

O uso do termo *acolhimento* para definir a recepção e a triagem de usuários/as é um uso restrito desse conceito já tão trabalhado em textos, seminários e documentos das políticas de saúde. Essa é apenas uma parte de uma extensa “rede de conversações” que precisa existir para acolher a vida humana. No entanto, para quem recebe o/a usuário/a, significa atender às suas necessidades, o que às vezes se tornava sofrível, como pode ser observado nos relatos de residentes e trabalhadores/as. No diário de campo, ficaram registradas as queixas de falta de medicação, capacitação, valorização do conhecimento e informatização. Nesses relatos, isso era traduzido em muitos *nãos* aos/às usuários/as, residentes e a si mesmo/a, gerando desmotivação.

Técnica de saúde - Uma coisa que acontece é que tu dizes muito não, porque falta muita coisa, falta medicação. Uma coisa que eu não gosto, principalmente, que a gente diz muito não pros pacientes. Nós ficamos duas semanas sem aparelho de pressão. O paciente vai consultar “Ah, doutor! Eu acho que estou com a pressão alta” e não tem aparelho. Daí uma residente do ano passado trouxe o aparelho da casa dela. Eu disse “Ah não! Podes levar, não debes trazer teu material”. Eu tenho em casa, mas não trago. Acho que a instituição tem que fornecer material. Ela foi técnica de enfermagem na PUC. Daí ela

trazia e dizia: “Eu quero ajudar”, “A instituição tem que dar”. Sei que isto desmotiva bastante, está faltando medicação pra eles, nem amostra grátis temos.

[Entrevista em 27 de fevereiro de 2008].

É preciso considerar que a medicalização atravessa as práticas de saúde e determina o entendimento de que as pessoas são bem atendidas se saírem da UBS com uma receita na mão. Afora isso, a disponibilidade de certos medicamentos ou, às vezes, o excesso deles e conseqüente perda de validade são determinados pela organização dos serviços e pelo controle que é feito localmente e no setor que abastece as UBS. Tentativas de equacionar tal problema remetem aos aspectos sazonais de algumas doenças infecciosas, mas, também, a um registro mais adequado das demandas de usuários/as, por exemplo, decorrentes de doenças crônicas. Durante a observação do acolhimento, pude acompanhar a falta de medicamentos em uma das UBS. Essa carência está, de certa forma, relacionada às respostas que são dadas pela equipe para as necessidades de saúde da população.

A preocupação com a qualidade do *acolhimento/recepção* era de toda a equipe, incluindo os/as residentes. Questionavam o lugar para isso acontecer e o modo como era feito, reconhecendo as limitações nas UBS.

Certamente o acolhimento que fizemos não é o ideal, não é o que imaginamos ser o mais adequado, mas o fazemos do modo como é possível hoje, Neste sentido, percebo que muito importante nesse processo é a atitude do acolhedor, que deve superar apenas o registro mecânico da planilha para organizar a consulta e separar os prontuários [...]. Como não existe uma sala específica para o acolhimento, muitas vezes sentimos que os usuários são expostos no meio de várias pessoas circulando no entorno, no acesso aos consultórios e à farmácia.

[Residente H, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

O fato de os espaços nos serviços serem precários para uma escuta qualificada, aliado à falta de material e medicação e ao pouco conhecimento de residentes (trabalhadores/as, de uma forma geral) sobre a rede de serviços e seu funcionamento, demarca algumas limitações da acolhida nas UBS, considerada como porta de entrada principal do sistema de saúde. Isso faz crer que o acolhimento de usuários/as passa pela acolhida de trabalhadores/as, incluindo melhores condições de trabalho e de formação.

Resumindo, face ao exposto, a incorporação do acolhimento – enquanto prática transversal na atenção básica e nos processos educativos vivenciados na residência – corrobora para a produção de profissionais de saúde integrados à rede do SUS. Apesar de provocar conflitos e controvérsias nesse e em outros contextos, reconhecidamente é um conceito plural e estratégico na política de humanização, pois ocasiona mudança de atitude na postura de profissionais de saúde e na gestão dos serviços. Ao mesmo tempo, atuar no acolhimento gera ambivalência em quem o faz, quando não há um ajuste entre a capacidade e o desejo de fazê-lo, como pode refletir a partir das seguintes considerações:

A capacidade e o desejo de fazer algo podem coincidir e se misturar em uma firme resolução de atuar. Mas muitas vezes não se superpõem. A ambivalência é o primeiro sinal de falta de ajuste entre eles. Se o volume de possibilidades excede a capacidade da vontade, a ambivalência emerge na forma de inquietação e ansiedade; se o oposto acontece e os estados que podemos querer alcançar não são compatíveis com a capacidade de alcançá-los, a ambivalência se manifesta em divergências, recolhimento ou numa desesperada ânsia de escapar. (BAUMAN, 2008, p. 79).

Por um lado, o acolhimento é apontado como uma etapa do processo de trabalho, realizado no momento de recepção de usuários/as, e estabelece o modo como o serviço faz seu primeiro contato com as pessoas. Por outro, o acolhimento é uma tecnologia leve dos processos interseçores³⁴ do trabalho em saúde, que deve ocorrer em qualquer encontro entre trabalhador/a e usuário/a (MERHY, 2004). Pode-se dizer que o acolhimento não é isto ou aquilo, mas um somatório de possibilidades que permeiam a humanização do cuidado no cotidiano dos serviços e que inclui, além da acolhida, a resolutividade e a responsabilização pelo percurso do/a usuário/a no sistema de saúde.

A discussão sobre o tema acolhimento foi recorrente nas reuniões das equipes, nas entrevistas e nos relatórios de residentes, pois suscitou vivências contraditórias nos contextos da RIS, envolvendo relações humanas complexas e desgastantes, que, por vezes, foram incapazes de se basear na solidariedade. Dentro do processo de

³⁴ Processos interseçores– o uso deste termo por Merhy (2004) “é para designar o espaço de relação que se produz no encontro de sujeitos, isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os dois em ato, não tendo existência sem esse momento em processo [...]”.

formação, realizar o *acolhimento* esteve, às vezes, vinculado a medo e ansiedade diante do imprevisto, de não conseguir dar resposta às demandas das pessoas. A organização da atenção, ainda influenciada pelo “modelo de biomedicalização”, somada à precariedade das condições de trabalho, tensiona o/s conceito/s prescrito/s de acolhimento diante de realidades que, por vezes, se tornam perversas para trabalhadores/as, residentes e usuários/as, em que o acolhimento desejável cede espaço ao acolhimento possível. Pensar, fazer e questionar o que é feito faz parte do aprendizado no âmbito da RIS e, enquanto processo educativo, somente adquire significado por ter sido vivido.

5.1.2 Processos educativos reconhecidos como potências na formação

No programa curricular estão previstas atividades coletivas, que são desenvolvidas dentro e fora do ambiente da UBS. Incluíam-se nessas atividades, além do acolhimento: territorialização, realização de visitas e consultas domiciliares, reuniões com a comunidade, programas de saúde, trabalho com creches e escolas e grupos educativos. A observação do trabalho das equipes possibilitou conhecer como algumas das referidas atividades são desenvolvidas, e passei a entender melhor o comentário de uma das preceptoras sobre as diferenças entre cada equipe de saúde. A seguir, descrevo e discuto algumas atividades destacadas por residentes e preceptoria, por serem reconhecidas como processos educativos potentes para essa formação.

O grupo do Prá-Nenê Coletivo ocorre nas sextas-feiras à tarde, na sala de grupos, que fica no segundo piso da UBS. Inicialmente, cada bebê era pesado e medido na sala de antropometria e depois aguardavam, na sala de grupos, o início da atividade conjunta com os familiares. Quando entrei na sala onde seria realizada a atividade, percebi que as cadeiras estavam dispostas em círculo e observei, nas paredes, vários pôsteres apresentados em congressos sobre grupos de educação e saúde desenvolvidos na UBS. Algumas mães e avós com bebês de menos de um ano aguardavam, e conversei com algumas delas. A avó que acompanhava um dos bebês de 10 meses conversou mais comigo, disse que já trabalhou no HCPA e que ela tomava conta do bebê durante todo o dia, pois a filha trabalhava. Apesar de aposentada, ela continuava trabalhando em casa, pois fazia roupa de malha para vender. Junto com ela, estava a irmã do menino, de 10 anos. Ela viu o nome do irmão escrito na minha agenda de forma errada e fez questão de corrigir. Agradei e perguntei em que série estudava e ela disse que era na quinta série. Segui conversando com as mães e avós, perguntei nome e idade das crianças. Por volta das 15 horas, o grupo teve início com a apresentação de todas as pessoas presentes na sala: mães, avós, crianças, residentes, incluindo a minha. Havia um revezamento na coordenação do grupo em cada encontro. Neste dia, foi a R1 de fisioterapia. Ela estava acompanhada das residentes de Medicina, Psicologia e Serviço Social. Havia oito bebês de sete a 11 meses na sala, três meninas e cinco meninos. A maioria das crianças estava acompanhada pela mãe, mas três delas vieram com as avós e algumas delas estavam

acompanhadas de irmãos/ãs. Como uma das mães não conhecia o grupo, uma das residentes explicou o funcionamento. Em seguida, a R1 de Medicina perguntou às mães e avós como foi o mês das crianças. Cada uma das pessoas fez seu relato, informando desde um problema de saúde (em geral gripe) até a alimentação e o sono das crianças. A R1 de Serviço Social perguntou quem cuidava das crianças. Três delas eram cuidadas pelas avós e as demais crianças pelas mães que não trabalhavam. Uma das avós relatou a dificuldade de cuidar do marido para que cumprisse a medicação e, ao mesmo tempo, cuidar dos vários netos. O cuidado com os dentes também foi abordado. Chamou minha atenção que a residente de Odontologia não estava presente e que mesmo assim as residentes maneжaram o tema com tranquilidade. A R1 de Fisioterapia salientou que cada criança tem o seu ritmo e os dentinhos não nascem todos na mesma época. As residentes abordaram também os cuidados que devem ser mantidos com as crianças em casa, a fim de evitar acidentes com produtos químicos e com líquidos superaquecidos. Como as crianças estão engatinhando e algumas iniciaram a caminhar, recomendaram prestar atenção nestes aspectos. Foi mostrado para o grupo um modelo de protetor de tomadas que deve ser colocado nas tomadas sem uso. A R1 de Psicologia perguntou às mães sobre o local onde os bebês dormiam em casa. Algumas mães referiram que as crianças dormiam na cama delas, outras mencionaram o carrinho ou berço, mas pelo que transpareceu as crianças dormiam todas nos quartos dos pais. Isto foi discutido e foi incentivado que se possível a criança dormisse no seu berço/quarto. A R1 de Fisioterapia lembrou também da importância de não fumar perto das crianças. Duas pessoas disseram que fumavam, mas que tomavam cuidado para não fazê-lo próximo ao bebê. Conversaram sobre outros cuidados em relação ao bebê e com as mães. Quando a reunião terminou, algumas mães não foram embora e aproveitaram para conversar com as residentes sobre aspectos individuais das crianças. Apesar da conversa no grupo ter sido direcionada pelas residentes, percebi que o vínculo com a equipe propiciou que mães e avós se sentissem à vontade para trazer aspectos particulares de sua vida ou para o grande grupo ou após o grupo, individualmente, de forma a esclarecer possíveis dúvidas ou compartilhar situações difíceis.

[Diário de Campo, UBS A – maio de 2007].

Durante a formação na Atenção Básica, os residentes participam da execução de diversos programas e ações de saúde que visam a promover e acompanhar a saúde de determinados grupos etários ou em risco de saúde. Esses programas têm origem em políticas públicas das três esferas de governo, podendo ter sido elaborados por uma ou pelo conjunto delas, dependendo a quem cabe a responsabilidade pela questão e a gravidade do problema apresentado na região; isso é avaliado através de indicadores de saúde. Pode ocorrer de um programa desaparecer ou ser modificada a sua conformação e denominação.

Durante o trabalho de campo, os seguintes programas para acompanhamento da saúde de grupos específicos, pelas equipes das UBS, estavam sendo desenvolvidos: Pré-Nenê (crianças de zero a um ano de idade), Pré-Natal (gestantes), Pré-Crescer (crianças desnutridas), Hiper-Dia (diabéticos e hipertensos). Verifica-se que nesses programas há um investimento na vigilância da saúde da criança e da gestante e no controle das doenças crônico-degenerativas. A ideia aqui não é discutir cada um desses programas, mas visibilizar as possibilidades que tais atividades

engendram como potência de formação para a integralidade e para o trabalho em equipe, problematizando excertos do diário de campo e relatos dos/as residentes.

Entre as atividades que pude acompanhar incluiu-se o desenvolvimento do programa Pré-Nenê em cada UBS. A padronização de atividades, através de protocolos do MS, da SES e da SMS, busca promover/controlar tanto a saúde da população quanto a maneira de atuação de profissionais em relação a determinados indicadores e problemas de saúde. Os protocolos incorporam, de certo modo, a valorização da técnica dentro do paradigma biomédico hegemônico, mas mesmo essas relações apresentam algumas fissuras. Participando das reuniões das equipes verifiquei que, mesmo existindo protocolos para o desenvolvimento dos programas de saúde, inclusive do Programa Pré-Nenê, cada equipe tinha criado algumas alternativas para implementá-lo. Logo no início do trabalho de campo, após uma das reuniões de equipe, solicitei à coordenadora da UBS B que me explicasse como funcionava esse programa. Ela me contou, então, a história do mesmo e o modo como ele funcionava naquela equipe, que seguia os parâmetros definidos pela SMS, conforme descrevo:

Durante o trabalho de campo, esclareci algumas dúvidas sobre o Programa Pré-Nenê com a coordenadora da UBS. Ela disse que o programa já estava em execução há mais de 15 anos e foi inspirado no modelo inglês. Visa ao acompanhamento da saúde de crianças de zero a um ano. No modelo inglês, o médico se forma e vai para o interior, onde tem sob tutela uma população de 1.500 pessoas, salário ótimo e cada agravo notificado reduz o seu salário. O acompanhamento exige visitas domiciliares frequentes. Ela conta que o trabalho de conclusão de residência de três médicos/as da equipe foi sobre o impacto do Pré-Nenê. As crianças são pré-agendadas para consultas mensais e para os bebês prematuros o intervalo é menor. Busca ativa através de visitas domiciliares é feita quando a criança falta. Uma vez por semana, a coordenadora do programa faz o levantamento dos faltosos e deixa no envelope das visitas domiciliares. As visitas e a captação dos recém-nascidos podem ser feitas por qualquer membro da equipe. As crianças têm agenda especial, o prontuário é individual e fica no arquivo do Programa Pré-Nenê e são atendidas cerca de 120 crianças/ano. O fluxo compreende: a maternidade notifica através de guia específico o nascimento da criança à SMS que notifica a UBS. A equipe cruza as notificações vindas da SMS com as primeiras consultas das crianças menores de um ano e faz busca ativa dos que não foram atendidos. Ela disse que mantém sempre o mesmo médico/a ou enfermeiro/a atendendo a mesma criança para formar vínculo, diminuindo com isso as internações, pois as consultas são garantidas. O peso e a altura de cada criança são acompanhados em um gráfico de crescimento e desenvolvimento. São vistas, também, a alimentação e a vacinação, podendo assim detectar facilmente os problemas que venham a acontecer. A preceptora e a R1 de Serviço Social eram responsáveis pelo acompanhamento administrativo do programa, na UBS.

[Diário de Campo, UBS B – março de 2007].

Referente à vivência do Programa Pré-Nenê, nesta UBS, ele era desenvolvido basicamente por residentes de Medicina e Enfermagem e, quando necessário, era

realizada uma interconsulta com outras áreas profissionais, como pude observar no relato de uma das residentes:

Tenho realizado algumas interconsultas dentro do programa Prá-Nenê por solicitação dos profissionais ou a pedido dos pais das crianças. Mas não tenho uma participação efetiva no programa com todas as crianças. Sinto falta de participar ativamente deste programa governamental, pois acredito que realizaríamos um trabalho de prevenção às doenças bucais, não só realizando consultas no momento em que a doença já estiver instalada [...].

[Residente G, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – abril de 2007].

Na UBS A, observei que as residentes, apoiadas pela preceptoria, tomaram a iniciativa de inovar e acresceram outras possibilidades às sistemáticas desses protocolos. A forma que encontraram para fazer o mesmo programa propiciava que de uma forma organizada todas as áreas profissionais participassem da atividade, considerando a idade dos bebês e a periodicidade de avaliação nele recomendada. Foi construída uma escala em que as residentes foram divididas entre os meses de idades das crianças que participavam do programa (dois, quatro e cinco, sete e oito, dez e onze meses), ficando as profissões distribuídas conforme o que seria mais importante para cada etapa do desenvolvimento infantil. Essa atividade, denominada Programa Prá-Nenê Coletivo, foi uma alternativa encontrada pela equipe para trabalhar a interdisciplinaridade e propiciar o compartilhamento de experiências entre as mães de bebês e entre estas e a equipe, em encontros de grupo.

Francini Lube Guizardi e Roseni Pinheiro (2007, p. 49), em pesquisa realizada em serviços da ESF, perceberam “a existência de um conjunto de atividades marcadas por características escorregadias” às forças de permanência de modelos instituídos de fazer em saúde e que são estratégicas para a construção da integralidade. As autoras conceituam-nas como “atividades de saúde” e apontam que as mesmas “são determinadas pela especificidade das relações que as compõem e dos contextos em que ocorrem”. Citam que “mesmo programas verticais revelam grande autonomia no modo como se concretizam, tendo sua forma e concretização definidas pelos indivíduos que os compõem” (ibidem, p. 50). Essas atividades não se organizam em torno da noção de doença, escapando dessa categoria central ao saber biomédico.

Neste estudo, as residentes que participavam da atividade do Pré-Nenê Coletivo teceram inúmeras considerações sobre essa vivência. Trago, a seguir, alguns dos recortes de relatórios que expressavam os significados dessa aprendizagem para elas:

Considero uma das mais salutar e bem-sucedidas atividades realizadas pela equipe [...], uma oportunidade de dar assistência integral às mães e seus bebês dentro de um espaço de trocas e vivências onde todos aprendem e todos ensinam.

[Residente D, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

Este é um trabalho novo para mim, porque trata de prevenção no atendimento de crianças, o que é muito pouco trabalhado na graduação. Tem sido um desafio compreender meu papel neste espaço [...], estou adquirindo mais conhecimento a cada encontro, principalmente ouvindo os relatos das experiências maternas e através da integração com os colegas residentes.

[Residente E, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

O Programa Pré-Nenê está sendo particularmente a atividade mais prazerosa para mim, pois é um momento único a cada semana, no qual aprendo muitas coisas das áreas de minhas colegas e também do conhecimento popular das mães, sempre com o objetivo de dar uma atenção integral à criança.

[Residente A, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

O que chamou minha atenção nos relatos das residentes não foi o fato de reconhecerem e valorizarem a cultura da comunidade, e sim de entenderem que as pessoas têm o direito de terem valores e interesses diversos dos seus. Penso que é uma posição que foge do esperado em egressos dos cursos de graduação da área da saúde, acostumados durante a formação com processos educativos baseados na transmissão do conhecimento, se consideramos que

as práticas sanitárias que ganharam hegemonia, ao longo do século XX, fundaram-se na afirmação da objetividade, da neutralidade e da universalidade do saber científico e nos modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, pressupostos que sustentam a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem-estar de todos os indivíduos, independente de sua inserção sócio-histórica e cultural. (MEYER et al., 2006, p. 1336).

Através desses processos educativos coletivos, os/as residentes podem fazer diferentes leituras do que costuma ser prescrito para a modelagem do crescimento e do desenvolvimento infantil e do que é ser saudável a partir das realidades que vivenciam.

É um espaço onde podemos obter diversas informações sobre a cultura da comunidade da área de abrangência da UBS, através dos relatos das mães que refletem um pouco dos costumes dos moradores, como a presença ou não de planejamento familiar, a gestação na adolescência, a anticoncepção, as relações familiares, entre outros.

[Residente E, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

A diversidade de informações que são socializadas neste espaço é muito grande, pois ao partirem de experiências e dúvidas de cada caso que é relatado neste espaço, valorizamos o saber popular, a cultura local, sem impor verdades e comportamentos e, levando informação, desconstruímos crenças prejudiciais ao cuidado da criança, como a de que leite materno não é suficiente para a criança se desenvolver. Neste espaço, temos a oportunidade de conhecer como mães e pais cuidam das crianças, os valores que permeiam essas relações, identificamos alguns casos que precisam de uma orientação individual, destacamos elementos que poderiam passar despercebidos em consultas individuais, e também aliviemos um pouco a angústia dos pais ao permitir a troca de experiência entre os mesmos durante os encontros.

[Residente E, Relatório 2º trimestre do primeiro ano – agosto de 2007].

Mesmo que as propostas de educação e saúde vivenciadas pelas residentes possam se restringir à ampliação da incorporação de estratégias participativas como um recurso de acomodação dos conteúdos científicos ao contexto sociocultural (MEYER, 2006), a disponibilidade de “aprender com os outros”, como aponta Larrosa, permite aos/às residentes

[...] multiplicar suas ressonâncias, pluralizar seus sentidos. Frente à homogeneidade do saber que restringe a diferença, a heterogeneidade do aprender que produz a diferença. Por isso, a amizade de ler com (de estar com) implica-se na amizade de aprender com, no se en-con-trar do aprender. (LARROSA, 1999b, p. 179).

Em seus registros, as residentes salientaram que a equipe influenciou muito no sucesso do grupo, pois era comprometida com o trabalho. A burocracia que envolvia o programa, referente ao preenchimento de fichas, foi apontada, mas houve o reconhecimento de que esse procedimento era necessário para a vigilância em saúde. Comentaram, ainda, que tudo que abordaram no grupo “gera um saber, que pode reforçar o que já é conhecido, ou então ser confrontado com o conhecimento anterior recebido de pais, de avós e de vizinhos/as, pois os pais das crianças nesta faixa etária se remetem muito a experiências anteriores”. As residentes eram desafiadas a confrontar os saberes técnicos da equipe formada por profissionais de diversas

profissões (admitindo que “nenhuma de nós possui filhos”) com os saberes populares e as experiências práticas de pais e familiares. Os resultados dessa interação com o grupo foram reconhecidos por uma das residentes que compunha o grupo que desenvolvia a atividade:

[...] os esforços já estão apresentando frutos, pois o número de faltosos diminuiu e as mães participantes estão cada vez mais conscientes sobre a importância desse acompanhamento para seu filho.

[Residente A, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

O percurso das residentes nesse grupo, ao longo de 2007, suscitou experiências diversas e produziu leituras diferenciadas. No entanto nada ficou imune às mudanças que aconteceram durante esse período na instituição, que também afetaram a forma como o programa era desenvolvido.

Nesse último trimestre também esse programa sofreu mudanças motivado pela saída e a inserção de novos profissionais [...] que altera as visões, as relações, os entendimentos sobre o programa e a forma como é desenvolvido por nós. Continuamos sem supervisão do programa, algo pouco desejável, pois necessitamos discutir e avançar em algumas dificuldades.

[Residente H, Relatório 3º trimestre do primeiro ano – novembro de 2007].

Pude perceber que, embora houvesse Programa Prá-Nenê em todas as UBS, cada equipe desenvolvia a sua dinâmica de ações, podendo os programas se constituírem como “dispositivo aberto” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2007), que se configura nas relações que se estabelecem nos encontros entre pais/mães, familiares, crianças e equipe de saúde. Meu interesse em relatar e discutir esse aspecto da formação advém de perceber que, em cada UBS, os/as residentes atribuíam significados diversos às mesmas atividades, como pude constatar com o trabalho de campo e com a leitura dos relatórios.

Ao longo do trabalho de campo, pude observar como o aprendizado dos/as residentes e como a circulação de ideias e de possibilidades de criação ocorria. Presenciei, por exemplo, a visita de residentes de outras equipes que buscavam conhecer o Programa Prá-Nenê Coletivo, desenvolvido na UBS A, para levar a ideia à equipe em que atuavam. Concluo que a/s realidade/s local/is produzem outras formas de lidar com as demandas cotidianas, re/criando alternativas e propiciando que

outras/os profissionais participem de atividades consideradas propriedades da Medicina e da Enfermagem.

No programa curricular de residentes e trabalhadores/as da atenção básica, a realização de visitas e consultas domiciliares tem sido vivenciada e avaliada nos relatórios trimestrais. Durante o trabalho de campo, procurei obter informações como cada equipe procedia para organizar essa atividade e com que finalidade, conforme relato neste excerto do diário de campo:

Pedi informações de como funcionavam as visitas domiciliares, na UBS, à preceptora de MFC, e ela me convidou a sentar na sala de reuniões do andar de cima. Na sala, ela me mostrou um mural onde estão os pedidos solicitados pela população de visitas domiciliares. Explicou que as visitas são feitas terças-feiras à tarde. Antes, primeiro, liam os prontuários dos casos registrados no livro de visitas na semana anterior e viam se precisavam de acompanhamento, mas isto foi pouco produtivo e foi modificado. Então adotaram outra sistemática: separam os casos a serem visitados, realizam as visitas e ainda conseguem retornar à UBS, discuti-los e após registrá-los. Ela diz que o registro envolve tempo. Cada caso é vinculado a um membro da equipe. Fizeram o levantamento do número de visitas, a partir de 2006 e as sequelas de AVC eram as causas mais frequentes. Isto diferiu do esperado, que fosse predominantemente de acamados. Quando o paciente é restrito ao leito, concluíram que antes da visita é preciso entrar em contato com as pessoas da residência, a fim de combinar horário para que tenha alguém que abra a porta. Haviam pacientes registrados como acamados e que na verdade eram pacientes restritos ao domicílio (PRD) e não pacientes restritos ao leito (PRL). A R2 de Odontologia fez um levantamento do número de acamados e constatou que dos mais de 60 usuários anteriormente registrados, havia no momento menos de 50 usuários. Diante dessa constatação, a equipe está fazendo também uma seleção dos pacientes mais necessitados de visitas a fim de priorizá-los. Toda terça-feira, a equipe divide-se em três grupos para fazer esta atividade, em cada grupo fica um/a preceptor/a ou um/a residente médico/a, participam também a residente de Enfermagem e o residente de segundo ano do HPSPedro, os estagiários de nutrição, um doutorando e as residentes de Odontologia, Serviço Social, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. As visitas também servem para fazer busca ativa de usuários dos Programas Pré-Natal e Pré-Nenê, que são programas de acompanhamento da gestante e do bebê até um ano, prioritários para a equipe.

[Diário de Campo, UBS A – 11 de maio de 2007].

Em uma das equipes, havia um turno na semana reservado para visita domiciliar e, após análise do que vinham fazendo, definiram outra metodologia de trabalho que passou a ser adotada por residentes e trabalhadores/as, como descreveu a MFC, em uma das conversas informais que tivemos.

Apesar de não ter conseguido acompanhar essa atividade *in loco*, pude constatar na equipe da UBS A que o envolvimento de uma preceptora no acompanhamento das visitas domiciliares era um fator importante para a continuidade da atividade e para o aprendizado de residentes, conforme foi descrito anteriormente. A experiência e a

organização dessa atividade foram apresentadas em uma reunião de estudo de caso. O excerto a seguir exprime a percepção de uma residente sobre essa atividade:

A forma de organização das visitas domiciliares na UBS é extremamente rica, a equipe tem a possibilidade de parar efetivamente e investir em tal atividade, e existe um cadastro atualizado de pacientes acamados que necessitam de acompanhamento domiciliar. Alguns desafios de organização da atividade surgem pela necessidade de distribuir as equipes/dupla de VD contemplando: as necessidades de atendimento multiprofissional, a manutenção desejada de um profissional de referência e os trajetos a se percorrer [...].

[Residente J, Relatório 3º trimestre do primeiro ano – novembro de 2007].

Na outra equipe, algumas dificuldades foram apontadas para que a execução da atividade fluísse da mesma forma. Em uma das reuniões, foi referido que no mural da equipe havia pedidos de visitas que datavam do ano anterior. Creio que os relatos de violência com a equipe e o fato de a região ser conhecida pelo tráfico de drogas na capital influenciavam o encaminhamento dessas questões, mas, além disso, a dificuldade de algumas profissões se envolverem com determinadas atividades também foi referida.

Outras atividades eram mencionadas nos relatórios de residentes como potentes para sua formação, entre elas, o trabalho com crianças e professores/as em creches e escolas. Por exemplo, em uma das equipes, o trabalho na creche contava com a participação de residentes de quatro profissões: Odontologia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. Conforme relato de uma das preceptoras que supervisionava o trabalho, profissionais de Enfermagem e Medicina não estavam participando naquele período. Ela relatou que gostaria que houvesse mais integração entre as profissões, que a Nutrição fosse mais valorizada na equipe para o trabalho integrado e que os contatos entre as profissões não ficassem apenas em encaminhamentos de usuários/as. Também mencionou que houve momentos mais produtivos na equipe, em relação a trocas com outras profissões. Isso reforça o entendimento de que a presença de várias profissões em uma equipe por si só não define que o trabalho interdisciplinar ocorrerá.

Outra entrevistada atribuiu ao tipo de formação na graduação as dificuldades pelas quais passou para adotar a noção de clínica ampliada e deslocar o olhar da doença no fazer cotidiano. Ela acreditava que isso se constituía como empecilho para avançar em direção à integralidade da assistência.

Profissional de saúde - Os residentes médicos são a coisa mais difícil, até porque existe esta cultura do pronto atendimento e até porque a nossa população é gigantesca, eles muitas vezes não conseguem participar dos grupos. E, eu percebo, assim, que alguns colegas são envolvidos no trabalho em equipe e outros não, alguns têm a cultura da saúde coletiva e trabalho interdisciplinar [...] isso eu acho que é um problema aqui no Murialdo, mas eu não sei se é um problema que tem solução.

Pesquisadora - E o que tu achas que leva a essa situação?

Profissional de saúde - Acho que é a nossa formação. Eu mesmo tive uma formação acadêmica para ser uma clínica fechada no meu consultório. Eu levei muitos anos para aprender e me dar conta que o meu trabalho podia ser diferente aqui, mais interessante e mais a ver com todas as políticas e as necessidades da população. Aprendi muito com os residentes, mas acho que tem gente que não está aberto pra isso, nem interessado, não gosta e valoriza. Então, é difícil, eu acho que só com uma mudança de mentalidade. Com os nossos residentes se formando, fazendo concurso e entrando aqui, acho que isso vai acontecer [...].

[Entrevista em 2 de abril de 2008].

Alguns fatores faziam com que as vivências dessas atividades atendessem às expectativas de formação esperadas por eles/as. Isso ocorria, por exemplo, quando possibilitavam a interdisciplinaridade, o aprendizado do trabalho em equipe e a experiência da atenção integral. O fato de terem a preceptoria envolvida com a atividade também foi mencionado como facilitador do processo, o que nem sempre acontecia ou era possível. Isso se deveu em parte à alta rotatividade de profissionais pelo qual a instituição passou no período da pesquisa, como foi apontado no capítulo 4.

Apesar das dificuldades pelas quais passava a instituição, a importância da formação de residentes foi reiterada muitas vezes:

Profissional de saúde - Uma coisa que eu acho muito legal aqui, que eu vejo que acontece é os nossos residentes se colocarem profissionalmente super bem sempre, por pior que sejam. Às vezes falam horrores enquanto estão aqui, eles vão para o mercado de trabalho bem preparados, muito mais bem preparados que qualquer outro.

[Entrevista em 2 de abril de 2008].

Com base nessas observações, considero que – apesar de vários aspectos tornarem vulnerável o programa de residência no período analisado e as condições vivenciadas não serem ideais, do ponto de vista dos processos educativos que envolvem a assistência à população – a convivência com as diferentes possibilidades de atuação no cotidiano parece preparar os/as residentes para lidar com realidades tão ou mais adversas que as do contexto observado.

6 RELAÇÕES DE SABER/PODER NAS DINÂMICAS DE ENSINO/SERVIÇO/GESTÃO

Nenhuma sociedade que esquece a arte de questionar ou deixa que essa arte caia em desuso pode esperar encontrar respostas para os problemas que a afligem – certamente não antes que seja tarde demais e quando as respostas, ainda que corretas, já se tornaram irrelevantes. Felizmente para todos nós, isso não precisa ocorrer – e estar ciente de que pode ocorrer é a garantia que não ocorrerá. (BAUMAN, 2000, p. 14).

“Meu verdadeiro problema é aquele que, aliás, atualmente, é o problema de todo mundo: o do poder.” Com essa frase, Foucault (2006, p. 224), em 1977, apontava a centralidade da analítica do poder em seus estudos e que acabou sendo uma vertente também produtiva nos Estudos Culturais. Assim, “através de uma quantidade de caminhos muito diferentes, muito emaranhados”, o autor estabeleceu a interdependência do saber com o poder, tomando como central os mecanismos de poder. Em aproximações com seus escritos e o de outros/as autores/as (BAUMAN, 2008) que discutem as relações de poder na contemporaneidade, inclusive na área de saúde (CECCIM, 2006, 2008; DALEGRAVE, 2008; FEUERWEKER, 2008; GRAÇA CARAPINHEIRO, 1993; LUÍS OTÁVIO FARIAS; JENI VAITSMAN, 2002), construí este capítulo em que busco analisar como as relações de saber/poder atravessaram os processos educativos da residência e marcaram as relações entre trabalhadores/as (em que se incluem residentes), gestores/as e desses com os/as usuários/as, nos serviços de atenção básica.

Entre os escritos de Foucault (2006, p. 231) que balizaram este trabalho, encontra-se a própria definição do que não é poder para o autor: “não sendo nem uma instituição, nem uma estrutura, nem um poder estatal, mas um lugar estratégico onde se encontram todas as relações de forças poder/saber”. Assim, se, em sua produção teórica, na década de 60, ele investigou as condições de existência das ciências do ser humano em relação a outros saberes, na década de 70, ele rejeitou a localização exclusiva do poder no aparelho de Estado e afirmou que as relações de poder passam por muitas outras coisas: “Na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de força de pequenos enfrentamentos, microlutas de algum modo” (ibidem, p. 231). Dentre outras coisas, são das “microlutas” cotidianas no “espaço-tempo” da formação em serviço do Murialdo que trato nos próximos

subcapítulos, procurando visibilizá-las, pois como acena Foucault (2008, p. 149-150), “nada mudará a sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo e ao lado dos aparelhos de Estado, a um nível muito mais elementar, cotidiano, não forem modificados”.

Ao discutir as relações de poder que constituíam os processos educativos da formação em foco neste estudo, procurei estar atenta ao que é recomendado por Foucault (2008, p. 171), em *Genealogia e poder*, quando se refere à necessidade de considerar

o acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização desse saber nas táticas atuais [...]. Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretendia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. [...] Trata-se [...] da insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa.

Nesse sentido, procurei, ao longo da tese, dar a conhecer algumas das condições históricas que motivaram a implantação de programas de residência médica e multiprofissional no local estudado e a que agenciamentos serviram em diferentes épocas. E aí, outra questão trazida por Foucault (2008, p. 174) pode ajudar a pensar sobre essas relações: “Quais são, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, os diversos dispositivos de poder que se exercem a níveis diferentes da sociedade, em domínios e com extensões tão variados?”. Para respondê-la, o autor recomenda escaparmos do esquema economicista de análise de poder, considerando que “o poder não se dá, não se troca nem se retorna, mas se exerce, só existe em ação, como também da afirmação que o poder não é principalmente manutenção das relações econômicas, mas acima de tudo uma relação de força” (ibidem, p. 175).

Assim, os cenários deste estudo eram atravessados por múltiplas correlações de forças, que emanavam de vários pontos: das corporações, das políticas de gestão, do controle social, da mobilização de trabalhadores/as, residentes e usuários/as. Para analisar seus efeitos, foi preciso “captar o poder em suas extremidades, em suas

últimas ramificações, lá onde ele se torna capilar” (FOUCAULT, 2008, p. 182), no cotidiano da formação e do trabalho em saúde.

Nesta pesquisa, dois acontecimentos produziram efeitos sobre as correlações de forças no cotidiano desse contexto de formação. Um deles foi o Movimento pelo Ato Médico. Com base no saber médico e na sua responsabilidade na proteção aos/às usuários/as, a corporação médica usou diferentes táticas para manter sua hegemonia, como procurar interferir na legislação da atenção à saúde e controlar os programas de residência médica e multiprofissional. No próximo subcapítulo, discuto os efeitos desse movimento no programa de residência e as resistências que trabalhadores/as e residentes desenvolveram, pois, como sugere Foucault (ibidem, p. 241), “[...] a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa”. No subcapítulo seguinte, a retomada do processo de municipalização foi o pano de fundo do cenário em que diferentes atores/atrizes se movimentaram. As relações entre trabalhadores/as, residentes, gestores/as e usuários/as fizeram parte das redes de poder que constituíram o processo de municipalização das UBS e suscitaram diversos deslocamentos, sugerindo, como propõe Foucault, que o poder deve ser analisado

como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia, [...] se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação, nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. (ibidem, p. 183).

Frente à precariedade que encontrei nos ambientes observados, foi possível, com a ajuda de Bauman (2008, p. 51), adicionar mais ingredientes para pensar a luta pelo poder na contemporaneidade. Em suas análises comparativas, ele aponta que se em tempos de modernidade sólida, essa luta propiciava um comprometimento mútuo entre governantes e governados e requeria presença e confrontação constante, na “modernidade líquida” isso já não é necessário. Nesta fase em que nos encontramos, a nova hierarquia de poder está marcada pela velocidade e pela imprevisibilidade de quem está no topo e pela imobilidade e, muitas vezes incapacidade, de deter a

velocidade desses movimentos de quem está na base. Segundo o autor, “a precariedade é hoje o principal bloco construtivo da hierarquia de poder global e a principal técnica de controle social” (BAUMAN, 2008, p. 50). Mesmo que ele aponte essa característica como imobilizante, veremos que foi justamente a precariedade um dos aspectos que desencadeou o movimento de trabalhadores/as, residentes e usuários/as para a municipalização da assistência.

6.1 Implicações das interações e dos conflitos das categorias profissionais nos processos educativos da residência

Profissional de saúde - A MFC começou a gostar e a gente começou a fazer parceria com ela até pra fazer vigilância no pré-natal [...]. Ela começou a gostar, mas ela não estava com muita vontade, porque colegas das outras equipes tinham criticado o fato de a enfermeira fazer pré-natal. É uma necessidade, eu acho que enfermeira tem que fazer [pré-natal]. Se a gente tem dificuldade então consulta com o médico. Isso aqui é um serviço de aprendizado, isso aqui não tem que ter “eu”... É uma coisa assim, às vezes tem umas atitudes deles que eu não gosto, mas a pessoa não tem nada a ver. Tu tens que trabalhar em equipe, para o bem da paciente. Precisa de uma medicação, precisa de uma ecografia, tem que fazer. Aí eu conversei com a MFC e ela gostou até depois da ideia e hoje ela está gostando um monte. Atendimento de puerpério [...] só agendava para doutorando e pediatra. O pediatra não faz a revisão na mulher e aí acabava que o doutorando, como o pediatra não fazia revisão na mulher, ele também só fazia o cadastro da criança. Foi uma coisa, que eu também conversei com ela. Eu tenho uma trajetória bem grande no trabalho com puérperas, trabalhei com aleitamento materno, que é um serviço bem de enfermeira. Outra coisa, como a nossa residente de Enfermagem vai sair sem informação, vai pra fora é uma vergonha. Passou por um processo de aprendizado, dois anos, é uma pessoa bem disponível, estudiosa e o serviço não deu oportunidade pra ela aprender. Aí mostrei pra MFC que o doutorando não estava fazendo, o doutorando não tem culpa, eles estão num processo de aprendizado, mas pra ela ver como estava errado [...]. Hoje a gente tem, assim, uns 40% do programa sendo feito por nós enfermeiras, então eu estou contente, é um avanço. A MFC também gostou bastante, achou ótimo assim abrir mais agenda para puerpério.

[Entrevista em fevereiro de 2008].

Mesmo que nas condições atuais haja mais garantias de continuidade da formação multiprofissional devido às legislações estadual e nacional, que legitimam esse processo, as disputas hierárquicas entre profissões continuam modulando vários aspectos da residência multiprofissional/integrada e sua relação com a residência médica. Essas disputas afetam, inclusive, os cenários de práticas em que as formações ocorriam, como pude perceber no relato introdutório deste subcapítulo, e envolviam, particularmente, as correlações de forças da Medicina com outras profissões da saúde.

A posição dominante do poder médico foi se consolidando a partir do século XVIII, vinculado à transformação do poder no interior do hospital, até então detido pelos

religiosos. A partir do momento em que o hospital foi “concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço tornou-se um instrumento terapêutico, o médico passou a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (FOUCAULT, 2008, p. 109).

A construção histórica da hegemonia médica na área da saúde deu-se através do poder disciplinar³⁵ no espaço hospitalar e com a intervenção médica sobre os indivíduos e as doenças, como apontam os escritos de Foucault:

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras etc. (ibidem, p. 110).

Tais mudanças possibilitaram que se estabelecesse um campo documental no interior do hospital e fizeram com que o saber médico, localizado nos grandes tratados clássicos da Medicina, passasse para o hospital, considerando que este “não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (ibidem, p. 110), a ponto de ser referido como “lugar de formação de médicos”.

Desde então, a ascendência do poder médico, sua autoridade e sua responsabilidade têm definido a extensão e os limites de autonomia, autoridade e responsabilidade de profissionais *não médicos*, não somente no hospital, mas estendendo-se também aos serviços de saúde que surgiram posteriormente. Isso tem gerado “zonas de conflito no tecido social dos serviços e na regulação das interações e das prestações profissionais”, conforme Graça Carapinheiro (1993, p. 184). Ao estudar serviços hospitalares, ela salienta que existem “vários processos de negociação levados a cabo pelo ‘pessoal médico’, ‘pessoal não-médico’ e doentes, que sustentam a extensa malha de relações de poder, produzidas no contexto da divisão de trabalho organizada nos serviços hospitalares” (CARAPINHEIRO, 1993, p. 185) e que são reproduzidas inclusive nos serviços de atenção básica, como se observa neste estudo. Ceccim (2008, p. 10) aponta que é comum, a “área médica aparece(r) como o equivalente de setor da saúde”.

³⁵ “Técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares. A disciplina implica um registro contínuo [...], nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber”. (FOUCAULT, 2008, p. 106).

Nos serviços de saúde, a correlação de forças mais explícita é a da relação entre a Enfermagem e a Medicina, que remete, no cotidiano, para situações de interação e conflito na produção de atos terapêuticos – alvos de negociações entre as duas categorias profissionais (FARIAS; VAITSMAN, 2002), como observei no excerto que abre este subcapítulo.

Problematizando a atuação da equipe de saúde na produção de atos terapêuticos, Ceccim (2006, p. 259) propõe que:

todo o processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais de saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para a composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo-centrado, para o eixo – plural e complexo – usuário-centrado.

A principal crítica desse autor às profissões hegemônicas é sua tentativa de continuar impondo-se “como supervisão, alimentando a noção de delegação e a manutenção de uma subordinação suposta” com relação às demais profissões que atuam na área da saúde. A rivalização de competências e autonomias entre as profissões regulamentadas é classificada, pelo autor, como sedentarismo à mudança, exclusão de movimento, criatividade e alteridade. Como parte da mudança na formação profissional com enfoque na “afirmação da vida”, Ceccim (2008, p. 261) sugere “uma prática mestiça, capaz de escapar ao limite disciplinar das profissões e de se expor à alteridade (sem hierarquizações e sem divisões técnicas ou sociais) com os/as usuários/as e com a equipe de saúde”, além de reiterar a necessidade do trabalho em equipes multiprofissionais.

Trata-se, assim, de re/afirmar que um profissional de saúde se define por sua “condição objetiva de assistir, sua habilitação técnica para a clínica, sua profissionalização para o ato terapêutico, sua dedicação ao cuidar” (ibidem, p. 262). Para um projeto terapêutico de integralidade e de resolutividade, esse autor, a partir da metáfora da travessia do rio, propõe uma terceira margem, a entre-disciplinaridade, compreendida como “um lugar de sensibilidade e equilíbrio metaestável, em que a prática terapêutica emergiria em clínica mestiça ou clínica nômade”, sempre que o

trabalho multiprofissional é afirmado como interdisciplinar. Ao desempenho dos/as profissionais de saúde caberia a disposição de

atuar segundo sua circunscrição de saberes, mas orientando-se pela circunscrição dos saberes que o excede e sob o risco da sobrevivência de uma zona de fronteira, uma margem virtual no *entre*, sítio de tensão e de indiscernimento, mas de aprendizagem e de invenção (de si, das fronteiras provisórias, da equipe e de novos mundos). (CECCIM, 2008, p. 268).

Nesse cenário, a força do “trabalho vivo em ato” faz com que a regulação da clínica ocorra na equipe de saúde, conforme for requerido em cada caso. Reconfiguram-se, dinamicamente, os papéis, tornam-se permeáveis as fronteiras enrijecidas pelos poderes técnico, administrativo e político (ibidem).

Se, por um lado, vislumbrávamos a perspectiva de re/construção das práticas de saúde através de “inovações culturais”, como a residência multiprofissional, por outro lado tomava vulto no país – em 2007/2008 – o Movimento pelo Ato Médico, com forte apoio das entidades por categoria profissional, limitando e cobrando dos seus pares uma postura corporativa de autoproteção. Isso se constituiu como um forte divisor de águas nas possibilidades de integração entre as profissões, impactando diretamente os locais de formação. O parágrafo único do Artigo 1º da Lei do Ato Médico, no qual era definido que “são atos privativos do médico a formulação do diagnóstico médico e a prescrição terapêutica das doenças”, criou impasse na relação entre profissionais de saúde. Cid Velloso (2007), ao analisar essa questão, ressaltou que é difícil demarcar os limites do diagnóstico, pois faz parte da área de competência de todos/as profissionais de saúde, o diagnóstico e a terapêutica em todas as ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação. A autonomia dos/as profissionais de saúde é, portanto, um ponto polêmico. Cada uma das 14 profissões da saúde tem definida sua área de competência, não podendo/devendo ser controlada pela outra, mas cada uma delas devendo respeitar a autonomia de usuários/as quanto a seu desejo de escolher/optar por determinada terapêutica, desde que esclarecidos/as sobre seu problema de saúde. A Lei do Ato Médico veio na contramão de discussões, acordos e práticas existentes para o funcionamento da equipe multiprofissional (VELLOSO, 2007, p. 24-26).

A disputa explicitada no Ato Médico deixou suas marcas na forma como trabalhadores/as organizaram o processo de trabalho nos serviços de saúde. A decisão de cada trabalhador passou pela garantia de proteção profissional, porém, apesar de todos os movimentos desencadeados por esse ato, observa-se no excerto da entrevista que as realidades cotidianas mobilizavam a integração entre profissionais. Fica mais fácil dar conta de inúmeras demandas, programas e ações quando é possível trabalhar em equipe. O que cabe a cada um de nós, a cada profissão? O que é possível borrar nas fronteiras de saberes e práticas das várias profissões que participam da formação em serviço na atenção básica? As possibilidades que essas perguntas mobilizam podem ter um valor inestimável nas respostas que profissionais e serviços devem dar às necessidades de saúde da população.

Há que se pensar, também, que a gestão dos processos formativos na residência pode ou não reproduzir e reforçar a hegemonia do “modelo de biomedicalização” (CECCIM, 2008). Assim, a constituição de instâncias deliberativas da RIS, localmente, assemelha-se ao que já existe em relação à residência médica com alguns deslocamentos que tensionam os modelos anteriormente adotados, entre eles, a distribuição paritária entre membros gestores, preceptoria e residentes, com a possibilidade de participação de representação do Conselho Municipal de Saúde. Quando a RIS iniciou, em 2000, no Murialdo, formou-se uma única Comissão de Residência para definir normas e acompanhar administrativamente os programas de Residência Médica e Residência Multiprofissional (Aperfeiçoamento Especializado), com representação da direção, das coordenações, de preceptores/as e residentes de todas as profissões. Mesmo anteriormente a esse período, quando ocorreu interrupção na formação multiprofissional, preceptores/as de várias profissões faziam parte da formação de residentes da Medicina e compunham a COREME médica.

Durante este estudo, o Ato Médico provocou repercussões internas na residência do Murialdo, inclusive na configuração de suas instâncias deliberativas, fato registrado na composição da Comissão de Residência Multiprofissional (COREME). Em 2007, em plena eclosão do Ato Médico, por conta de pressões internas e externas à instituição, a instância foi desmembrada em COREME médica e multiprofissional. Isso ocorreu a partir da colocação em diligência do programa de residência em Medicina de Família e

Comunidade do Murialdo e após algumas visitas de representantes da CNRM para vistoria do programa, de forma que o controle sobre o seu funcionamento pudesse ser exercido *in loco*. Em uma dessas vistorias, houve determinação, por parte da comissão de avaliação, que a COREME médica fosse separada da multiprofissional, após constatarem que havia uma única COREME. Apesar da resistência, o fato acabou sendo acatado e, a partir de então, começaram a funcionar duas comissões de residência, uma para a formação multiprofissional e outra para a médica. Ficou pactuado, então, com a direção e as coordenações do Murialdo, que todos os núcleos profissionais participariam das reuniões da Comissão Local de Ensino e Pesquisa (instância pedagógica da RIS), de forma que os processos pedagógicos não ocorressem de maneira dissociada, mas isso não foi pacífico. Salieta-se que esse movimento nacional era reforçado, internamente, por certos/as preceptores/as da residência médica, que defendiam que a Residência em Medicina de Família e Comunidade devia ser independente da Residência Multiprofissional.

Também foi exigido pela CNRM que o processo seletivo para ingresso nos programas fosse realizado através de editais separados. Outros fatos corporativos ocorreram, como medo de profissionais da Medicina sofrerem processo punitivo, por parte do seu conselho profissional, caso continuassem ensinando residentes multiprofissionais, e proibição de ingresso de residentes da Medicina em programas de residência multiprofissional. Na sequência, quando estava iniciando a escrita desta tese, também foi suspensa, pela COREME médica, a participação de residentes da Medicina nas atividades de reflexão teórica de campo da APS, que tratam do aprendizado comum às profissões que atuam na atenção básica. Isso somente foi revertido após um ano, em 2009, com a troca de gestão da instituição. De alguma forma, esses acontecimentos refletiram-se no cotidiano das equipes, nas relações entre residentes e preceptoria e até na forma como se estruturou a própria atenção à saúde nas UBS.

Foucault considera que o poder não está localizado somente nos aparelhos de Estado; ele é um lugar estratégico onde se encontram todas as relações de forças resultantes de pequenos enfrentamentos cotidianos. Assim, no contexto da formação

multiprofissional, vê-se que a estratégia do poder médico se mantém a partir de pequenas táticas locais e individuais, como aponta o autor:

Se é verdadeiro que essas pequenas relações de poder são, com freqüência, comandadas, induzidas do alto pelos grandes poderes de Estado ou pelas grandes dominações de classe, é preciso ainda dizer que, em sentido inverso, uma dominação de classe ou uma Estrutura de Estado só pode bem funcionar se há na base essas pequenas relações de poder. [...] A estrutura de Estado, no que ela tem de geral, de abstrato, mesmo de violento, não chegaria a manter assim, contínua e cautelosamente, todos os indivíduos, se ela não se enraizasse, não utilizasse, como uma espécie de grande estratégia, todas as pequenas táticas locais e individuais que encerram cada um entre nós. (FOUCAULT, 2006, p. 231-232).

No espaço macropolítico, em resposta às pressões oriundas do Ato Médico, as demais corporações da área da saúde mobilizaram-se a fim de não permitir retrocessos em relação às competências de cada profissão. Paralelamente, as entidades médicas moviam ações judiciais delimitando estas competências, em especial da Enfermagem, como a discussão nacional sobre os protocolos da atenção primária que permitiam a realização de consultas de Enfermagem na área de saúde da criança e da mulher. Em maio de 2007, em pleno trabalho de campo, tive acesso a uma *Carta de manifestação e posicionamento do núcleo de Enfermagem do Centro de Saúde-Escola Murialdo*³⁶, redigida por preceptores/as e residentes, frente à notícia de suspensão da Portaria 648/2006/MS, que trata da organização da Atenção Básica no país (BRASIL, 2006a). A ação judicial que desencadeou a suspensão dessa portaria fora movida pelas entidades médicas, com a alegação de que a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames previstos nos programas do MS, quando realizados por profissionais *não médicos*, configuram exercício ilegal da Medicina.

A carta do núcleo de Enfermagem estava endereçada aos secretários municipal e estadual de saúde, ao Conselho Municipal e ao Conselho Estadual de Saúde, às direções da ESP e do Murialdo e às coordenações da residência na ESP e no Murialdo, às instâncias deliberativas da RIS, às coordenações das UBS, ao Sindicato dos Enfermeiros e ao Conselho de Enfermagem. Nessa carta, os/as profissionais (trabalhadores/as e residentes de Enfermagem) expressavam sua preocupação em

³⁶ Coloquei em itálico, pois a carta era intitulada desse modo pelas pessoas que a escreveram.

relação à repercussão dessa medida na saúde da população, no acesso e na qualidade dos serviços prestados e, também, salientavam a importância da integralidade e da interdisciplinaridade para a consolidação do SUS. As práticas da Enfermagem e de outros núcleos profissionais eram apontadas como uma contribuição para a efetivação do acesso, da qualidade e da humanização dos serviços.

Os protocolos pactuados no âmbito do MS, que preveem a consulta de Enfermagem, solicitação de exames e prescrição de medicamentos que, até então, orientavam essas práticas na atenção básica, estavam em xeque com a suspensão da Portaria 648/2006/MS. A carta esclarecia que, na lei n. 7.498, de exercício profissional da Enfermagem, as atividades anteriormente descritas estavam previstas, o que garantia a legitimidade da execução dessas ações nos programas de saúde pública (BRASIL, 1986).

O documento solicitava apoio às instâncias gestoras da RIS no sentido de viabilizar o processo de ensino em serviço de residentes e preceptores/as de Enfermagem nas UBS do Murialdo, respaldando estes/as profissionais na execução de suas atividades baseadas nos protocolos do MS. A escrita encerrava com a posição do núcleo sobre o resguardo dos direitos legais de exercício profissional, enfatizava que o regimento da RIS segue as diretrizes do SUS e do MS e lembrava que a atuação da Enfermagem está consolidada há mais de 30 anos no Murialdo com as consultas dessa profissão fazendo parte do conjunto de ações desenvolvidas nas UBS.

A carta de manifesto local do núcleo de Enfermagem é apenas uma das tantas manifestações ocorridas, na época, em relação ao fato, pois diversos segmentos da sociedade civil manifestaram-se a respeito dessa questão, como foi o caso do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A questão encaminhada, nacionalmente, com a mediação inclusive do ministro da saúde e com a participação do CONASEMS, buscou o entendimento através de uma nova redação do item 2, do Anexo 1 da Portaria 648/2006/MS, no que se refere às atividades do/a enfermeiro/a e do/a médico/a. A nova redação manteve as ações da Enfermagem, mas possibilitou ao/à médico/a acompanhar a execução dos protocolos e modificar a rotina médica quando houver indicações clínicas e evidências científicas para tanto e garante, no inciso IX da Portaria

1.625/2007, que “na eventualidade da revisão dos protocolos ou criação de novos protocolos, os Conselhos Federais de Medicina e Enfermagem, e outros conselhos, quando necessário deverão participar também da sua elaboração” (BRASIL, 2007d).

Esse e outros tensionamentos decorrentes do Movimento pelo Ato Médico, com expressão macropolítica, impactaram a gestão micropolítica do trabalho das equipes nas UBS. Mesmo que não tenha, oficiosamente, modificado o programa de residência, provocou certo recuo de profissionais da Medicina em orientarem residentes de outras profissões, devido a pressões e receio de represália por parte do seu conselho profissional, como, por exemplo, o ensino da realização de exame Papanicolau para diagnóstico e prevenção de câncer de colo de útero às/aos residentes de Enfermagem.

Conforme Veiga-Neto (2005, p. 72) estudar a “emergência de um objeto – conceito, prática, idéia ou valor – é proceder à análise histórica das condições políticas de possibilidades dos discursos que instituíram e ‘alojam’ tal objeto”. A emergência da formação multiprofissional, no final da década de 1970, e a dificuldade de se estabelecer e ser reconhecida no país (DALLEGRAVE, 2008) sinalizam que as condições políticas de possibilidades daquele contexto histórico não eram propícias para a confrontação entre forças opostas (VEIGA-NETO, 2005, p. 73). Isso não quer dizer que o programa de residência (estágio ou treinamento especializado³⁷) dos anos 70 era uma versão incompleta ou menos desenvolvida do que a atual, e sim que aquilo foi o possível de ser realizado naquelas condições históricas e culturais.

Outros exemplos de conflitos oriundos dessas disputas podem ser registrados no histórico da residência. Por exemplo, fez parte da discussão de retomada da residência integrada/multiprofissional no Murialdo a viabilidade e a legitimidade da adoção do termo *residência* para a formação em serviço das outras profissões de saúde que não incluía a residência médica. A categoria médica, no Murialdo, entendia que era uma denominação autorizada somente para a sua profissão. Após alguns embates, ficou combinado, informalmente, que a junção das duas palavras – residência médica –

³⁷ A primeira denominação recebida pela formação multiprofissional no período de 1978 a 1984 foi denominado estágio especializado; no período de 1984 a 1990, chamou-se treinamento especializado, sofreu interrupção em 1987 e de 1989 até 1990, quando voltou a funcionar com a mesma denominação. Foi novamente interrompida em 1996, sendo retomada, em 2000, como Residência Integrada em Saúde: Aperfeiçoamento Especializado em Atenção Básica.

permaneceria exclusividade da categoria médica, mas que isso não inviabilizaria a adoção do termo *residência* para a formação de outras profissões.

Feuerwerker (2009) acredita que há muitas respostas possíveis à resistência de profissionais da Medicina e de suas entidades à emergência da residência multiprofissional. Entre elas, cita o fato de a residência multiprofissional surgir acoplada às políticas públicas e isso desestabilizar o modelo de residência até então existente, orientado pelos interesses da categoria médica. Além disso, há também a disputa por recursos públicos, antes destinados, exclusivamente, à residência médica e “a defesa de um espaço privilegiado de formação para uma profissão que historicamente se sobrepõe às demais e contava com um mecanismo singular de reprodução, quem sabe agora ameaçado” (ibidem, p. 230).

Estas disputas reapareceram quando tomou força no país a legitimação da residência para todas as profissões de saúde (residência integrada, multiprofissional, uniprofissional). A partir de 2000, movimentos nacionais envolvendo vários atores resultaram na aprovação da lei federal n. 11.129, que instituiu a residência em área profissional da saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço. No entanto o conflito com a corporação médica ganhou visibilidade no artigo 13 dessa lei, que define que tipo de formação é a residência multiprofissional, onde aparece “excetuada a médica” (BRASIL, 2005a):

Art. 13 - Fica instituída a Residência em Área Profissional de Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, **excetuada a médica**. [grifo meu].

Dallegre (2008, p. 50), analisando os discursos veiculados sobre a residência multiprofissional em saúde em documentos, revistas, artigos e na legislação atual traz à tona a discussão das oposições binárias, quando cita a utilização da categoria *não médica* para designar todas as profissões que não cabem na categoria médica. Quando um grupo social é denominado com a negativa da denominação de outro grupo social, um conjunto de saberes é acionado para reforçar relações de poder nas quais a categoria médica está sendo representada como mais importante que as demais profissões da saúde, como esta autora refere:

Nomear algo carrega um conjunto de saberes e também constitui a 'realidade'. Dizer, portanto, que há médicos e não-médicos, ou que há residências para médicos e residências para os outros, declara separação nítida de projetos de cuidado, de objetos e de sujeitos articulados no trabalho.

A Lei n. 11.129 abrange uma série de prerrogativas através do Programa Pró-Jovem, instituindo a Residência em Área Profissional de Saúde e criando a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Alguns conflitos são explicitados no texto, como “Residência em Área Profissional de Saúde” (art. 13) e a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (art. 14), pois a polêmica na época, e que retorna, muitas vezes, é de que fosse mantido o foco na formação multiprofissional (BRASIL, 2005a). No mesmo ano, a Portaria Interministerial n. 2.117 instituiu, no âmbito do MS e do MEC, a Residência Multiprofissional em Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, possibilitando o reconhecimento da residência para outras profissões, tal como ocorre com a Medicina (BRASIL, 2005d). Estratégia política ou não, o subterfúgio utilizado de incluir a Residência em Área Profissional na Lei n. 11.129, que criava o Programa Pró-Jovem, na época, para não chamar muita atenção dos avessos à ideia de legitimação da formação multiprofissional, parece ter dado certo. De 2005 a 2008, várias portarias reforçaram esse movimento e instituíram essa modalidade de residência no país.

Na Portaria Interministerial n. 1077/ME/MS/2009 (BRASIL, 2009), que dispõe sobre o funcionamento da CNRMS e substitui a Portaria n. 45/ME/MS (BRASIL, 2007a), há garantia que essa comissão se incumbirá da regulamentação dos programas de residência multiprofissional e em área profissional que abrangem 13 profissões de saúde³⁸.

Tanto a legitimação da residência médica quanto a da residência multiprofissional resultaram das lutas de movimentos sociais. Entretanto a residência médica está assentada no paradigma de medicina científica com ênfase na especialização e no modelo privado de atenção, enquanto que a residência

³⁸ O disposto na portaria 1077/ME/MS/2009 abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (BRASIL, 2009, p. 7).

multiprofissional está diretamente atrelada ao SUS (DALLEGRAVE, 2008). Mesmo sendo guiada pela discursividade da integralidade, do trabalho em equipe, da defesa do SUS e do reconhecimento das necessidades sociais em saúde, a estruturação da residência integrada/multiprofissional procurou guardar “correspondência à residência médica, de modo que pudessem funcionar de forma integrada” (CECCIM, 2009, p. 234). Uma das similaridades é a carga horária adotada em ambas, também no Murialdo. Os parâmetros para estipular carga horária, duração do curso e conformação da RIS seguiram o modelo do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária (atualmente Medicina de Família e Comunidade) vigente na instituição, que estabelece duração de dois anos e, atualmente, carga horária anual de 2.880 horas, totalizando 5.760 horas.

Mesmo com a existência de legislação específica para a residência multiprofissional, a carga horária dessa formação tem sido motivo de discussão e, inclusive, de reformulação de artigos que já vigoravam e que estão sendo fortemente influenciados pela legislação da residência médica. A Portaria n. 45/ME/MS (Brasil, 2007a), por exemplo, instituía a possibilidade de carga horária de 40 a 60 horas semanais, no entanto essa flexibilização foi alterada na Portaria Interministerial n. 506/ME/MS (BRASIL, 2008a). Para que não se estabelecesse conflito com a residência médica e fosse mantido o mesmo valor de bolsa para as duas modalidades de formação, os gestores dos MS e MEC acordaram com a CNRMS a retificação da carga horária para 60 horas semanais, conforme se observa no artigo transcrito a seguir (BRASIL, 2008):

Art. 1 - Definir que a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde constituam-se em ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais.

Nos dois seminários estaduais (2008 e 2009), que ocorreram em Porto Alegre e no último seminário nacional (2008), a carga horária de formação foi questionada pelos/as residentes como inadequada e cansativa, apontando como alternativas a diminuição da carga horária de formação em serviço e ampliação e diversificação das

atividades teóricas. Essa questão também estava presente no campo em estudo. Nos relatórios de 2007, os/as residentes manifestaram dificuldade de acompanhamento das atividades teóricas noturnas devido ao cansaço oriundo da extensa e intensa carga horária do programa da RIS e sinalizavam a necessidade do uso de metodologias ativas de aprendizagem nessas atividades.

Para mim, assim como para a maioria da turma, a metodologia utilizada deixou muito a desejar, pois os encontros, na maioria das vezes, não foram muito interessantes [...] tornando-se cansativos. Além disso, o horário das aulas, também, não é adequado, pois devido ao nosso cansaço, as aulas rendem pouco.

[Residente I, Relatório 2º trimestre do primeiro ano – agosto de 2007].

Outro ponto de conflito é o valor de pagamento das bolsas de residência. Na história das interrupções da formação multiprofissional, na década de 1990, um dos fatos que corroborou para isso foi a diferença na remuneração da bolsa de residentes das várias profissões da saúde, comparada com a bolsa de residentes da Medicina, diante da mesma carga horária de atuação. Quando a formação foi retomada em 2000, incluiu-se, entre as prioridades, a definição do mesmo valor de bolsa para todas as categorias profissionais. A aprovação da Lei 11.789 (RIO GRANDE DO SUL, 2002a), que cria o Programa de Bolsas para a RIS/ESP, garante a isonomia, incluindo nesse valor auxílio-moradia e auxílio-alimentação, sendo provavelmente o maior valor de bolsa paga a residentes no país, porque incorpora esses dois benefícios. Em 2007, a charge do cartunista fazia referência ao valor da bolsa da residência.



Figura 1: Tirinha do Radicci, do cartunista Iotti (ZERO HORA, 3 de março de 2008).

Quando essa modalidade de formação foi reconhecida, nacionalmente, em 2005, e o MS assumiu como ordenador e financiador dos programas, a isonomia foi garantida através da Lei 11.129 (BRASIL, 2005a).

Por esses conflitos que atravessam a instituição da legislação nacional da residência em área profissional da saúde³⁹, percebe-se que as relações de poder entre as corporações/categorias profissionais da área da saúde estão sendo tensionadas, e/ou tensionam, constantemente, as políticas de organização da atenção e da formação em saúde.

A certificação dos programas de formação multiprofissional do Murialdo foi expedida até 2008 pela própria instituição e, em conjunto com a ESP/RS, a partir de 2000. A expectativa de residentes, preceptoria e coordenações é que o curso seja credenciado no MEC. Assim, não é possível fugir de várias formas de controle da nossa sociedade, pois para credenciamento dos programas é exigido que os mesmos sejam cadastrados e avaliados, sigam critérios, justifiquem seus desenhos político-pedagógicos e utilizem os parâmetros apontados na legislação vigente, quer sejam programas de residência integrada, multiprofissional ou uniprofissional. Quanto ao financiamento dos programas, um grande número deles segue sob tutela do MS e a continuidade ou sua interrupção é uma incógnita. Como os Programas da RIS, inclusive o do Murialdo, são pagos com recursos do Fundo Estadual de Saúde, isso não se constituiu preocupação para residentes, preceptores/as e coordenação do programa, durante o período em que realizei o trabalho de campo.

No segundo semestre de 2008, foram desenvolvidos em vários estados o I Seminário Estadual de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional, com participação massiva de residentes, inclusive das UBS em que desenvolvi este estudo. O objetivo desse seminário foi levantar subsídios para o III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional, que ocorreu em Brasília, em outubro de 2008, no qual foram apontados os critérios de avaliação, acompanhamento e credenciamento dos programas nos grupos de trabalho e plenárias.

³⁹Diante dos termos residência multiprofissional, uniprofissional e em área profissional de saúde, esclareço que a residência multiprofissional envolve a formação em serviço conjunta de duas ou mais profissões, a residência uniprofissional é a formação em serviço que titula uma única profissão e a residência em área profissional refere-se a terminalidade ou área da saúde em que é realizada a formação. É comum, mas não adequado, o uso dos dois últimos termos como sinônimos.

Naquele momento, ocorreu também a I Oficina de Capacitação de Avaliadores de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, de que participei juntamente com mais 80 avaliadores/as selecionados/as pelo MEC, após edital público. Chamou minha atenção que houve profissionais da Medicina que se inscreveram para a capacitação de avaliadores/as de programas de residência multiprofissional. Meu estranhamento leva em consideração a indisponibilidade da corporação de se incluir nessa modalidade de formação, solicitando inclusive a sua exclusão. Sabe-se que algumas pessoas são parceiras de longa data na luta pela integração das profissões e pela integralidade da atenção, mas também se pode pensar na possibilidade de a categoria médica querer se inserir nesse espaço para continuar exercendo controle sobre as demais profissões da saúde.

Foi possível delinear, ainda, nesse fórum, um movimento de fortalecimento da residência por profissão com a presença de representantes das residências uniprofissionais, nos moldes da residência médica. Qual o modelo de formação que as residências uniprofissionais não médicas utilizam poderia ser tema de estudos. Admite-se, assim, que a formação com base no “modelo de biomedicalização” hegemônico tenta garantir espaço mesmo em outras categorias profissionais. Nesse sentido, as/os dentistas da instituição reproduziam essa postura, demonstrando pouco interesse em se inserir nas equipes de atenção básica do Murialdo, mesmo para realizar supervisão e acompanhar residentes nas atividades de formação. Ressalta-se que, apesar de esta não ter sido uma atitude de todos/as os/as dentistas, isso causava descontentamento em parte dos/as residentes de Odontologia.

Passaram-se, assim, dez anos da aprovação da lei estadual que criou a concessão de bolsas ao Programa da RIS e cinco anos das primeiras portarias e leis nacionais que propiciaram a legitimação dos programas de residência multiprofissional, resultantes do movimento de diversas forças que estão distribuídas difusamente pelo tecido social. A euforia de poder acessar informações sobre a residência multiprofissional em área profissional da saúde diretamente no *site* do MEC, em patamar semelhante ao da residência médica, foi perturbada pelo silêncio de vários meses no retorno do andamento dos processos de organização dessa formação, como o que ocorreu após o III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área

Profissional da Saúde, até meados de outubro de 2009. Isso demonstra que tal política de educação e saúde continua sendo não hegemônica, mas o trajeto percorrido demonstra que as forças que a mobilizam mostram sua resistência, e esta se traduz de várias maneiras, algumas das quais discuti nesta tese.

No entanto, como o poder circula e ocorreram trocas de gestão nos órgãos do MEC e MS diretamente relacionados aos programas de residência médica e multiprofissional, alguns aspectos têm preocupado os envolvidos nessa luta, desde mudanças repentinas no que é importante para os ministérios em dado momento, como área de formação, até o receio de descontinuidade dos financiamentos. Mesmo que o programa da RIS não tenha sofrido esse tipo de tensão quanto ao financiamento, até 2010, é preciso atentar ao fato de que foram realizados os pré-cadastros dos programas no MEC e que até o primeiro semestre deste ano as ênfases da RIS não haviam sido avaliadas para credenciamento. Em outubro de 2009, um ano após o III Seminário, a Portaria Interministerial n. 1.077 (BRASIL, 2009), que substituiu a Portaria Interministerial n. 45/ME/MS, surpreendeu com a alteração substancial da composição da CNRMS, o que provocou indignação por parte de vários componentes do movimento das residências. Essa acomodação de forças que ocorreu no MEC e no MS teve impacto sobre as formas de condução das políticas de educação e saúde, influenciando o investimento do governo federal na residência multiprofissional, principalmente na diminuição do item *bolsas de preceptoría* e redirecionando o investimento para os cursos de educação a distância (FEUERWERKER, 2009).

Com a emergência da residência integrada/multiprofissional e com a visibilidade que adquirem seus eixos orientadores (a integralidade, o trabalho em equipe e a defesa do SUS), percebe-se uma intensa reatividade das corporações médicas diante do deslocamento das relações de saber-poder hegemônicas. Isso foi exemplificado em diferentes contextos e situações no decorrer do texto, tanto no cenário local como no nacional.

O próximo subcapítulo tratará das implicações do processo de municipalização das UBS no processo de formação da residência.

6.2 O processo de municipalização e suas implicações na residência

[...] há muitos momentos de insegurança, incerteza, dúvidas, ou seja, de tormenta. Um pouco de tudo isso diz respeito ao fato de entrarmos na residência e nos depararmos com a precariedade e o sucateamento das unidades, falta de profissionais e muitas vezes estrutura inadequada. Isso tudo gera bastante frustração. O período sem preceptoria me fez questionar o quanto o ensino é prioridade [...]. A tudo isto ainda se alia o “fantasma” da municipalização, dilema antigo, mas que, atualmente, muitos dizem que nunca esteve tão perto de se concretizar. Não se sabe que rumo estas coisas podem tomar e o que nos espera. Alarmes falsos correm por todos os lados. Muitos são os boatos de que a residência fecharia em algumas unidades e tudo isso traz muita insegurança. Sem dúvida trata-se de um momento institucional complicado, e é muito difícil não se sentir atravessado por todo esse processo. Porém nem tudo é tormenta... “[...] pode ser que o barco vire, também pode ser que não [...]”, mas há muitas coisas boas em tudo isso.

[Residente F, Relatório 1º trimestre do primeiro ano – maio de 2007].

Na história recente da municipalização da saúde⁴⁰, em Porto Alegre, em 1996, a identidade do Murialdo com a formação em serviço na atenção básica definiu sua permanência na gestão estadual. Entretanto, mesmo estando excluído do processo de municipalização da saúde, o Murialdo, enquanto instituição de ensino e assistência, participou dos processos políticos de atendimento às demandas públicas decorrentes da descentralização da assistência. Em 1995, as mudanças na organização da atenção, através da criação do Programa de Saúde da Família, já haviam provocado uma demanda por profissionais de saúde. Isso implicou em investimento estadual através da inserção de residentes na interiorização do programa de terceiro ano da Residência em Medicina Geral Comunitária para sensibilizar os gestores municipais à implantação dessa estratégia.

Atualmente, a política nacional de atenção básica investe na Estratégia de Saúde da Família. O Murialdo, apesar de ter colaborado na inserção de médicos de família e comunidade nos municípios do interior, não pôde, até 2009, incorporar essa política no cotidiano, por não estar municipalizado. Em 1997, houve uma tentativa de inserção da instituição na ESF, através da contratação de agentes comunitários de saúde por uma cooperativa, mas por problemas administrativos não foi possível manter a contratação.

⁴⁰ A municipalização da gestão dos serviços de saúde foi elemento central nos aspectos político-administrativos das reformas do governo federal na década de 1990, e 99% dos municípios estavam habilitados no SUS, em 2000. Os municípios foram estimulados a assumir as responsabilidades de gestão de modo gradual, mediante adesão a uma das condições previstas nas Normas Operacionais Básicas (NOB 01/93, NOB 01/96) e pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002; VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Na gestão estadual 1999-2003, dois acontecimentos marcaram a instituição. Um deles foi a retomada da formação multiprofissional, já relatada em capítulo anterior. O outro foi o retorno da discussão sobre a municipalização das UBS do Murialdo, de certo modo silenciada desde 1996. Se naquele momento a decisão foi manter as UBS vinculadas ao Estado, nas últimas três gestões estaduais isso passou a ser reconsiderado, a partir da justificativa de que a competência da assistência deveria ser do gestor municipal, tendo em vista a implementação da diretriz organizativa da descentralização da saúde. A postura dos gestores estaduais, ao longo destes dez anos, oscilou, por ação de múltiplas forças, entre promessas de investimento institucional e recuos dessa decisão. O que predominou, durante o trabalho de campo deste estudo, foi a intenção de manter a responsabilidade perante o ensino, isto é, a residência, mas não pela assistência.

Desde então, diversos interesses entraram em conflito; alguns a favor e outros contra a municipalização da instituição. A crise intensificou-se a partir de 2006 e atingiu o ápice em 2008, devido às estruturas físicas precárias das UBS e à falta de ampliação de serviços na região, acarretando defasagem entre a assistência oferecida e as necessidades da população. Isso se agravava, ainda mais, com a substituição provisória de profissionais, o que tornava vulnerável a assistência e o programa de residência, conforme discuti no capítulo 4.

Durante o trabalho de campo foi possível observar que profissionais de saúde/preceptores/as, residentes e técnicos/as de enfermagem e administrativos/as tinham posições divergentes quanto à questão da municipalização. Ser municipalizado era uma situação que não agradava aos profissionais do Murialdo, pois teriam que modificar sua rotina e sua carga horária. Para algumas pessoas, a questão de pertencimento à instituição, devido ao tempo de vínculo inicialmente como residente e depois como profissional, fazia com que não aceitassem essa ruptura, inclusive por medo de fragmentar o ensino da assistência.

Em contraposição, os/as técnicos/as mostravam descontentamento quanto ao fato de a municipalização não ocorrer, pois isso possibilitaria incorporar aos seus salários a parcela do SUS, como ocorria com os que atuavam nos serviços municipalizados. Essa mudança traria retornos financeiros, pois faria com que o salário

dobrasse. Mesmo que essa parcela seja paga somente enquanto o/a trabalhador/a estiver em atividade, para equiparar o salário do estado com o do município, sendo suspensão quando da aposentadoria, eles/as afirmavam a importância de receberem-na por um tempo limitado.

Os/as trabalhadores/as também apontavam as condições de trabalho como um fator de adoecimento e falta de estímulo. Enquanto isso não se resolvia, os/as residentes acompanhavam todos os movimentos, colocavam-se na roda do debate, pautando principalmente as condições de ensino e exigindo posicionamento dos responsáveis pela residência, como explicita o excerto do relatório de uma residente que introduz este subcapítulo. De diferentes maneiras, essa pluralidade de interesses capilarizava-se pelo tecido social e mobilizava movimentos ora favoráveis, ora desfavoráveis à municipalização das UBS.

A implementação da descentralização da saúde é entendida como parte da proposta de consolidação do SUS e é considerada uma experiência bem-sucedida da gestão pública no Brasil, devido às dimensões, às características e ao curto tempo em que ocorreu, num contexto marcado por conflitos entre as diferentes esferas de governo. As disputas entre estados e municípios pela gestão dos serviços e dos recursos envolveu competições partidárias e eleitorais que acarretaram impasses ao desenvolvimento do sistema. Ao mesmo tempo em que os governos estaduais resistiam em ceder os serviços e o pessoal aos municípios, estes, por sua vez, exigiam condições para assumir as responsabilidades gerenciais (CIPRIANO MAIA DE VASCONCELOS; DÁRIO FREDERICO PASCHE, 2006, p. 548-549). Os acontecimentos que envolveram as UBS do Murialdo apresentaram estas mesmas peculiaridades da década de 1990, reverberando aspectos de uma *municipalização tardia*. Pasche; Righi; Henrique Inácio Thomé; Eveline Dischkaln Stolz (2006) analisando a descentralização de saúde, no Brasil, reconhecem que houve uma ampliação da presença de esferas subnacionais na gestão e na provisão de serviços de saúde, muito embora, a descentralização como “devolução” – que implica em transferência de poder decisório para as esferas subnacionais, seja a que melhor se aplica ao SUS, tenha que conviver com a “desconcentração” que significa a ausência

deste poder decisório. Estes aspectos são modulados, entre outras coisas, pelas políticas neoliberais, que propõem uma agenda denominada ajuste estrutural

com propostas de redução e restrição das atividades de bem-estar e com precarização das relações de trabalho, geração de superávit primário, abertura da economia para empresas transnacionais, privatização de empresas estatais e redefinição do escopo das funções do Estado, situando-as predominantemente na regulação, controle e avaliação, entre outros (PASCHE e outros, 2006, p.417).

O ano de 2007 mostrou a cara dos problemas referentes ao financiamento das ações públicas, principalmente no que se referia à saúde. Em março, manchete de jornal local trata da ação de inconstitucionalidade impetrada pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, a fim de impedir o corte de R\$ 5,8 bilhões no orçamento da União para o setor de saúde (CORREIO DO POVO, 8 de março de 2007, p. 20). A ação teve o apoio de entidades médicas e jurídicas e, apesar de serem movimentos interessados politicamente e identificados com determinadas categorias profissionais, deram visibilidade à diminuição do investimento em saúde no país e apontaram as fragilidades que atravessam o fortalecimento do SUS (Figura 2).

20 — QUINTA-FEIRA, 8 de março de 2007

OAB ingressa contra corte na saúde

Tem apoio de entidades para recorrer ao STF e tentar evitar que a União retire R\$ 5,8 bi do orçamento

O Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) ingressará no Supremo Tribunal Federal (STF) com ação direta de inconstitucionalidade na tentativa de impedir o corte de R\$ 5,8 bilhões no orçamento da União para a saúde. A sugestão, que partiu do Sindicato Médico do RS (Simers), tem o apoio da OAB/RS, da Associação dos Juizes do RS (Ajuris), da Associação dos Magistrados do Brasil (AMB) e do Sindicato dos Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Estado.



Cléia, Lamachia, Maria Rita e Denise se uniram pela causa.

O ato é importante para a afirmação de ações de cidadania", assinalou. Ela lembrou que o contingenciamento, anunciado na véspera do Carnaval, prevê 14% a menos no valor aprovado.

A proposta foi entregue ontem à secretária-geral do Conselho, Cléia Rocha, que veio à capital gaúcha especialmente com essa finalidade. "A situação é séria. A saúde é um direito de todos e um dever do Estado", frisou. A vice-presidente do Simers, Maria Rita de Assis Brasil, evidenciou a união das entidades.

"Estão reduzindo o que já é insuficiente", disse Maria Rita. O presidente da OAB/RS, Claudio Lamachia, anunciou que este será o primeiro de muitos movimentos coletivos que serão articulados no Estado. "Temos a responsabilidade de participar de todas as discussões com importância para a sociedade", justificou. A presidente da Ajuris, Denise Oliveira César, aposta que a mobilização de entidades gaúchas acabe por beneficiar a sociedade brasileira.

O presidente do sindicato dos hospitais, Júlio Matos, afirmou que em 12 anos a tabela do SUS foi reajustada em 37,3%. Segundo ele, de cada R\$ 100,00 gastos com um paciente do SUS, apenas 55% são reembolsados. "A situação é absolutamente adversa. Até o momento, 13 hospitais gaúchos fecharam as portas e outros 17 estão em vias de encerrar as atividades", frisou Matos.

DOMINGO, 9 de março de 2008

A longa agonia da saúde no Brasil

Com o fim das verbas originárias da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), a área da saúde no Brasil deixou de receber um valor em torno de R\$ 20 bilhões. Assim, os pacientes, que nunca tiveram que ter tantas doses extras de paciência, estão prestes de passar de rotos a esfarrapados. A situação de atendimento continua crítica e as perspectivas de melhoria estão longe de serem uma realidade.

Durante a disputa pela renovação ou não da CPMF, o governo Lula usou a regulamentação da emenda constitucional 29 como moeda de troca. As verbas advindas da continuidade da contribuição seriam usadas para efetivar o comando normativo da emenda, resultando em um investimento per capita entre 250 e 300 dólares. A aplicação da referida emenda significaria um aporte em torno de R\$ 20 bilhões na despesa total do Ministério da Saúde, montante que gira em torno de R\$ 48 bilhões. Com a rejeição do tributo, a emenda foi esquecida pelo governo federal, que não mais se preocupou em indicar novas fontes no lugar da anteriormente prevista, nos casos,

CPMF: O que estava ruim pode ficar pior.

A universalização da saúde veio no bojo da Constituição de 1988. Ela independe de contribuição e o acesso é garantido a todos os brasileiros, desde aquele de maior renda até o mais humilde e desprovido de recursos. Esse conjunto de medidas resultou no Sistema Único de Saúde (SUS). A legislação brasileira é uma das mais avançadas do mundo, prevendo a colaboração e a partilha das ações entre os entes federados, União, estados e municípios. Contudo, esse ponto tem se constituído num entrave, já que, muitas vezes, o cidadão, diante das responsabilidades partilhadas, não sabe a quem recorrer para garantir o seu direito de assistência. No jogo de empurra-empurra, quem perde é o lado mais fraco.

O poder público tem o dever de prestar bons serviços à população e recolhe impostos para isso. As longas filas, a falta de remédios e de equipamentos, o número insuficiente de profissionais e de hospitais são questões penitentes e ainda não resolvidas para, enfim, proporcionar um atendimento digno à população.

DOMINGO, 6 de abril de 2008 — 13

Defendido um plano de longo prazo

A criação de um plano municipal de médio ou longo prazo para a saúde é imprescindível, segundo profissionais. Só assim Porto Alegre conseguiria atingir a qualidade na rede pública. O Conselho Municipal de Saúde rejeitou quatro vezes o Relatório de Gestão, apresentado pela prefeitura a cada trimestre. Os conselheiros não reconheceram a realidade descrita nos documentos, segundo o vice-

coordenador do Conselho, Oscar Paniz, para quem houve retrocesso no sistema público.

O presidente do Simers, Paulo de Argollo

Mendes, diz que os porto-alegrenses continuam usando o telefone para marcar consultas. Já o secretário municipal da Saúde, Eli-seu Santos, garante que foram reformados cerca de 40 postos. Também serão nomeados esta semana 35 médicos concursados.



UTI do HPS, interditada, reabre no início desta semana

CORREIO DO POVO

GERAL

DOMINGO, 6 de abril de 2008 —

Capital vive contrastes na saúde

De um lado, crise na área pública; de outro, competência profissional e qualificação da rede hospitalar

Tamara Hauck
O Dia Mundial da Saúde, que será comemorado nesta segunda-feira, serve para refletir sobre duas faces de Porto Alegre. Conhecida por ter uma das melhores redes hospitalares do país, vive uma séria crise que afeta os hospitais públicos. Entre UTIs fechadas e pacientes em isolamento devido à contaminação por bactérias, as autoridades tentam interpretar o que aconteceu para que a situação chegasse a esse ponto.

Se a competência técnica dos profissionais aliada à qualificação das instituições e das universidades transformaram a Capital em referência para a América Latina, há muito o que fazer pela saúde. O presidente do Sindicato Médico do RS, Paulo de Argollo Mendes, lembra que "aqui se faz transplantes, cirurgias cardíacas, quimioterapia e muitos outros procedimentos com a mesma qualidade de São Paulo ou Buenos Aires".

Quando os profissionais chegam à rede pública deparam com uma realidade diferente e que influencia diretamente a qualidade de vida dos pacientes. "Eles continuam com os mesmos co-

nhecimentos, mas nem sempre conseguem resolver a situação por falta de condições", explica Argollo, que por durante 17 anos trabalhou na emergência do Hospital Conceição.

A falta de infra-estrutura nas unidades básicas é uma das principais queixas. Idealizados para atenderem à comunidade, os postos não conseguem resolver questões simples como a realização de exame e sofrem com a falta de segurança (no bairro Rubem Berta, por exemplo, há toque de recolher devido à presença de traficantes). A população prefere passar o dia à espera de atendimento nas emergências de hospitais como Clínicas, HPS e Conceição que buscam auxílio em seus bairros. Há um hospital onde um fun-

cionário atende 13, 14 pessoas", denuncia o diretor do Sindicato dos Municipários Alberto Terres.

Tudo é mais demorado no sistema público, avalia o vice-coordenador do Conselho Municipal de Saúde, Oscar Paniz, para quem houve retrocesso. "O paciente do posto de saúde vai demorar mais de mês para marcar um simples hemograma. A contratação emergencial de funcionários

por tempo limitado e a terceirização do atendimento para instituições privadas não seriam uma boa saída, com a rotatividade de servidores, inclusive estudantes. "Temos de pensar a cultura do médico da comunidade, que conhece as pessoas e seus históricos", defende o diretor do Sindicato dos Hospitais e Clínicas de PoA, Tibiriciá Rodrigues.



Superlotação de instituições é um dos problemas

Figura 2: Reportagens do jornal *Correio do Povo* sobre o financiamento e a situação do setor de saúde no Brasil, 2007 e 2008.

Além do poder das corporações profissionais, influenciando o ritmo do trabalho e da formação nos espaços por onde andei, também foi possível sentir outras forças atuando, entre elas a articulação de alguns membros da comunidade reivindicando seus direitos de cidadania, de residentes exigindo melhores condições de ensino e assistência, de trabalhadores/as dizendo que a demanda da população é grande e que precisam se preparar para trabalhar com ensino. Nessas reivindicações, incluíram a necessidade de estrutura física e insumos adequados nos serviços e o acesso à qualificação através de cursos de pós-graduação.

Os movimentos que aconteceram, internamente, no Murialdo e, externamente, nas reuniões dos Conselhos de Saúde, nas audiências públicas na Assembleia Legislativa e na Câmara dos Vereadores, davam conta de como se moveram e articularam diversas correlações de forças e, conseqüentemente, de resistência. Utilizando-se de técnicas e métodos diferentes, assisti ao longo do período de trabalho de campo a vários enfrentamentos mobilizados por diversas relações de poder. Como disse Foucault (2006, p. 232),

as relações de poder suscitam necessariamente, apela a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência, e é porque há possibilidade de resistência e resistência real que o poder daquele que domina tenta se manter com tanto mais força, tanto mais astúcia quanto maior for a resistência.

Ele também nos alerta para observarmos, nesse momento de “inflação do poder” (ibidem, p. 232), o fato de nos perguntarmos não por que se exerce o poder, mas sim para que isso serve. Partindo do pressuposto de que as posições de sujeito ocupadas por nós, na sociedade em que vivemos, estão a serviço de algo, quando algo é anunciado e dependendo de quem o anuncia, “se põe a funcionar na cabeça de milhares de pessoas como verdade, unicamente porque foi pronunciado daquela maneira, naquele tom, por aquela pessoa, naquela hora” (ibidem, p. 233). Essas reflexões chamam nossa atenção para o papel que exercemos quando ocupamos determinadas posições institucionais e do que podemos mobilizar, ou não, através dessas posições em cada “espaço-tempo” ocupado. Durante o movimento pela municipalização das UBS, em 2008, eu ocupava a coordenação da formação multiprofissional e a coordenação da formação médica era exercida por profissional da

medicina. Se por um lado a posição ocupada me constrangia de fazer parte do movimento, por outro lado minha atitude foi de respeitar o direito de reivindicação de trabalhadores/as e residentes.

As lutas que se desenvolveram durante os anos de 2007 e 2008 possuíam algumas das características enunciadas por Foucault, ou seja, podiam ser consideradas lutas transversais, pois não se desenvolveram em um único local – eram veiculadas nas reuniões de equipe, nas instâncias deliberativas da residência e nas reuniões de coordenação. Além disso, eram lutas imediatas, em que as pessoas criticavam as instâncias de poder que estavam mais próximas delas. Nas reuniões de planejamento das UBS e nas entrevistas, isso apareceu nos questionamentos sobre as medidas adotadas pela direção da instituição, pela distância com que os gestores (estadual e municipal) operavam em relação às suas responsabilidades com a assistência e com o ensino.

Profissional de saúde – Eu, pra mim, o Estado tá fingindo que toma conta do Murialdo e que vai investir no Murialdo e não vai investir coisa nenhuma. Não está investindo, se fosse investir tinha que chamar médicos pra cá, outros profissionais, fisioterapeutas etc. pra fazer isso funcionar. Por que aquele projeto que fizemos [...] não foi nem considerado? Não há interesse político nisso, nem da Prefeitura, nem do Estado. Então a gente vai se desmotivando. Eu estou achando, ultimamente, assim muita bagunça. Eu perdi o encanto, porque eu era encantada com a coisa do ensino, o Murialdo...

[Entrevista em 2 de abril de 2008].

A dificuldade de sintonia entre as posições adotadas pela Escola de Saúde Pública/RS e a expectativa de coordenadores/as e preceptores/as que trabalhavam com a formação de residentes no cotidiano da assistência das UBS veio à tona durante o trabalho de campo. Escutei em uma das reuniões que o Murialdo deveria ser independente. O deslocamento, no ano de 2007, da Coordenação de Ensino e Pesquisa da instituição para a Secretaria Acadêmica da ESP/RS, devido à iminência de a instituição ser municipalizada, foi um dos movimentos contestados por trabalhadores/as e residentes durante as reuniões de equipe e entrevistas.

As negociações prosseguiram e pareciam infundáveis. Em março de 2007, matéria da Câmara dos Vereadores divulgou que a gestão estadual se dispunha a assumir o custeio em 100% da assistência no primeiro ano, com uma redução gradativa de 25% a cada ano, nos três anos seguintes, para que o município assumisse as UBS do

Murialdo. A proposta foi apresentada pelo secretário estadual ao secretário municipal durante reunião da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Municipal. O secretário estadual alegou que o município poderia pedir o custeio dos procedimentos e, portanto, verba federal, ao assumir as UBS do Murialdo. Ao mesmo tempo, o gestor municipal colocava objeções e exigia condições para assumir a responsabilidade gerencial (Figura 3).

Saúde Hoje* - 2. Estado faz proposta para Município assumir Murialdo

Data: 14/03/2007

Helio Panzenhagen (reg. prof. 7154)

Secretários vão discutir detalhes da transição na sexta-feira

O Estado se dispõe a assumir o custeio em 100% no primeiro ano, e com uma redução gradativa de 25% a cada ano, nos três anos seguintes, para que o município assuma as unidades de atendimento do Centro de Saúde Murialdo. A proposta, feita por Osmar Terra, secretário de Estado da Saúde, foi apresentada nesta terça-feira (13/3) ao secretário de saúde do Município, Pedro Gus, durante reunião da Comissão de Saúde e Meio Ambiente (Cosmam) da Câmara Municipal. Terra lembrou que ao assumir esses serviços o município poderá cobrar do governo federal o custeio dos procedimentos, através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Terra destacou durante a reunião não ser atribuição do Estado o atendimento básico em postos de saúde. Gus disse que o município tem consciência dessa responsabilidade, contudo salientou que o Estado deve a Porto Alegre R\$ 25 milhões nesta área. "Não podemos assumir o Murialdo sem uma garantia de repasses, pois isso só iria piorar os serviços naquela região da cidade", afirmou. Outros problemas citados pelo secretário municipal foram o sucateamento dos prédios e a falta de pessoal para alocar nas unidades do Murialdo. "Deve haver uma compreensão por parte do Estado das dificuldades que querem nos passar".

O vereador Dr. Raul (PMDB), presidente da Cosmam, sugeriu que as partes encontrem um denominador comum para satisfazer a todos. Aldacir Oliboni (PT) propôs que a transição seja gradativa, com o município recebendo um posto por mês. "Precisamos resolver isso de uma vez por todas", destacou. Cláudio Sebenelo (PSDB) também defendeu que a transição seja em um prazo razoável entre as partes. Conforme entendimento entre Terra e Gus, deverá ser realizada reunião possivelmente na sexta-feira (16/3), entre as duas secretarias, para serem discutidos detalhes da transição. A proposta final deverá ser apresentada à Cosmam e à comunidade do Partenon em data ainda não definida.

Também participaram das discussões nesta terça-feira o vereador Carlos Todeschini (PT), Zilda de Moraes Martins e Maria Helena Lemos da Silva, respectivamente dos conselhos municipal e estadual de Saúde, e moradores do Partenon, região da cidade onde estão os postos de saúde ligados ao Centro de Saúde Murialdo.

*Clipagem Diária do noticiário dos principais jornais e sites

Fonte: Câmara de vereadores

Figura 3: Reportagem sobre proposta do Estado para o Município assumir o Murialdo (PORTO ALEGRE. Câmara Municipal, março de 2007).

A responsabilidade pela assistência da população, principal ponto de conflito entre o gestor estadual e municipal, engessara a qualificação e a ampliação da rede de serviços na região, considerada com várias áreas de vulnerabilidade social e com coeficiente de incidência⁴¹ de doenças contagiosas e preveníveis, como HIV/aids e tuberculose, superiores ao coeficiente de incidência das outras gerências distritais e de Porto Alegre, no mesmo período (PORTO ALEGRE, 2006). Tratativas entre ambos foram mediadas por instâncias de controle social, legislativo e de exercício profissional⁴², em diferentes gestões partidárias, desde 2000, sem terem chegado a um acordo até 2008, quando eclodiram duas paralisações de residentes e trabalhadores/as, devido às condições de formação e trabalho das UBS, como foi relatado no transcorrer deste estudo.

A discussão entre os representantes das duas esferas de gestão estendeu-se e envolveu garantia de repasse de verbas, sucateamento dos prédios e a falta de pessoal para alocar nas unidades do Murialdo, pois o gestor municipal alegava que sem isso os serviços da região poderiam piorar. Nas inúmeras vezes em que essas questões foram discutidas, houve a presença de residentes, preceptores/as, gestores/as, vereadores/as, representantes do Conselho Municipal e do Conselho Estadual de Saúde e moradores/as da região. Notícias desse impasse percorriam as listas de e-mail da residência e eram veiculadas nos jornais de circulação em Porto Alegre. A demora na resolução acabou por fragilizar as condições de ensino, que se dava predominantemente no ambiente das UBS e que ficaram gradativamente sucateadas, sendo apontadas por trabalhadores/as e residentes como um dos aspectos envolvidos na vulnerabilidade da RIS. Utilizo aqui o conceito de vulnerabilidade baseada nos trabalhos de Ayres e outros (2006), na área da saúde. A idéia é usar o termo a fim de constituir uma forma ou um caminho de olhar para como ocorria a formação de residentes, considerando as condições existentes no contexto estudado.

⁴¹ Número de casos em determinado período por 100.000 habitantes. Em relação aos casos de aids, o distrito Partenon apresentava um coeficiente de 119,34%, enquanto a média de Porto Alegre foi de 78,5 casos por 100.000 habitantes. Em relação ao coeficiente de incidência de tuberculose, ele foi de 158,92% nesta região, maior também que o coeficiente da cidade de Porto Alegre, em 2006.

⁴² Instâncias de controle social, legislativo e de exercício profissional - refiro-me ao Conselho Municipal e ao Conselho Estadual de Saúde; à Assembleia Legislativa do Estado, à Câmara de Vereadores de Porto Alegre e aos órgãos representativos das corporações da saúde e aos sindicatos de trabalhadores/as.

Ayres e outros (ibidem) apontam três componentes nas análises de vulnerabilidade: individual, social e programática. Esses componentes referem-se a aspectos que tornam pessoas e grupos mais expostos a determinados agravos de saúde a partir de marcadores sociais e do contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido. A dimensão programática da vulnerabilidade estaria apoiada em “como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade” (ibidem, p. 397). Se utilizarmos essa definição para a análise da formação em serviço na atenção básica é possível identificar se os contextos em que são desenvolvidas as atividades estão implicados na re/produção de conhecimentos e de práticas compromissadas com a vida, se a responsabilidade com o usuário é estimulada, se é proposta uma gestão compartilhada da atenção e se os recursos e a organização da equipe possibilitam condições para atender às demandas cotidianas de assistência. A dimensão programática da vulnerabilidade, na RIS, pode colocar em ação diversos modelos de atenção, inclusive inversos ao proposto no Plano Político Pedagógico da RIS.

Afora as questões macropolíticas que repercutiram localmente, entre as preocupações que emergiram neste estudo com relação aos aspectos micropolíticos destacaram-se as condições de estrutura dos locais em que ocorre a formação. Enquanto perdurou a discussão sobre a municipalização do Murialdo, ficaram à margem, com a justificativa de que o ensino estaria sob responsabilidade do gestor estadual e a assistência sob gestão municipal. A gestão estadual mantém as bolsas de residentes, cerca de três milhões de reais anuais entre as quatro ênfases, mas não investiu na estrutura física das UBS e na preceptoria/tutoria, como precisaria. Pude constatar, durante o trabalho de campo, que a população sofria por não ter a assistência que devia, e sofriam também trabalhadores/as e residentes, pois não tinham a estrutura de trabalho que precisavam para desenvolver a assistência e a formação de residentes.

Um sentimento de impotência e desânimo esteve, às vezes, presente nos relatos de residentes e trabalhadores/as perante as discussões sobre a municipalização da instituição:

Profissional de saúde - Municipaliza, não municipaliza, como é que a gente fica? certo descaso assim. Então a gente não se esforça tanto, não se empenha tanto, se faz aquilo que está dentro da proposta, mas dentro das condições que se tem. Eu acho que entrei no ritmo.

[Entrevista em 15 de setembro de 2007].

Várias sessões em que o Murialdo figurava na pauta se repetiram em 2007, nos conselhos de saúde municipal e estadual, na Câmara de Vereadores, na Assembleia Legislativa e nas instâncias das corporações profissionais (conselhos e sindicatos). As assembleias de funcionários e residentes tornaram-se mais frequentes e desencadearam um movimento mais forte em 2008, no qual vozes, que até então se mantinham silenciosas, fizeram-se ouvir. A mídia foi chamada a comparecer e registrar os fatos, ouvir quem desejava falar. Enquanto isso, algumas UBS fecharam para reforma. As licitações demoraram a acontecer. Chegou-se ao ponto de as equipes de duas UBS serem deslocadas, ao mesmo tempo, para a Unidade Central. Entre elas, incluiu-se uma das UBS que integrava o campo de observação deste trabalho. O espaço físico foi dividido, a formação dos/as residentes ficou prejudicada e a assistência mais ainda, pois as consultas agendadas não ocorreram e os programas de acompanhamento de bebês e gestantes sofreram interrupção. Isso se estendeu por vários meses durante 2008 e fez com que usuários/as buscassem atendimento em outros serviços.

Em maio de 2008, quando já havia finalizado o trabalho de campo, recebi por e-mail notícias de que a assinatura dos gestores para a municipalização do Murialdo ocorreria na semana seguinte. Essa notícia retornou inúmeras vezes durante o ano, concretizando-se somente em janeiro de 2009. A preceptora que me remeteu a mensagem soubera através de uma residente que estava estagiando (como parte do programa de formação em serviço do segundo ano) em um dos setores da SES/RS. Nesses últimos dez anos, várias listas de trabalhadores/as foram redigidas, para dar conta das tratativas entre os gestores para municipalizar a instituição. A lista de nomes, inicialmente, foi denominada *Lista de Schindler*⁴³, pois definia os/as trabalhadores/as

⁴³ Essa denominação foi utilizada em analogia à lista de 1.200 judeus que Oskar Schindler, empresário tcheco filiado ao partido nazista, contratou para trabalhar na sua fábrica, tirando-os dos campos de concentração nazista, durante a Segunda Guerra Mundial.

que seriam municipalizados/as e os/as que permaneceriam estadualizados/as e manteriam vínculo com o ensino do Murialdo.

Logo após a finalização das observações nas UBS, acompanhei, através da coordenação da residência e pela mídia, o movimento de paralisação dos/as trabalhadores/as do Murialdo, procurando dar visibilidade aos problemas institucionais em pleno ano de eleições municipais (Figura 4).

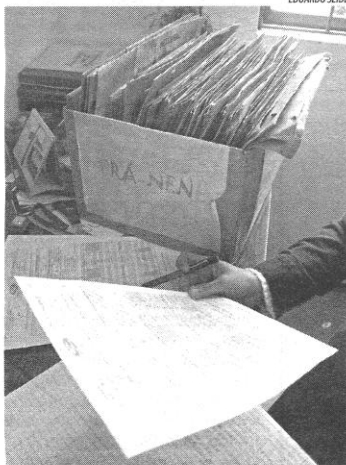
QUINTA-FEIRA | 31 de julho de 2008 ■ 7

Centro Murialdo reabre, mas problemas persistem

As sete unidades de saúde (UBSs) do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) reabriram as portas ontem, mas o atendimento à população do bairro Partenon, na

zona Leste de Porto Alegre, continua precário. Os 146 funcionários e 70 médicos residentes voltaram ao trabalho depois de 14 dias de greve e as reivindicações permanecem.

EDUARDO SEIDL



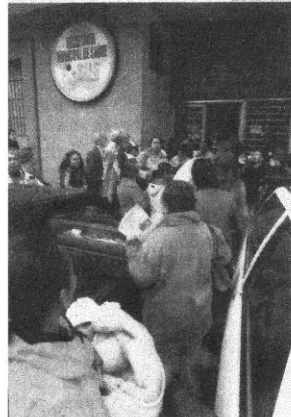
Cada unidade cuidará do reagendamento de consultas

24 ■ SÁBADO | 2 de agosto de 2008

Moradores exigem que município assuma Murialdo

Moradores de vilas do bairro Partenon, onde estão as sete unidades básicas de saúde (UBSs) do Centro de Saúde Escola

EDUARDO SEIDL



Famílias temem ficar desassistidas

Murialdo (CSEM), fizeram mobilização ontem pela qualificação dos serviços. Acompanhados de funcionários e médicos, protestaram na entrada da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e do Centro Administrativo, onde se localiza a Secretaria Estadual da Saúde (SES). Os manifestantes exigem a municipalização dos serviços. Com uma população quatro vezes superior à sua capacidade de atendimento, o CSEM é o único do gênero pertencente e gerenciado pelo Estado.

A coordenadora distrital de Saúde, Eliane Paim, lembrou que os 146 funcionários e os 70 médicos residentes suspenderam, em 30 de julho, a greve de 14 dias sem que as reivindicações tivessem sido atendidas. Representantes da comunidade foram recebidos pelo gerente de Regulação de Serviços de Saúde da SMS, Luiz Eurico Valandro, que prometeu tratar da questão dia 13, em reunião com a presença da SES. Na esfera esta-

relatório ao Ministério Público, à Secretaria Estadual da Saúde e às vigilâncias sanitárias do Estado e do município.

O coordenador da comissão, Carlos Weber, apontou vários problemas na unidade 5, como telhados sem revestimento, água acumulada dentro de uma sala de atendimento, um espaço destinado à vacinação com janelas junto a canil, cheio de esgoto em local onde são feitos curativos e paredes sem pintura e cheias de infiltrações.

Os pacientes da unidade 2 Vila Vargas, que está fechada à espera de reforma, foram atendidos pela manhã na sede do Murialdo, no Sanatório Partenon. Todavia, não há médicos que possam garantir o funcionamento à tarde. "A necessidade de contratação é urgente", afirmou Karin. Até agora, foram agilizadas as negociações entre secretaria e servidores acerca do adicional de risco de vida sobre os vencimentos dos funcionários, que está em análise na Fazenda. Solidária às reivindicações no Murialdo, a comunidade do Partenon planeja caminhada pelas ruas do bairro para amanhã.

Há um jogo de empurra que colabora para o sucateamento do Murialdo. A situação é precária em todas as unidades. Precisamos de uma solução.

Eliane Paim

Coordenadora distrital de Saúde

Figura 4: Reportagens de jornal local, dando visibilidade aos problemas institucionais e às demandas de usuários/as. (CORREIO DO POVO, 2008).

Durante esse período, houve uma intensa mobilização dos diversos atores (residentes, preceptores/as e coordenadores/as) através de reuniões, audiências e paralisações, para que as situações estruturais que fragilizavam o programa de formação e a assistência pudessem ter visibilidade e fossem resolvidas. As respostas foram lentas e envolveram as esferas de gestão municipal e estadual. Entre tantos micropoderes, os/as residentes reforçaram, nesse período, sua participação e protagonizaram deslocamentos no jogo de forças, para influenciar os rumos da instituição. Creio que esse protagonismo se deu tanto pelo incômodo com as situações vivenciadas no cotidiano das UBS quanto pelas possibilidades de visibilidade política que se processou a partir de 2008, quando a mídia passou a acompanhar os inúmeros conflitos entre gestores, coincidindo com período eleitoral para a Prefeitura de Porto Alegre (Figura 5).

QUARTA-FEIRA | 30 de julho de 2008 ■ 19



ALEXANDRE MENDEZ

Assembléa geral decidiu que servidores continuarão pressionando o governo

Encerrada a greve do Murialdo

Funcionários e residentes do Centro de Saúde Escola Murialdo retornam ao trabalho hoje. A decisão de terminar a greve, que completou 14 dias, foi tomada ontem em assembléa geral. A mobilização continuará para pressionar o governo a atender todas as reivindicações, relacionadas aos recursos humanos e às condições de trabalho.

Os postos reabrem hoje, com exceção da UBS 2, na Vila Vargas. Os pacientes recebem atendimento temporariamente no Centro Escola, na avenida Bento Gonçalves. Na UBS 3, o atendimento deve ser parcial. Ontem, uma equipe da Secretaria Estadual da Saúde (SES) percor-

reu as unidades para verificar os problemas físicos que podem ganhar soluções emergenciais. Amanhã, em reunião com representantes da SES, os coordenadores das unidades apresentarão as carências materiais. "A secretaria está buscando a contratação de pessoal", ressaltou o diretor-adjunto do Departamento de Coordenação de Hospitais da SES, Jaime Porto. Se as exigências não forem cumpridas, haverá nova paralisação, disse o diretor do Sindicato dos Servidores Públicos do Estado Luiz Augusto Ferreira. Na sexta-feira, o grupo promoverá manifestações em frente ao Paço Municipal e ao Centro Administrativo do Estado.

18 de julho de 2008 ■ 7

80 mil usuários de postos de Saúde sem atendimento

Funcionários das sete unidades básicas do Centro de Saúde Escola Murialdo, situadas no bairro Partenon, em Porto Alegre, paralisaram ontem os serviços. Com o fechamento dos postos, 80 mil usuários estão sem atendimento médico e devem procurar atendimento na rede de saúde da Capital. A ação visa pressionar o Estado a resolver o quadro de sucateamento das unidades e a falta de recursos.

Equipes das unidades, representantes dos sindicatos profissionais e líderes comunitários reuniram-se ontem

em assembléa para avaliar o movimento. "Paramos porque a situação chegou ao limite", afirmou a repre-

sentante dos residentes de psicologia e integrante da coordenação da comissão dos trabalhadores, Raquel Valiente Frosi. O líder comunitário do Conselho da UBS-6 Vila São Miguel, João Valdir Corrêa, afirmou que a paralisação foi discutida e aprovada pela comunidade.

Os funcionários propõem que o Murialdo atenda a uma população de até 24 mil habitantes e o restante dos 80 mil fique sob responsabilidade do município. Uma audiência será realizada hoje com o secretário estadual da Saúde, Osmar Terra.



ALEXANDRE MENDEZ

Servidores reclamam do sucateamento e da falta de recursos

TERÇA-FEIRA | 29 de julho de 2008 ■ 21



Caminhada de ontem foi preparativa para a assembléa de hoje

Murialdo pode encerrar greve nas sete unidades

Em greve há 14 dias, os funcionários e residentes do Centro de Saúde Escola Murialdo decidem hoje pela continuidade ou não do movimento. Ontem ocorreu reunião com a direção da instituição, na qual foram discutidas as necessidades de cada uma das sete unidades básicas de saúde que integram o Murialdo.

Após, os trabalhadores realizaram caminhada nas imediações do centro, na

avenida Bento Gonçalves. O resultado da reunião será avaliado hoje em assembléa da categoria. Desde o começo da paralisação, cerca de 6 mil atendimentos deixaram de ocorrer nos postos, que prestam assistência a 80 mil moradores da zona Leste. O retorno ao trabalho está condicionado a melhorias nos postos.

A paralisação começou sob a alegação de falta de condições de trabalho e

de sucateamento das estruturas dos prédios. São 146 funcionários e 73 médicos residentes. Para representantes de sindicatos que participaram do encontro de ontem, os avanços foram pequenos. A proposta, segundo eles, é a mesma apresentada pelo secretário estadual da Saúde, Osmar Terra, no início da greve - investimento mensal de R\$ 300 mil em melhorias nos prédios dos postos.

Figura 5: Reportagens do jornal Correio do Povo sobre os movimentos de greve de trabalhadores/as do Murialdo. (CORREIO DO POVO, 2008).

Quando o pleito eleitoral municipal se aproximou, a municipalização do Murialdo entrou em cena, projetando o posicionamento de candidatos/as à prefeitura de Porto Alegre. Diversas outras forças (sindicatos, conselhos, partidos políticos) participaram dos jogos de poder, que definiram o cenário da municipalização do Murialdo com assinatura de um termo de compromisso pelos secretários de saúde municipal e estadual. O desfecho teve a influência da governadora do Estado e do prefeito na época, que desejava a reeleição, suscitado pela crítica do partido adversário de que poderia com a situação ganhar votos na eleição (Figura 6).

CORREIO DO POVO QUINTA-FEIRA | 9 de outubro de 2008

Prefeito pede a municipalização de centro de saúde

O vice-prefeito e secretário da Saúde, Eliseu Santos, recebeu ontem o aval do prefeito José Fogaça para intensificar as negociações com o governo do Estado para a municipalização do Centro de Saúde da Escola Murialdo. O ofício de autorização ao vice, que assumirá o Executivo municipal hoje à noite ou na sexta-feira, após a licença do titular que disputa a reeleição à Prefeitura de Porto Alegre, foi assinado ontem no Paço Municipal.

A prefeitura solicitará ao Estado a recuperação dos prédios, a compra de equipamentos e manutenção dos profissionais, além dos devidos repasses à administração municipal. As sete unidades básicas de Saúde Murialdo, localizadas na região Partenon, atendem uma po-

pulação estimada em 80 mil pessoas. Elas estão distribuídas na Vila Vargas, Saldanha da Gama, Avenida Ceres, Ari Tarragô, Campo da Tuca e dois postos no Morro da Cruz. De acordo com o prefeito, os detalhes estão sendo tratados há bastante tempo. "É preciso contar com a contrapartida do governo para municipalizar as unidades básicas", disse. Ontem, Fogaça esteve reunido com a governadora Yeda Crusius no Palácio Piratini. Na saída, afirmou que as negociações avançaram.

Em visita a um dos sete postos de saúde da Escola Murialdo na terça-feira, a candidata do PT à Prefeitura de Porto Alegre, Maria do Rosário, criticou a demora e se comprometeu em municipalizar o centro.

CORREIO DO POVO 17 de janeiro de 2009

Murialdo será municipalizado

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assina segunda-feira, com o governo do Estado, o termo de municipalização das unidades do Centro de Saúde Escola Murialdo, às 10h, no Salão Nobre do Paço Municipal (praça Montevideu, 10).

Na opinião do secretário municipal de Saúde, Eliseu Santos, com a municipalização dos serviços o centro voltará a ser referência nacional

em medicina comunitária.

O Murialdo, que atende uma população de 80 mil pessoas, é hoje a única unidade básica de saúde da Capital pertencente ao Estado. Com a assinatura do termo, a SMS passa a gerenciar as ações e os serviços de atenção e assistência à saúde, desenvolvidas por sete unidades de Saúde e pelo andar térreo do Centro de Saúde Escola Murialdo.

Figura 6: Desfecho da municipalização das UBS do Murialdo, conforme reportagens veiculadas no jornal Correio do Povo. (CORREIO DO POVO, 2008/2009).

Como tudo que resiste dá tempo para que fendas se abram, quando realizava a escrita desta tese, outro capítulo começou a ser escrito a partir de algumas rupturas, conflitos e de uma nova “lista de Schindler”. Contentes e descontentes, os/as trabalhadores/as escutaram o que os esperavam, decisões foram tomadas e um novo mapa começou a ser desenhado. Como isso se refletirá na residência pode ser objeto de outros estudos.

Aqui, cabe lembrar as observações de Foucault (1995, p. 236) em relação às formas de resistência:

Essas lutas opõem resistência aos efeitos do poder que estão ligados ao saber, à competência e à qualificação e, portanto, estão contra os privilégios do saber. Significam uma recusa da violência do Estado econômico e ideológico que ignora que nós somos indivíduos e da inquisição administrativa e científica que determina a nossa identidade.

A finalização desta etapa da história da instituição e dos jogos de poder suscitados entre as esferas públicas de gestão da saúde passou pelo acordo que definiu a continuidade do vínculo do ensino com a gestão estadual de saúde e a assistência da região, conforme rege a diretriz do SUS de descentralização da saúde, passou a ser incumbência da gestão municipal. As UBS da Gerência Distrital de Saúde Partenon/Lomba do Pinheiro que apresentavam melhores condições estruturais mantiveram-se como locais de formação. A negociação circulou inclusive na esfera federal, culminando no acerto de repasse direto ao município de verbas que dessem sustentação à assistência na região. O próprio secretário municipal de saúde, em reunião com funcionários/as das UBS, no auditório do Murialdo, admitiu que “foi um casamento feito na polícia, façamos o possível para que dê certo”.

As vivências que o grupo de residentes em formação e os/as trabalhadores/as tiveram nesse período, apesar de serem consideradas complexas e terem gerado insegurança pelas dificuldades em manter a proposta do currículo de formação a partir das interações e conflitos que se sucederam neste “espaço-tempo”, certamente foram enriquecedoras em participação política.

Essas observações me foram possíveis porque, embora a tese tenha que ser finalizada nesta escrita, a pesquisa sobre este tema seguiu através de outro projeto de

pesquisa, em que orientei residentes de segundo ano na análise das implicações da municipalização das UBS no processo de trabalho, na assistência e na formação dos/as residentes. A primeira parte dessa pesquisa foi finalizada e apresentada como trabalho de conclusão da residência em 2009 (JULIANA COSTA et al., 2010). A escolha das residentes por esse tema deu-se, principalmente, por suas participações e pelo envolvimento no movimento que redundou na assinatura do termo de municipalização das UBS, em janeiro de 2009.

Encerro, assim, o capítulo 6. O trecho do relatório da residente que introduz este subcapítulo, escrito há três anos, ainda povoa meus pensamentos: “Sem dúvida trata-se de um momento institucional complicado, e é muito difícil não se sentir atravessado por todo esse processo. Porém nem tudo é tormenta [...] pode ser que o barco vire, também pode ser que não [...], mas há muitas coisas boas em tudo isso”.

7 UMA CONCLUSÃO INCONCLUSIVA

Encaminho neste capítulo a finalização da tese, em que procuro reunir algumas das reflexões que foram possíveis durante o percurso. Cada vez que paro para pensar o passo seguinte deste texto, fico achando que deixei alguma coisa para trás, e esta sensação aumenta à medida que chego ao fim deste trabalho. É difícil encerrar algo que me acompanhou por tanto tempo, mas tentarei fazer uma parada. Para quem experimenta esse gosto de indagar, analisar, produzir e criar, pesquisar vira, conforme o dito popular, “uma cachaça”.

Uma das questões que me mobilizou foi a direção que eu daria ou imprimiria à pesquisa e a esta escrita, visto que o projeto inicial pretendia analisar os aspectos envolvidos no processo de trabalho em equipe nas unidades básicas de saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo, considerando limites e potencialidades para as práticas de integralidade da atenção à saúde e para a formação de residentes. Alertada pela banca de qualificação do projeto para quão complexo seria dar conta dos objetivos a que me propunha, fiz a opção de me deter na análise dos processos educativos vivenciados por residentes e trabalhadores/as no programa de *Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva*.

Outro aspecto que me preocupou durante esta trajetória se refere ao desafio de fazer desta escrita algo original e que contribua com as discussões sobre o tema e, assim, cumprir com o que é exigido para que um trabalho seja considerado de importância acadêmica. Percebo, agora, que mesmo que a formação multiprofissional em serviço seja um tema recorrente, e que este estudo contemple determinado “espaço-tempo” de uma formação que é compreendida de várias maneiras, outros tantos projetos poderão contemplar diferentes olhares sobre cada “espaço-tempo” dessa formação que envolve uma renovação constante de atores e atrizes, não só residentes que podem permanecer no mínimo dois anos, mas também de preceptores/as e gestores/as. Portanto esta tese não põe fim ao tema e à questão de pesquisa. Múltiplas possibilidades podem ser exploradas neste campo, como, por exemplo, investigar os significados atribuídos por gestores/as e usuários/as a essa formação em situação de trabalho na atenção básica. Analisar como residentes e

preceptores/as vivenciam os processos educativos da residência pós-municipalização das UBS seria outra possibilidade. E, assim, tantas questões de pesquisa podem ser construídas sobre o tema a partir de múltiplos olhares.

Quando fiz a escolha metodológica de observar como residentes e preceptores/as vivenciavam os processos educativos nas unidades básicas do Murialdo, não imaginava o que poderia encontrar e nem que ocorreriam tantas mudanças durante e logo após aquele período. Assim, meus diários de campo e as transcrições das entrevistas registram aquilo que Bauman denomina fenômeno de liquefação da “modernidade líquida”, em que ocorre uma grande compressão entre o espaço e o tempo e os laços humanos se desfazem ou são desfeitos num piscar de olhos. Foi a partir dessas observações do contexto que se deu meu encontro teórico-analítico com as reflexões do autor.

Precisei fazer alguns deslocamentos diante das condições líquidas com que me deparei no trabalho de campo. Tive que flexibilizar minhas exigências quanto aos critérios das entrevistas e das observações, bem como, a partir delas, resolvi acrescentar como material empírico os relatórios de residentes, no sentido de complementar a análise. Com essas ferramentas foi produzido material para as análises que constam nesta escrita, mas há outros recortes que poderiam ser discutidos e escritos a partir deste material.

A partir das escolhas teórico-metodológicas, pude ampliar meus olhares sobre o campo. Digo olhares, pois à medida que fui realizando as leituras de autores e autoras citados nesta tese, percebi aspectos desse contexto de formação que, provavelmente, teriam passado despercebidos sem essa apropriação teórica, ou se manteriam como olhares viciados pelo tempo de inserção nessa problemática. Pude, assim, fazer muitas aprendizagens, entre elas a de que todo trabalho de escrita de tese não nasce de pura inspiração, mas exige muito tempo e dedicação. Exige também planejamento e disposição para que se minimizem os contratempos. Mesmo assim, nem sempre as coisas funcionam dentro das nossas expectativas, principalmente em trabalhos de inspiração etnográfica, nos quais temos de nos moldar ao que ocorre no entorno. Muitas vezes, o campo surpreende-nos com questões que considerávamos periféricas ou com acontecimentos que dão outros rumos para o que consideramos como

questões centrais. Fundamental neste tipo de estudo é ter disponibilidade de estar no campo, de escutar e observar o que compõe o cenário onde a trama se desenrola.

Das dificuldades que tive em me inserir no campo, não há como negar que minha posição de coordenadora do programa de residência influenciou minha inserção em alguns espaços. Por exemplo, foi mais fácil inserir-me em espaços coletivos em que muitas pessoas transitavam do que em espaços privados, como no atendimento clínico individual ou nos grupos de saúde mental. Quando tentei contatos para isso, as pessoas procuravam retardar a resposta ou então sinalizavam que isso poderia causar estranheza aos/às usuários/as. Quando participei desses espaços, tive a impressão que as pessoas achavam que eu estava avaliando a conduta delas em relação ao caso.

Por ter estado lá, escrevo aqui as reflexões que, por ora, são possíveis. Saliento que a provisoriedade e a incerteza foram características marcantes do “espaço-tempo” observado, provocando insegurança e dificuldade de planejamento das atividades de formação e assistência a longo prazo. Foi a partir das vivências no campo que fiz a escolha pelo termo “viveiro das incertezas”, para dar ideia aos/às leitores/as dos desafios que mobilizavam os/as trabalhadores/as da instituição. As pessoas que vivenciaram as dificuldades e os desafios no cotidiano das UBS, cada uma à sua maneira, aprendeu a lidar com elas. Algumas pessoas ficaram e lutaram, outras resolveram seguir outro caminho ou simplesmente assistiram o que acontecia. Apesar de sofrerem com a provisoriedade, a incerteza e a insegurança, os/as trabalhadores/as e residentes desenvolveram diversas formas de resistência e criatividade no cotidiano das equipes, o que possibilitou que aprendessem no e com o coletivo.

No período do trabalho de campo, dois acontecimentos interferiram nas correlações de forças entre as categorias profissionais no cotidiano desse contexto de formação. Um deles foi o Movimento pelo Ato Médico, que refletiu nos processos educativos da residência e no processo de trabalho das equipes. O saber médico, que desde o século XIX possibilita à categoria médica exercer controle sobre as populações e sobre a atuação na área da saúde, procura assim manter sua hegemonia de alguma forma afetada pela emergência de várias possibilidades de inserção para as outras profissões de saúde. Usando da prerrogativa da importância do saber médico e de sua responsabilidade na proteção aos/às usuário/as, as corporações médicas acionaram

diversas relações de poder, entre elas: interferência na legislação da área da saúde em especial, da atenção básica; restrição da participação de seus pares em programas de residência multiprofissional; e controle da interação das instâncias deliberativas do programa e das atividades de formação. No entanto, no cotidiano da atenção, seus muros não conseguiram ficar erguidos por muito tempo, pois as exigências do trabalho em saúde tensionavam no sentido contrário à fragmentação e à hierarquização vertical do trabalho, mostrando que a resolutividade ficava mais fácil com a interação, com o projeto comum e com o exercício da clínica ampliada.

Quanto aos cenários e às pessoas que participaram deste estudo, muitas mudanças aconteceram depois de 2008. A turma de residentes que fazia sua formação nesses locais se encontra atuando em outros espaços de ensino, assistência e gestão. Em relação às equipes das UBS observadas, suas composições mudaram radicalmente após a municipalização e poucas pessoas entrevistadas permaneceram nas equipes em que atuavam. Certamente, os/as residentes que, hoje, vivenciam os processos educativos nas UBS que foram cenários deste estudo – e em outras unidades de Estratégia de Saúde da Família que passaram a compor os campos de formação –, estão experimentando outras possibilidades, sendo algumas delas diversas daquelas que discuti nesta tese. No entanto, mesmo sendo outro “espaço-tempo”, o problema da precarização do trabalho devido à provisoriedade dos contratos profissionais dos/as trabalhadores/as permanece, e isso tem gerado algumas mobilizações ainda insuficientes no país. Temos, assim, um grande impasse, se o desejo é colocar em prática o vínculo, a longitudinalidade e a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado, que são os principais atributos da APS/ABS. Eis a questão, como fazer a formação de profissionais de saúde, que considerem esses atributos da ABS/APS, com equipes de saúde provisórias e com a insegurança de continuidade de projetos coletivos?

Algumas questões permeiam o tema da formação multiprofissional em saúde. Nos últimos dez anos, ocorreu um maior investimento nessa formação, com o objetivo de atender às demandas de recursos humanos para os serviços de saúde, de forma que se adequassem às diretrizes e aos princípios do SUS, em especial para prepará-los para o trabalho em equipe e para a integralidade da atenção à saúde. Nesse caso,

incluem-se também os princípios da ABS/APS. Com essa formação, há o desejo de produzir uma identidade cultural com o compromisso de “afirmação da vida”, com a proposta do SUS, que inclui o direito à saúde. Assim, os documentos pedagógicos e regimentais examinados apontavam para uma formação com centralidade no/a usuário/a, embora as condições líquido-modernas dificultassem o cumprimento desse quesito, como registraram os ditos e escritos de trabalhadores/as e residentes. A falta de condições de trabalho devido ao sucateamento das estruturas das UBS, aliada à carência de equipamento, material e medicamentos e à precariedade dos contratos profissionais, trazia mal-estar cotidiano nas equipes de saúde e tornava vulnerável o programa da residência e a assistência.

A repetida questão de o trabalho na ABS/APS ser considerado como de baixa complexidade e ser atribuída pouca ou nenhuma valorização a quem se dedica a esse trabalho também se fazia presente no “espaço-tempo” dessa formação, tanto nos relatos de trabalhadores/as entrevistados/as como nos escritos dos relatórios de residentes. Contudo essa questão vem acompanhada de outras problematizações, entre elas a de como se dá essa escolha e que condições permitem que ela se mantenha. O contato de alunos/as com os serviços de atenção básica através de estágios ou vivências na graduação e pós-graduação são alguns fatores que parecem interferir nisso. Então, parece que as atuais políticas nacionais de educação e saúde investem na inserção de discentes da graduação na ABS/ESF, ao apostar na possibilidade de que conhecer e vivenciar são passos importantes para uma futura escolha.

Outro fator que, nesse contexto, parecia interferir na identidade com o trabalho na ABS/APS era a instabilidade e a incerteza gerada pelo prolongado processo de municipalização das UBS do Murialdo que, além de provocar a saída de preceptores/as – tornando vulnerável o desenvolvimento dos processos educativos –, provavelmente interferiu na satisfação e na decisão de permanência de residentes no programa. O reconhecimento nacional do Murialdo como centro de formação na ABS/APS e sua história não deram conta de sustentar naquele período, junto à gestão estadual, as propostas de investimento nas unidades básicas de saúde e na contratação e manutenção de trabalhadores/as, exigidas pelo corpo de trabalhadores/as e residentes.

A memória parece algo inútil na “modernidade líquida”, em que prevalece uma cultura de desvinculação, descontinuidade e esquecimento. Embora a descentralização da saúde, acoplada à defesa do SUS, se constituísse em uma justificativa plausível para o deslocamento de forças que houve em prol da municipalização, a mídia e o uso eleitoral do processo foram importantes para o desfecho. Se as promessas dos políticos ficam, em parte, esquecidas durante quatro anos, elas voltam na lembrança quando as eleições se aproximam, para quem sabe serem esquecidas novamente depois do pleito eleitoral.

Por último, gostaria de acrescentar a importância que foi sair do lugar de quem planeja e organiza essa formação em conjunto com outras pessoas e ir a campo, conviver no cotidiano com os que faziam isso acontecer em um contexto mutante. Creio que esse exercício deveria ser feito, de tempos em tempos, por aqueles que trabalham com gestão de processos formativos em situações de trabalho em saúde. Como aponta Bauman, preparar para a vida é aprender a conviver “com a ausência de autoridades confiáveis e infalíveis”. Mas a experiência de proximidade com esse processo me faz pensar que, mesmo que não seja possível ter cenários idealizados de formação, é preciso ampliar os cenários de “afirmação da vida”, e isso deve ser o compromisso político de todo/a profissional, gestor/a, formador/a, produtor/a de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília P. de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.

AKERMAN, Marco et al. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 123-147.

AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 8, n. 15, p. 375-80, mar./ago. 2004.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, jul./set. 2005.

_____ et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 375-418.

BARROS, Maria Elizabeth B. de; BARROS, Regina Benevides de. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth B. de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 75-84.

BARROS, Fabrícia da Silva; PINHEIRO, Roseni. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth B. de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 111-128.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da Pós-Modernidade**. Tradução de: Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. **Modernidade e ambivalência**. Tradução de: Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. **Em busca da política**. Tradução de: Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

_____. **Modernidade líquida**. Tradução de: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

_____. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. **Vida líquida**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2007a.

_____. **Tempos líquidos**. Tradução de: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007b.

_____. **A sociedade individualizada**: vidas contadas e histórias vividas. Tradução de: José Gradel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. **A arte da vida**. Tradução de: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

BONALDI, Cristiana et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth B. de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 53-72.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 mai. 1993. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/.../portarias.../PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287/98, de 8 de outubro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 out. 1998. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 mai. 2009.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 4, aprovada em 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001^a, seção 1, p. 38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 5, aprovada em 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001^b, seção 1, p. 39. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, aprovada em 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 nov. 2001^c, seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. Resolução n. 1, de 14 de maio de 2002. Dispõe sobre o programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade entre as especialidades médicas credenciáveis pela CNRM. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 mai. 2002^a.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n. 3, aprovada em 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 mar. 2002^b, seção 1, p. 10.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 fev. 2002^c, seção 1, p. 52. Disponível em: <http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/arq_doc/noas_sus2002.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2009.

_____. Ministério da Educação. Resolução n. 15, de 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Serviço Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 abr. 2002^d, seção 1, p. 33. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 335, de 27 de novembro de 2003. Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 nov. 2003^a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335_27_11_2003cns.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2430/GM, de 23 de dezembro de 2003. Cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2003^b, seção 1, p. 26. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2430_sgtes_26122003.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Aprender SUS: O SUS e os cursos de graduação da área da saúde.** Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aprendersus.pdf>>. Acesso em: 3 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Série B. Textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_acolhimento.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional realizadas em serviço.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/media/AprenderSUS_final.doc>. Acesso em 10 jul. 2009.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS.** Brasília: CONASS, 2004d.

_____. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a residência em área profissional de saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1 jul. 2005a. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/96584/lei-11129-05>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

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

_____. Portaria Interministerial n. 2117/MEC/MS, de 3 de novembro de 2005. Institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 nov. 2005d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2117.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 29

mar. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial GM/MS n. 1.996/2007, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 ago. 2007b.

_____. Portaria Interministerial n. 3.019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 nov. 2007c. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/boletim_virtual/volume_31/portaria_interministerial_3019.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial GM n. 1.625/2007, de 11 de junho de 2007. Altera as atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 jun. 2007d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007e. 116 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5).

_____. Portaria Interministerial n. 506, de 24 de abril de 2008. Altera o artigo 1º da Portaria Interministerial n. 45/MS/ME, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 abr. 2008a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2009.

_____. Lei 11.692/08, de 10 de junho de 2008. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem, instituído pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005; altera a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004; revoga dispositivos das Leis n. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, 10.748, de 22 de outubro de 2003, 10.940, de 27 de agosto de 2004, 11.129, de 30 de junho de 2005, e 11.180, de 23 de setembro de 2005; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 jun. 2008b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11692.htm>. Acesso em: 23 mai. 2009.

_____. Portaria Interministerial n. 1.802, de 27 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/.../port_interministerial_1802_26_ago_2008.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2009.

_____. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1077, 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 nov. 2009. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?>. Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. Portaria Interministerial n. 422, de 3 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 mar. 2010a.

BUSNELLO, Ellis Alindo D'Arrigo. **A integração da saúde mental num Sistema de Saúde Comunitária**. Porto Alegre. Tese (Habilitação à livre docência em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1976.

CAMARGO JUNIOR, Keneth Rochel et al. Aspectos metodológicos da avaliação na atenção básica. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004. p. 223-244.

_____. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth B. de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 35-44.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY Emerson Elias. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

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

_____. Debate sobre o artigo de Conill. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. s17-s19, 2008.

CARAPINHEIRO, Graça. **Saberes e poderes no hospital**. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Educação na Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 30-56, 2001.

_____; CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves et al. (Org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 346-390.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

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

_____. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 259-278.

_____; FERLA, Alcindo Antônio. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth B. de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p.211-226.

_____. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

_____. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra”- a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p.233-235, jan./mar. 2009.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. s7-s27, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Medicina ameaçada, saúde arriscada. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, v. 20, n. 153, 2005.

COSTA, Claudia de Lima. As teorias feministas nas Américas e a política transnacional da tradução. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 43-48, 2000.

COSTA, Marisa Vorraber. Estudos culturais e educação: um panorama. In: SILVEIRA, Rosa Maria Hessel (Org.). **Cultura, poder e educação**: um debate sobre os estudos culturais em educação. Canoas: Ed. ULBRA, 2005. p. 107-120.

_____. Pesquisa-ação, pesquisa participativa e política cultural da identidade. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos II**: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007. p. 91-115.

COSTA, Juliana dos Santos; MUNHOZ, Manoela Rodrigues; ROSSONI, Eloá; HATZENBERGER, Dulce Helena Cabral. Movimento de mobilização dos trabalhadores do Murialdo. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 9., 2010, Porto Alegre. **Resumos de trabalhos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2010. Disponível em: <<http://sec.adevento.com.br/cnru2010/cdrom/resumos/RE0896-1.html>>. Acesso em: 29 jul. 2010.

DALLEGRAVE, Daniela. **No olho do furacão, na ilha da fantasia**: a invenção da residência multiprofissional em saúde. 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ESCOSTEGUY, Ana Carolina. Estudos Culturais: uma introdução. In: JOHNSON, Richard; ESCOSTEGUY, Ana Carolina; SCHULMAN, Norma. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 133-166.

FALK, João Werner. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da Medicina geral Comunitária. In: LEITE, Denise B. C. (Org.). **Pedagogia Universitária**: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1999. p. 159-180.

FARIAS, Luís Otávio; VAITSMAN, Jeni. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 5, p. 1229-1241, set./out. 2002.

FARIAS, Elson Romeu; STEIN, Airtton Tetelbom; HOFFMANN, José Ernesto. Os egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, 1976-2000. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 99-111, jan./jun. 2004.

FEUERWERKER, Laura C. Macruz. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 229-230, 2009.

FOUCAULT, Michel. Dois ensaios sobre o sujeito e o poder. In: Dreyfus, Hubert L.; Rabinow, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. O uso dos prazeres. In: FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1998, v. 2. p. 13.

_____. MOTTA, Manoel Barros da (Org.). **Estratégia poder-saber**. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

FROW, John; MORRIS, Meghan. Estudos Culturais. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. et al. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 315- 343.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-53, abr./jun. 1999.

GANDIN, Luís Armando. Reseña de “Identidades traduzidas: cultura e docência teutobrasileiro-evangélica no Rio Grande do Sul” de Dagmar Estermann Meyer. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 18, p.140-143, set./dez. 2001.

GASTALDO, Denise; MCKEEVER, Patricia. Investigación cualitativa, ¿Intrínsecamente ética? In: MERCADO, Francisco; GASTALDO, Denise; CALDERÓN, Carlos (Org.) **Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica**. Métodos, análisis y ética. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 2002. p. 475-480.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1989a.

_____. **El antropólogo como autor**. Barcelona: Paidós, 1989b.

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GOULART, Flávio Alberto de Andrade. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?** 2002. 387 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth B. de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 37-56.

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 15-46, jul./dez. 1997.

_____. A identidade cultural na pós-modernidade. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. 10. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

HECKERT, Ana Lucia C.; NEVES, Cláudia Abbês B. Modos de formar e modos de intervir: de quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth B. de; MATTOS, Ruben Araújo de. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 145-177.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em: 19 out. 2009.

JOHNSON, Richard. O que é, afinal, Estudos Culturais? In: JOHNSON, Richard; ESCOSTEGUY, Ana Carolina; SCHULMAN, Norma. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 7-133.

LARROSA, Jorge. Narrativa, identidad y desidentificación. In: LARROSA, Jorge. **La experiencia de la lectura: estudios sobre literatura y formación**. Barcelona: Laertes, 1996. p. 461-482.

_____. Tecnologias do Eu e Educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999a. p. 35-86.

_____. **Pedagogia profana: danças, piruetas e mascaradas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Autêntica, 1999b.

LOURO, Guacira Lopes. Políticas para uma educação inclusiva: programas e prioridades. Conferência proferida na mesa redonda 4. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO BÁSICA, 1. Brasília: ANPED, 2006. Texto fornecido pela autora.

MATTOS, Ruben Araújo. Integralidade na prática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004

MEYER, Dagmar E. Estermann. **Identidades traduzidas: cultura e docência teuto-brasileira-evangélica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Edunise; Sinodal, 2000.

_____; SOARES, Rosângela F. Modos de ver e se movimentar pelos “caminhos” da pesquisa pós-estruturalista em Educação: o que podemos aprender com - e a partir de - um filme. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (Org.). **Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DB&A, 2005. p. 23- 44.

_____ et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

NARDI, Henrique Caetano. **Ética, trabalho e subjetividade**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2006.

MONTERO, Rosa. A louca da casa. Tradução de: Paulina Wacht e Ari Roitman. Rio de Janeiro: Ediouro, 2004.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. O Trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 13-37, 1996.

PASCHE, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz; STOLZ, Eveline Dischkaln. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panam. Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**. Washington, v.20, n. 6, p.416-422, 2006.

PEDUZZI Marina. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

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

PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes. A integralidade na atenção à saúde da população. In: MARINS, João José Neves et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 269-284.

_____. CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ, 2005.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. Relatório da IV Conferencia Municipal de Saúde. 2006. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/caderno_4_conferencia.doc>. Acesso em: 22 mar. 2008.

PRECONCEITO. In: DHNET. Natal: DHnet Rede Direitos Humanos e Cultura. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/sc/scdh/parte1/conceitos/preconceito.html>>. Acesso em: 23 nov. 2009.

PROTTI, Carlos Alberto; MARQUES, Joice; RIGHI, Liane Beatriz. Gestão Local de Saúde: descentralização e desenvolvimento institucional da saúde em dois municípios do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. In: MISOCZKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo (orgs). **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004, p.217-236.

RABELO, M. Considerações acerca do processo de municipalização da saúde no RS: institucionalidade, financiamento e percalços. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 156-173, 1996. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/1237/1593>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

RIBEIRO, Eliana Cláudia de O. Educação Permanente em Saúde. In: MARINS, João José Neves et al. (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 285-303.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 34.143. Dispõe sobre o valor da bolsa de estudos paga aos bolsistas não médicos do Hospital Psiquiátrico São Pedro e Unidade Sanitária São José do Murialdo, e estabelece o sistema de reajuste. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, 30 dez. 1991.

_____. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. Portaria 16/99-SES/RS. Cria o Programa de Aperfeiçoamento Especializado e Residência Integrada em Saúde, 1999. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 179-181, 1999-2000. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v14n1_16portaria016.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2009.

_____. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. Lei 11.789 de 17 de maio de 2002. Cria, no âmbito da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, o programa de bolsas de estudo para o Programa de Residência Integrada em Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p.193, 2002a.

_____. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. Portaria 71/2002 de 24 de dezembro de 2002. Aprova o Regulamento do Programa de Residência Integrada em Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 193, 2002b.

RIO GRANDE DO SUL. **Processo Seletivo Público – Edital n. 01/2007**. Residência Integrada em Saúde – 2008. Escola de Saúde Pública, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-68.pdf. Acesso em: 14 abr. 2009.

ROSSONI, Eloá et al. Residência Integrada em Saúde Coletiva. In: MOSTRA NACIONAL DE PRODUÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUINDO UM NOVO MODELO, 1., 1999, Brasília. **Resumos de trabalhos**. p. 46-47.

_____; ROSA, Russel Terezinha Dutra da (Org.). **Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Secretaria do Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública. Centro de Saúde-Escola Murialdo, 2000.

_____; FARIAS, Elson Romeu. O processo de ensino-aprendizagem da Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 175-176, 2002.

_____; LAMPERT, Jadete. Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-111, jan./jun. 2004.

_____ et al. **Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde: Atenção Básica em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Centro de Saúde-Escola Murialdo, Escola de Saúde Pública, Secretaria de Saúde/RS, 2008.

RÜCKERT, Isabel Noemia; RABELO, Mercedes. A situação das finanças públicas e a descentralização das políticas sociais nos municípios do Rio Grande do Sul, 1995-2001. **Análise**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 241-263, ago./dez. 2005.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos. Sobre o etnógrafo-turista e seus modos de ver. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss (Org.). **Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DB&A, 2005. p. 9-22.

SANTOS, Mateus Casanova dos; ROSSONI, Eloá. Tecendo redes para a construção de práticas ecológicas urbanas no território de uma Unidade Básica de Saúde. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.19-29, jan./jun. 2008.

SARDAR, Ziauddin; VAN LOON, Borin. Cultural Studies for beginners. Cambridge: Icon Books, 1998. *apud* COSTA, Marisa Vorraber. Estudos culturais e educação – um panorama. In: SILVEIRA, Rosa Maria Hessel (Org.). **Cultura, poder e educação: um debate sobre os estudos culturais em educação**. Canoas: Ed. ULBRA, 2005. p. 107-120.

SCHULMAN, Norma. O Centre for Contemporary Cultural Studies da Universidade de Birgham: uma história intelectual. In: JOHNSON, Richard; ESCOSTEGUY, Ana Carolina; SCHULMAN, Norma. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.167-224.

SENETT, Richard. **A cultura do novo capitalismo**. Tradução de: Clovis Marques. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SILVA, Clécio Homrich da. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 105-115, 2002.

SILVA, Iêda Z. de Queiroz J.; TRAD, Leni A. Bonfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 9, p. 25-38, 2004-2005

SILVEIRA, Rosa Maria Hessel. A entrevista na pesquisa em educação: uma arena de significados. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007. p. 117-138.

SIMONI, Ana Carolina Rios. **A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental**. 2007. 227 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

STARFIELD, Barbara. **Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Massom: 2001.

STIGGER, Marco Paulo. **Esporte, lazer e estilos de vida: um estudo etnográfico**. Campinas: Autores Associados, 2002.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

_____. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003. p. 89-111.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VIDICH, Arthur; LYMAN, Stanford. Métodos qualitativos: sua história na Sociologia e na Antropologia. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. et al. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 49-90.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & a educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autentica, 2005.

_____; LOPES, Maura Corcini. Identidade, cultura e semelhanças de família: as contribuições da virada lingüística. In: BIZARRO, Rosa (Org.). **Eu e o outro**: estudos multidisciplinares sobre identidade, diversidade e práticas culturais. Porto: Areal, 2007.

VELLOSO, Cid. Equipe multiprofissional de saúde. **Revista E.F.**, Conselho Federal de Educação Física, Rio de Janeiro, n. 17, p. 24-26, set. 2005. Disponível em: <http://www.unifra.br/professores/anabonini/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2010.

WINKIN, Yves. Descer ao campo. In: WINKIN, Yves. **A nova comunicação**: da teoria ao trabalho de campo. Campinas: Papyrus Editora, 1998. p. 129-145.

WORTMANN, Maria Lúcia C. Análises culturais: um modo de lidar com histórias que interessam à educação. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos II**: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina Editora, 2007. p. 71-90.

APÊNDICE A – Distribuição de residentes por período e profissão no programa de terceiro ano opcional em atenção básica, Centro de Saúde-Escola Murialdo, Escola de Saúde Pública, 1978-2008.

Ano	Profissão	Número de residentes
1980	Veterinária	1
1995-1999*	Medicina	50
	Psicologia	1
2000-2008**	Medicina	5
	Odontologia	10
	Nutrição	10
	Psicologia	9
	Enfermagem	5
	Serviço Social	2
	Terapia Ocupacional	1
	Fisioterapia	1
	Farmácia	1
	TOTAL	90

* Período em que, predominantemente, residentes da Medicina ingressaram no terceiro ano opcional.

**Inserção de várias profissões no programa.

**APÊNDICE B – Características de profissionais e técnicos/as entrevistados/as,
Centro de Saúde-Escola Murialdo, Porto Alegre, RS, 2008.**

Idade	Média	47 anos (36-58)
	Mediana	48 anos
Sexo	Masculino	1
	Feminino	10
Profissão	Enfermagem	2
	Medicina	2
	Nutrição	2
	Odontologia	1
	Psicologia	1
	Serviço Social	1
	Técnica de Enfermagem	1
	Técnica Administrativa	1
Anos de formatura	Técnica de enfermagem	5 anos
	Técnica administrativa	35 anos
	Profissionais de saúde	> 9 anos
Anos de trabalho na UBS A ou B	Um ano	2
	Mais de um ano	9
Ingresso no CSEMurialdo	Até 5 anos	2
	6 a 10 anos	3
	11 a 20 anos	6

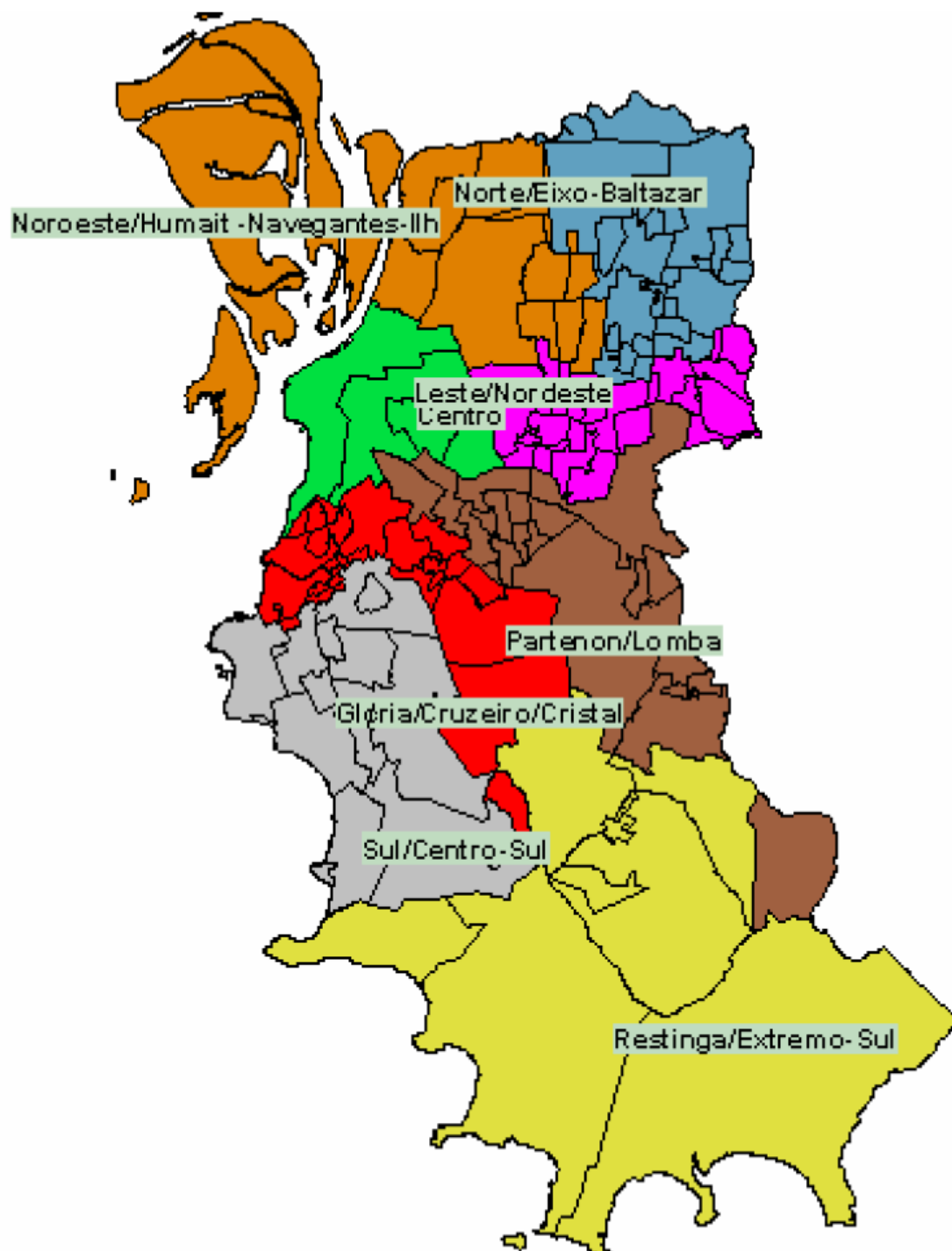
**APÊNDICE C – Características de residentes ingressantes em 2007,
Centro de Saúde-Escola Murialdo, Porto Alegre, RS.**

Profissões	Ingressantes 2007 (n)	Concluintes 2008 (n)	Idade (anos)			Sexo		Naturalidade			Universidade	
			Até 25	26- 30	31- 38	M	F	RS	Outro estado	Outro país	Pública	Privada
Fisioterapia	2	1	-	2	-	1	1	2	-	-	1	1
Medicina	9	6	1	5	3	3	6	8	1	-	9	-
Enfermagem	7	6	5	2	-	-	7	6	1	-	7	-
Nutrição	3	2	-	2	1	-	3	3	-	-	1	2
Odontologia	7	3	3	2	2	-	7	6	-	1	5	2
Psicologia	6	4	3	3	-	-	6	5	1	-	3	3
Serviço Social	3	2	-	2	1	-	3	3	-	-	-	3
TOTAL	37	24*	13	17	7	4	33	33	3	1	26	11

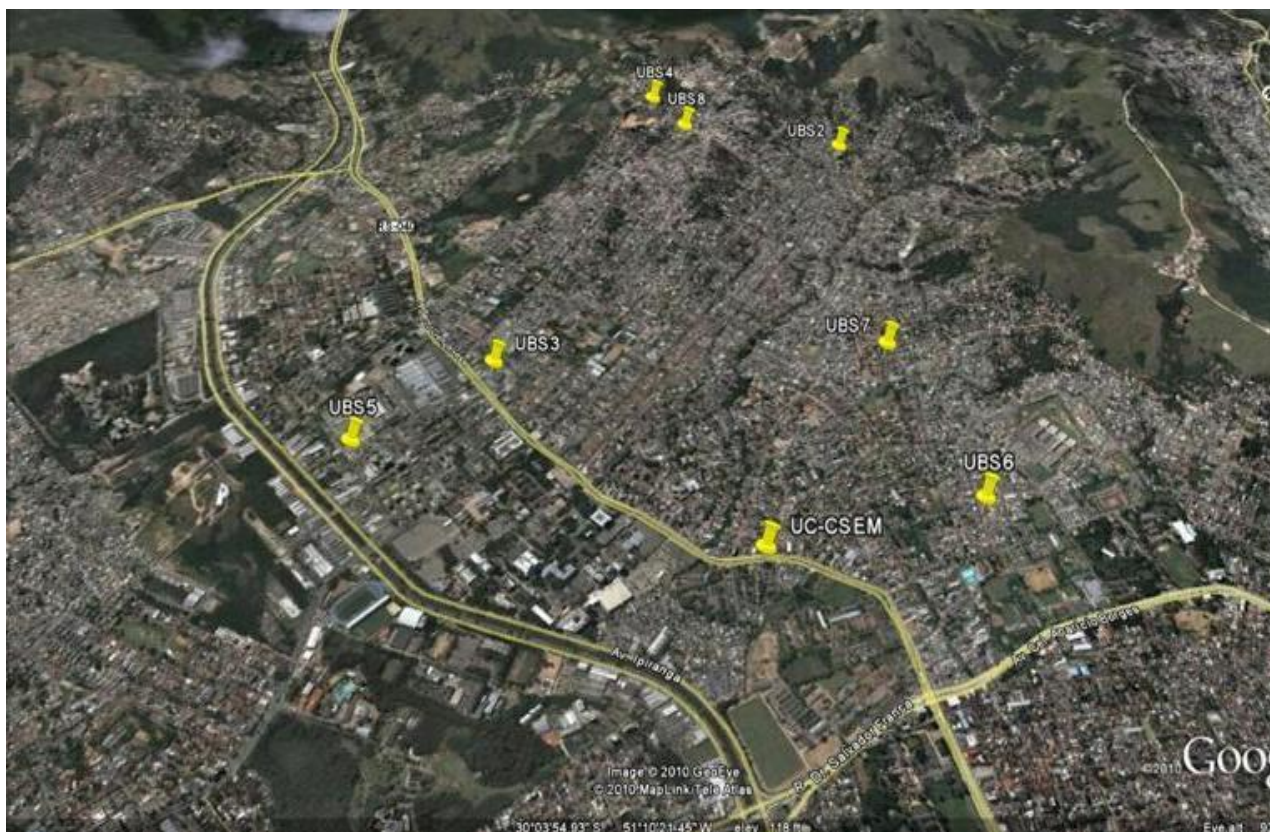
* 6 residentes desistiram e 7 realizaram trancamento

APÊNDICE D – Mapa das gerências distritais de saúde de Porto Alegre

Recortes Administrativos de Porto Alegre

GERÊNCIAS DISTRITAIS

**APÊNDICE E – Mapa de localização das UBS, Centro de Saúde-Escola Murialdo,
Porto Alegre, RS, 2009**



ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁴⁴

A presente pesquisa, tendo como tema “O trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Murialdo”, tem como objetivo analisar como ocorrem os processos de formação de residentes, considerando as condições existentes para o trabalho em equipe multiprofissional através da observação direta de equipes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Murialdo e da realização de entrevistas semiestruturadas com os/as profissionais de saúde que atuam nessas UBS. A pesquisa será realizada diretamente no local de trabalho a fim de não onerar o tempo do/a profissional.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido, de forma detalhada e clara, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos e dos benefícios do presente projeto, do qual me disponho a participar como entrevistado.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida, acerca dos procedimentos da pesquisa;
- da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com minha privacidade;

Os pesquisadores responsáveis por este projeto são: Eloá Rossoni (fone: 8416-4699) e Prof.^a Dr.^a Dagmar E. E. Meyer.

Nome do entrevistado/a: _____

Assinatura: _____

Data: _____

⁴⁴ No termo de consentimento foi utilizado o título original de aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública, pois o redirecionamento do foco da pesquisa ocorreu após a qualificação do projeto.

ANEXO B – Roteiro da Entrevista

- 1) Identificação: idade, profissão, ano de formatura, local de trabalho, trajetória profissional: curso após a graduação e empregos anteriores ao atual, e interpretação pessoal do percurso em termos de razão de ocorrência.
- 2) Processo de inserção no serviço atual: data, mecanismos formais de entrada, expectativas da função e das atividades a serem desenvolvidas.
- 3) Descrever as funções e as atividades que desenvolve na UBS/Murialdo, especialmente em relação à preceptoria e outras que estejam envolvidas com a residência. Solicitar que explicita as conexões do seu trabalho com o de outros/as profissionais de saúde na UBS.
- 4) Pedir para caracterizar como o processo de trabalho em equipe se relaciona com a formação de residentes.
- 5) Descrever como se dá o processo de trabalho e formação realizado na equipe em que está inserido e sua relação com a gerência e a gestão.
- 6) Descrever os mecanismos formais e informais (institucionais ou não) que limitam ou possibilitam o trabalho em equipe para a formação de residentes.